regione campania
aslnapoli3sud
Torre Del Greco

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 674 DEL 23.09.2020

§§

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE DELL'ESERCIZIO 2020.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
AFFISSIONE ALBO	RELATA	ORDINARIA	IMMEDIATA
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal ____________________ e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato ____________________	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato ____________________	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal ____________________ Il Dirigente ____________________	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. Il Direttore Generale Ing. Gennaro Sosto ____________________

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Gennaro Sosto, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 372 del 6 agosto 2019 e con D.P.G.R.C. n. 104 del giorno 8 agosto 2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

U.O.C. G. E. F. n. 08

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE DELL'ESERCIZIO 2020

IL DIRETTORE DELLA U.O.C. GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA

ALLA STREGUA dell'istruttoria compiuta dal Direttore della U.O.C. gestione economico-finanziaria e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Direttore proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

DICHIARATA, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai princìpi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196 e ss.mm.ii., ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;

DICHIARATA, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

DICHIARATA, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190.

PREMESSO CHE:

- Con Delibera di Giunta della Regione Campania n° 505 del 20.03.2009, in esecuzione di quanto disposto con la legge regionale n. 16 del 28.11.2008, veniva costituita la nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, mediante accorpamento degli ambiti territoriali delle preesistenti Aziende Sanitarie Locali Napoli 4 e Napoli 5, con avvenuta estinzione dei medesimi e confluiti soggetti giuridici;
- Con atto deliberativo n. 369 del 12/04/2019 è stato adottato il Bilancio Preventivo Economico Annuale per l'esercizio 2019;
- L'importo del contributo F.S.R. per il Bilancio economico preventivo per l'anno 2020 è stato determinato, in via provvisoria, secondo la determinazione del FSR 2018 di cui al DCA n. 57 del 04.07.2019;
- Con Delibera n. 246 del 15/03/2019 è stato adottato il Programma triennale dei lavori pubblici per il periodo 2019/2021;
- Il Bilancio Preventivo economico annuale è stato redatto secondo i dettami del Codice Civile e del D. Lgs. N°118/2011 che definisce i principi contabili generali ed applicati al settore sanitario e all'art. 25 detta la disciplina del Bilancio preventivo economico annuale;

RITENUTO:

- di dover procedere alla approvazione del Bilancio preventivo economico annuale dell'esercizio 2020, allegato alla presente, composto da:

  - Allegato 1 - Relazione del Direttore Generale (bilancio preventivo 2020);
  - Allegato 2 - Modello CE Preventivo 2020;
  - Allegato 3 - Nota illustrativa (Bilancio preventivo Economico 2020)

- Allegato 4 - CE Preventivo 2020 – Schema interministeriale
- Allegato 5 - Rendiconto Finanziario 2019-2020;
- Allegato 6 - DCA6 2020 (piano triennale 2019-2021 riqualificazione Sistema Sanitario Campano)

- che le risultanze economiche del Bilancio Preventivo economico annuale dell'esercizio 2020 sono:

CONTO ECONOMICO	
VALORE DELLA PRODUZIONE	1.739.420.213
COSTI DELLA PRODUZIONE	1.720.382.574
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	19.037.639
ONERI E PROVENTI FINANZIARI	-14.455
ONERI E PROVENTI STRAORDINARI	0
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	19.023.184
IMPOSTE E TASSE	19.023.184
RISULTATO DELL'ESERCIZIO: **UTILE**	**0**

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Di approvare il Bilancio Preventivo Economico annuale dell'esercizio 2020 composto dai documenti che seguono, che sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato 1 - Relazione del Direttore Generale (bilancio preventivo 2020);
- Allegato 2 - Modello CE Preventivo 2020;
- Allegato 3 - Nota illustrativa (Bilancio preventivo Economico 2020)
- Allegato 4 - CE Preventivo 2020 – Schema interministeriale
- Allegato 5 - Rendiconto Finanziario 2019-2020;
- Allegato 6 - DCA6 2020 (piano triennale 2019-2021 riqualificazione Sistema Sanitario Campano)

Il Direttore della U.O.C Gestione Economico Finanziaria

dott.ssa Anna Alfieri

IL DIRETTORE GENERALE

IN FORZA della D.G.R.C. n° 372 del 06/08/2019 ed il D.P.G.R.C. n° 104 del 08/08/2019;

PRESO ATTO della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

SENTITO il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

Il Direttore Amministrativo	**Il Direttore Sanitario**
Dott. Giuseppe Esposito	Dott. Gaetano D'Onofrio

DELIBERA

Di approvare il Bilancio Preventivo Economico annuale dell'esercizio 2020 composto dai documenti che seguono, che sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato 1 - Relazione del Direttore Generale (bilancio preventivo 2020);
- Allegato 2 - Modello CE Preventivo 2020;
- Allegato 3 - Nota illustrativa (Bilancio preventivo Economico 2020)
- Allegato 4 - CE Preventivo 2020 – Schema interministeriale
- Allegato 5 - Rendiconto Finanziario 2019-2020;
- Allegato 6 - DCA6 2020 (piano triennale 2019-2021 riqualificazione Sistema Sanitario Campano)

Di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale, Conferenza dei Sindaci, Servizio Controllo di Gestione, Struttura Regionale di Controllo per gli adempimenti di competenza.

Atto soggetto al controllo regionale.

Il Direttore proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale

Ing. Gennaro Sosto

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Bilancio Preventivo 2020

Art. 25 del D. Lgs 118/2011

Indice

1. PREMESSA.....
2. PIANO DI INTERVENTO AZIENDALE.....
3. L'ORGANIZZAZIONE.....
4. SISTEMA DI OFFERTA.....
4.1 Assistenza territoriale.....
4.2 Distretti.....
4.3 Presidi ospedalieri.....
5. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI DI RICOVERO.....
6. QUADRO OFFERTA PUBBLICA COMPLESSIVA.....
7. STRUTTURE GESTIONE DIRETTA – ANNO 2019.....
8. STRUTTURE A GESTIONE INDIRETTA - ANNO 2019.....
9. DIPARTIMENTI.....
10. PROGRAMMAZIONE 2020.....

1. PREMESSA

La Direzione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, con DGR n. 372 del 06.08.2019, è stata affidata all'ing. Gennaro Sosto, che, nella stretta contemporaneità dell'assunzione del suo incarico, ha immediatamente provveduto a definire il vertice strategico aziendale, nominando il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario con le Deliberazioni n.772 e n. 773, entrambe del 16.09.2019, così da garantire la piena operatività della direzione stessa, in modo da porre in essere, da subito, tutte le azioni dovute ai fini del conseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione Campania.

In tale contesto si inserisce la predisposizione del bilancio preventivo economico annuale, sviluppato secondo le disposizioni di cui al D.lgs. 118 del 23.06.2011, che detta i principi fondamentali in materia di coordinamento della finanza pubblica e di armonizzazione dei sistemi contabili. L'art. 25 del succitato decreto, che disciplina il bilancio preventivo economico annuale, prevede che esso includa un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26, e sia corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale.

Il bilancio preventivo economico annuale 2020 dell'ASL Napoli 3 Sud è stato redatto in conformità alle disposizioni del citato art. 25 del D.lgs. 118/2011 ed in coerenza con la programmazione sanitaria e la programmazione economico finanziaria stabilita della Regione Campania.

La valutazione delle voci di bilancio è ispirata a criteri generali di prudenza e competenza.

La relazione del Direttore Generale vuole fornire un contributo ad una più facile lettura dei valori contabili esposti nel bilancio preventivo, espressione numeraria delle azioni già avviate e di quelle da avviare dall'Azienda in applicazione della normativa vigente e coerentemente agli indirizzi e agli obiettivi della programmazione regionale.

Nell'elaborazione del Bilancio Preventivo 2020 si è tenuto conto delle attività programmate dall'Azienda in merito al Percorso Attuativo di Certificabilità degli enti del SSR (PAC) e al progetto Sistema Informativo amministrativo-Contabile (SIAC) e degli obiettivi e i principi contenuti nel DCA n. 6 del 17/01/2020 relativo al Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191.

L'obiettivo è il mantenimento dell'equilibrio economico ed il miglioramento della qualità dell'assistenza, al fine di rispettare la programmazione regionale necessaria al passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009 di cui al DCA n. 6 del 17/01/2020.

In conformità a queste direttrici di azione, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud sta dando piena attuazione al nuovo impianto organizzativo riveniente e dall'Atto Aziendale, D.C.A. n.39/2017, che prefigura un recupero di razionalizzazione ed efficientamento strutturale, sforzandosi di non abbassare il livello quali-quantitativo di prestazioni erogate, senza comunque allentare la tensione verso il controllo dei costi, l'efficienza gestionale, la compatibilità economica e la responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse, al fine di non vanificare i risultati conseguiti nel corso di questi anni.

Le strategie aziendali si allineano agli obiettivi individuati dalla Regione che si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;

- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva.

2. PIANO DI INTERVENTO AZIENDALE

Per l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud sono operative tutte le attività necessarie per l'adeguamento e l'accelerazione delle procedure di liquidazione, al fine di garantire il pagamento dei debiti correnti entro i 60 giorni previsti per le aziende sanitarie dal D.lgs. n. 192 del 9 novembre 2012, e per una puntuale ricognizione - anche attraverso le riconciliazioni dei partitari con gli operatori economici di questa ASL - del debito commerciale pregresso, anche sottoposto a contenzioso, al fine di addivenire alla chiusura delle partite ancora in attesa di definizione ed alla successiva certificazione dei debiti commerciali sulla piattaforma MEF.

Le carte contabili, relative a provvedimenti giudiziali di assegnazione presso il Tesoriere, residuano complessivamente per un importo pari a circa €/M. 9.152, ridottosi rispetto a quello degli anni passati prevedendosi che, entro il 30.04.2021, vengano ad estinguersi in ordine alle annualità pregresse.

Contestualmente, al fine di non incorrere nel fenomeno dei doppi pagamenti, prima di procedere ai agli stessi per competenze pregresse vengono acquisite dichiarazioni di responsabilità ai sensi del DPR 445/2000 con le quali i percettori attestano il mancato percepimento delle somme richieste e certe, liquide ed esigibili, anche attraverso procedimenti esecutivi. Tali dichiarazioni vengono successivamente sottoposte a verifiche, al fine di accertarne la veridicità, da parte dei settori competenti.

Nel presente documento dopo una breve descrizione sulle caratteristiche del territorio afferente all'A.S.L. Napoli 3 Sud, verrà descritta l'articolazione dell'offerta sanitaria per l'anno 2020 e fornita un'elencazione della disciplina regionale emanata (D.G.R.C. e D.C.A.) per la regolamentazione del funzionamento delle AA.SS.LL..

3. L'ORGANIZZAZIONE

L'ASL Napoli 3 Sud, è in piena fase di riorganizzazione, dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale, con l'obiettivo di garantire una qualità elevata dell'assistenza sanitaria prestata alla popolazione di competenza, offrendo prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, rispettando i principi dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, ma anche della sicurezza e della sostenibilità.

L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009, nel DCA n. 33 del 17.5.2016 e successivo DCA n. 8 dell'1.02.2018.

L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento delle Attività Territoriali ed Integrazione Socio Sanitaria, il Dipartimento Farmaceutico, il Dipartimento Integrato Materno Infantile, il Dipartimento Area Chirurgica Generale e Specialistica, il Dipartimento Scienze Mediche Assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post Acuzie, il Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica, il Dipartimento Diagnostica per Immagini ed il Dipartimento Area Critica.

Il Distretto Sanitario è il punto focale per l'orientamento dell'assistenza verso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali dell'individuo, lasciando all'Ospedale l'adozione del cosiddetto paradigma dell'attesa, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento acuto, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e diventare invece sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

Tuttavia, la necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di percorsi assistenziali condivisi per macro-patologie, impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

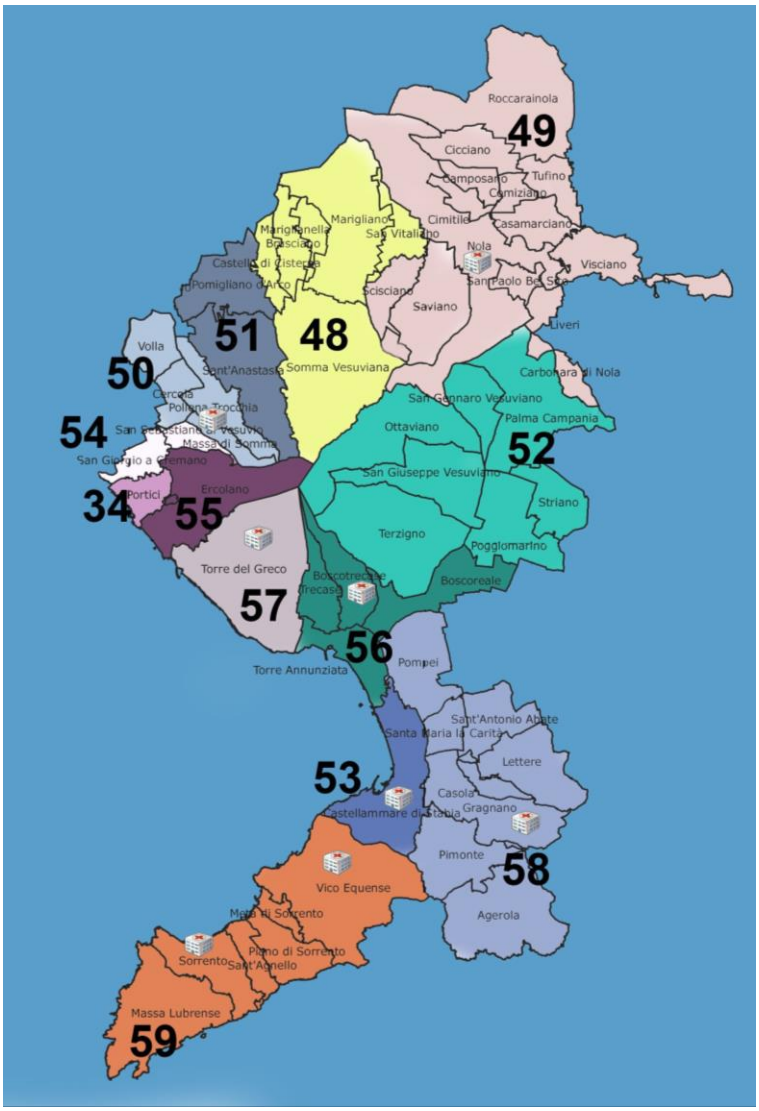
Nell'ambito delle attività distrettuali, pertanto, si concretizzano anche i rapporti con gli Ambiti sociali individuati per lo stesso territorio, al fine di favorire le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni sociosanitarie. Di seguito vengono riportati i Distretti Sanitari e i Presidi Ospedalieri con i relativi ambiti territoriali di riferimento.

DISTRETTI SANITARI
DS 34 - Portici
DS 48 - Mariglianella, Marigliano, S.Vitaliano, Cast.Cisterna, S. Vesuviana,Brusciano
DS 49 - Nola, Carbonara, Casamarciano, Liveri, S. Paolo Bel Sito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Roccarainola, Tufino
DS 50 - Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma
DS 51 - Pomigliano D'Arco, Sant'Anastasia
DS 52 - Palma Campania, Ottaviano, S. Giuseppe Vesuviano, Poggiomarino, Striano Terzigno
DS 53 - Castellammare di Stabia
DS 54 - San Giorgio a Cremano, S. Sebastiano al Vesuvio
DS 55 – Ercolano
DS 56 - Torre Annunziata, Boscoreale, Boscotrecase, Trecase
DS 57 - Torre del Greco
DS 58 - Pompei, Gragnano, S. Antonio Abate, S.Maria La Carità, Agerola, Casola di Napoli, Lettere, Pimonte
DS 59 - Sorrento, Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Vico Equense

PRESIDI OSPEDALIERI
Presidio Ospedaliero - Nola
Presidio Ospedaliero - Castellammare di Stabia
Stabilimento di Gragnano

Presidio Ospedaliero - Santa Maria della Misericordia, Sorrento
Presidio Ospedaliero – Vico Equense
Presidio Ospedaliero – Maresca/Torre del Greco
Presidio Ospedaliero - Boscotrecase

Mappa geografica dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri



4. SISTEMA DI OFFERTA

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud comprende n. 57 Comuni con una popolazione residente pari a 1.044.673. È opportuno precisare che questa Azienda si articola in n. 13 Distretti, ognuno dei quali comprende, in media, una popolazione compresa tra 80.000 e 100.000 residenti. Appare evidente

da questi dati che ogni singolo distretto presenta una maggiore complessità sotto il profilo sia gestionale che organizzativo. Infine è necessario rilevare che il territorio è anche caratterizzato da un considerevole flusso di immigrati extracomunitari.

Il contesto di offerta dell'ASL Napoli 3 Sud vede la presenza di:

4.1 Assistenza territoriale

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud opera mediante strutture a gestione diretta e 269 strutture accreditate a gestione indiretta.

Le strutture a gestione diretta sono:

- n. 38 Ambulatori / Presidi;
- n. 19 Consultori;
- n. 7 Sert;
- n. 10 Centri di salute mentale;
- n. 15 Strutture semi-residenziali;
- n. 6 Strutture residenziali di cui n. 5 SIR e n. 1 RSA per anziani.

Con le proprie strutture territoriali a gestione diretta viene assicurata l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali (materno infantile) e l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici ed ai malati terminali.

4.2 Distretti

Le attività del Distretto fanno capo alle seguenti fondamentali aree di intervento:

- Assistenza sanitaria di base;
- Materno - infantile;
- Riabilitazione e protesica;
- Geriatria, Cure domiciliari, Cure palliative;
- Farmacia.

Le attività di Assistenza sanitaria di base sono organizzate anche attraverso nuove articolazioni contemplate ai sensi della Legge n. 189 del'8.11.2012, secondo gli indirizzi regionali di cui ai DCA n.18/2015 (Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie) e DCA n. 99/2016 (Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale).

Sono pertanto costituite nel Distretto nuove articolazioni organizzative denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)", all'interno delle quali operano Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta o Specialisti ambulatoriali coordinati in team funzionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

Il Distretto, rappresenta anche il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, sempre attraverso una forte integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Il vero obiettivo è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio evitandone l'ospedalizzazione, attivando ove possibile (per condizioni abitative e presenza del caregiver) le cure domiciliari, che rappresentano il più appropriato setting per l'assistenza alla persona malata in

condizione di fragilità, accrescendone I' empowerment e la capacità di autogestione dei propri bisogni.

Tale setting, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute e dalle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

In chiave strategica, è obiettivo perseguito dall'Azienda, quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi assistenziali maggiormente di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali.

Al fine di assicurare l'equità di accesso a tale sistema integrato delle cure, la Porta Unitaria di Accesso realizzata nel Distretto rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale/piano di cura personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata.

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona.

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Con qualsiasi setting di cura attivato, il sistema deve assicurare la presa in carico globale e la relazione con la persona malata e i suoi familiari improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Le diverse fasi della malattia terminale necessitano della rete integrata dei servizi che deve assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia. La rete delle cure palliative, con anche la partecipazione delle associazioni di volontariato in osservanza della L. 38/2010 e delle vigenti Linee di Indirizzo regionali, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day-Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital.

Tutto quanto, richiede un modello di presa in carico globale, al fine di combattere il dolore inutile e la sofferenza che ne deriva, fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase del trapasso.

Tendere all'intervento presso l'abitazione del paziente, che solo quando non può più essere assistito al proprio domicilio, o nei casi di difficoltà temporanea della famiglia, potrà essere ospitato nel Centro residenziale per le cure palliative, Hospice, che fornisce assistenza sanitaria e tutela alberghiera in modalità che riproduce l'ambiente domestico e di vita.

Sia a domicilio che in Hospice, infatti, obiettivi principali delle cure sono la qualità di vita e il rispetto della dignità della persona affetta da patologia progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

Per la integrazione e la continuità assistenziale tra la domiciliarità e la residenzialità in Hospice, l'Azienda favorisce la possibilità di erogare le cure domiciliari da parte della stessa equipe che opera in Hospice. Ciò è reso possibile attraverso l'apertura di due Hospice accreditati e due SUAP.

4.3 Presidi ospedalieri

L'azienda opera mediante tre Ospedali Riuniti e due presidi ospedalieri a gestione diretta e 12 case di cura accreditate.

Le strutture a gestione diretta, come da punto *1 tab F mod. HSP11*, sono:

- OO.RR. Area Stabiese, comprensivi di n. 2 stabilimenti ospedalieri (P.O. S. Leonardo e Stabilimento Gragnano);
- OO.RR. Penisola Sorrentina, comprensivi di n.2 stabilimenti ospedalieri (P.O. Sorrento e P.O. Vico Equense);
- OO.RR. Area Nolana, comprensivi di n. 2 stabilimenti ospedalieri (P.O. Santa Maria della Pietà Nola e Stabilimento Cav. R. Apicella Pollena);
- OO.RR. Area Vesuviana, comprensivi di n.2 stabilimenti ospedalieri (P.O. di Torre del Greco e P.O. di Boscotrecase).

Le strutture a gestione indiretta, come da punto *5 tab F del mod. HSP 11*, sono:

- Casa di Cura S. Maria del Pozzo;
- Casa di Cura N.S. di Lourdes;
- Casa di Cura IOS ex Meluccio;
- Casa di Cura IOS già Meluccio ex S. Felice;
- Casa di Cura La Madonnina;
- Casa di Cura Cardiomed ex Trusso;
- Casa di Cura S. Lucia;
- Casa di Cura Villa Stabia;
- Casa di Cura A. Grimaldi;
- Casa di Cura S. Maria La Bruna;
- Casa di Cura M. Rosaria;
- Stazione Climatica Bianchi.

L'attività di ricovero rappresenta un imponente capitolo delle prestazioni sanitarie a cui si associa un assorbimento di risorse economiche notevole. In questo particolare momento storico è diffusa in tutti i sistemi sanitari avanzati la tendenza alla deospedalizzazione che trova riscontro non solo nelle attuali risorse economiche limitate ma, è supportata anche dalle società scientifiche mediche che chiedono il trattamento di patologie a bassa complessità in setting assistenziali diversi dall' ospedaliero sia per non allontanare il paziente dal suo ambiente sia per non esporlo a patologie connesse alla permanenza in ospedale. La domanda di prestazioni di ricovero è diffusa in tutta la popolazione ma, si incrementa maggiormente in quei territori ove non è sviluppata un adeguata offerta di prestazioni sanitarie sostitutive secondo modelli organizzativi di tipo territoriale.

5. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI DI RICOVERO

L'analisi della domanda dei ricoveri effettuati in Regione merita particolare attenzione in quanto rappresenta oltre il 90% dei ricoveri totali erogati alla popolazione residente dell'ASL Napoli3 Sud e possiamo considerarla come l'intera domanda della popolazione.

Inoltre, considerato che l'ASL è abbastanza centrale rispetto al territorio regionale, le distanze sono facilmente colmabili, tutte le Aziende ospedaliere della Regione sono facilmente raggiungibili, la

migrazione intra-regionale non si configura come mancata offerta ma è dovuta alla libera scelta del paziente.

A questo si aggiunga che l'ASL è confinante con la città di Napoli, ove è concentrata la maggiore densità di posti letto della Regione, che per tradizione e vocazione delle popolazioni limitrofe rappresentano il riferimento ospedaliero.

La migrazione sanitaria intra-regionale è tale solo secondo una stima economico-finanziaria in quanto i ricoveri erogati in regione, a proprio parere, devono essere considerati complessivamente, senza effettuare una differenza tra ricoveri intra-aziendali ed extra- aziendali e costituiscono la reale risposta alla domanda di ricovero della popolazione.

6. QUADRO OFFERTA PUBBLICA COMPLESSIVA

La distribuzione delle strutture sul territorio aziendale è abbastanza omogenea, l'unico distretto a non essere coperto da una struttura di ricovero è il distretto di Ercolano.

L' attività è erogata dalle singole UU.OO. delle strutture di ricovero configurate secondo la disciplina di appartenenza, utilizzando i modelli assistenziali del R.O. e D.H. previsti in Regione Campania. Dall' anno 2015, a seguito dell'emissione DCA 17/14, sono stati attivati, presso le strutture di ricovero, i modelli ambulatoriali dei P.A.C.C., ottenuti per riconversione dei ricoveri a bassa complessità erogabili nel setting assistenziale del regime ambulatoriale.

L' analisi condotta tramite la banca dati del flusso SDO, contenente tutte le SDO trasmesse alla funzione centrale aziendale dai direttori di presidio e case di cura accreditate, allineate al software di controllo tramite interfaccia al Grouper con attribuzione del DRG e della corrispondente tariffa regionale, offre un quadro generale dell'offerta aziendale dell'attività di ricovero così come è articolata e declinata nelle diverse strutture. Per utilità di sintesi riportiamo i dati relativi al periodo compreso tra l'01/01/2019 e il 31/12/2019 suddiviso nei due blocchi di gestione diretta e indiretta e un raffronto sintetico con il 2018.

L'attività di ricovero anno 2019 delle strutture incidenti sulle ASL Napoli 3 Sud ha registrato un decremento, la contrazione percentuale è stata maggiore nelle strutture a gestione indiretta rispetto ai presidi ospedalieri. Di seguito si riporta la tabella esplicativa:

	ASLNa3 Sud Totale	**CdC R.O.**	**Cdc D.H.**	**PP.OO. R.O.**	**PP.OO. D.H.**
Anno 2018	84.169	37.504	13.041	26.309	7.315
Anno 2019	75.302	35.893	9.171	24.957	5.333

La contrazione dei ricoveri delle strutture accreditate è stata realizzata per conversione del setting assistenziale di ricovero nei P.A.C.C., lo stesso fenomeno non è stato registrato per le strutture a gestione diretta.

L' attività di ricovero, per l'anno 2019, delle strutture incidenti sulla ASL Napoli 3 Sud ha registrato n. 75302 dimessi. I volumi di attività erogati durante l'anno solare mostrano una distribuzione di frequenza che rispecchia l'andamento epidemiologico atteso:

- contrazione dei ricoveri durante il periodo estivo e nell' arco temporale delle vacanze natalizie;
- picchi di ricovero in urgenza durante l'epidemia influenzale;

- incremento dei dimessi da D.H. per chiusura obbligatoria della cartella clinica entro l'anno solare.

7. STRUTTURE GESTIONE DIRETTA – ANNO 2019

I presidi ospedalieri, durante l'anno 2019 hanno erogato n. 75.302 ricoveri.

I presidi sonno inseriti nella rete territoriale di emergenza ed effettuano tutti il servizio di Pronto Soccorso. Le discipline presenti sono a media assistenza e conformi a presidi di ASL.

I ricoveri ordinari presentano una degenza media in linea con le discipline eroganti. I tassi di occupazione del posto letto variano secondo la disciplina essendo molto vicini alla saturazione per le branche di emergenze e presentando dei decrementi per le branche in elezione. Il peso medio per presidio è di poco inferiore all' unità anche se alcune discipline presentano un peso superiore all' unità. La distribuzione per tipo dei DRG è in netto favore ai DRG medici.

I ricoveri in day – hospital sono attivati per tutte le discipline a media assistenza ed è particolarmente sviluppato per le branche chirurgiche con applicazione del day-surgery, l'accesso medio è di circa tre indicando un'applicazione di percorsi terapeutici. Il peso medio è ovviamente inferiore ai ricoveri ordinari prediligendo per la bassa complessità questo modello assistenziale. La distribuzione percentuale dei DRG è a favore dei DRG Chirurgi essendo particolarmente sviluppato il day Surgery.

8. STRUTTURE A GESTIONE INDIRETTA - ANNO 2019

Le strutture di ricovero accreditate, durante l'anno 2019 hanno erogato n. 45.010 ricoveri.

Le discipline presenti sono a media assistenza e in particolare sono presenti discipline di riabilitazione e lungodegenza non presenti sulla rete aziendale a gestione diretta.

I ricoveri ordinari presentano una degenza media in linea con le discipline eroganti. La distribuzione per tipo dei DRG varia e si allinea alla prevalenza delle discipline accreditate.

I ricoveri in day – hospital sono attivati per tutte le discipline a media assistenza ed è particolarmente sviluppato per le branche chirurgiche con applicazione del day-surgery.

La distribuzione percentuale dei DRG è a favore dei DRG Chirurgici essendo particolarmente sviluppato il day-surgery.

La notevole contrazione dei ricoveri che si registra nell' area accreditata e sostanzialmente dovuta a due fattori:

- la mancata trasmissione delle prestazioni di prima assistenza come file A (prestazioni di ricovero);
- applicazione sempre più diffusa del setting assistenziale del P.A.C.C..

9. DIPARTIMENTI

L'Organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse - U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali - U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse - U.O.S.);
- Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.).

Nei dipartimenti sono applicate logiche di governo collegiale e processi di coordinamento e controllo,

previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida approvate dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse del Dipartimento (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati, e possono presentare sub-articolazioni quali Unità Operative Semplici (U.O.S.).

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

10. PROGRAMMAZIONE 2020

In conformità al piano regionale, che vuole un decremento del tasso di ospedalizzazione regionale; è necessario a livello aziendale proseguire ed incentivare le politiche di deospedalizzazione affinché il loro trend sia in continuo decremento.

Le patologie per cui la popolazione ricorre al ricovero sono quelle ampiamente diffuse nella popolazione quali le malattie cardiovascolari e le patologie neoplastiche.

La domanda di ricovero per le patologie trattabili in *day-hospital* è ben orientata conferendo un'appropriatezza organizzativa. Tuttavia il tasso di ospedalizzazione deve ancora decrescere per poter giungere ad un'appropriatezza clinica ed organizzativa compatibile con un sistema sanitario efficace ed efficiente a risorse limitate.

Nell' ASL Napoli 3 Sud si lavora per attuare quanto previsto dal piano di rientro della Regione Campania: riduzione del tasso di ospedalizzazione e sostituzione dell'offerta di attività ricovero con *setting* assistenziali alternativi.

La nostra azienda in questa ottica sta lavorando per implementare e rafforzare tutte quelle attività sanitarie la cui offerta consente di attivare percorsi di cura appropriati.

Le strategie che la direzione ha già adottato e con cui intende proseguire questo percorso di appropriatezza sono le seguenti:

- verifica dell'appropriatezza dei ricoveri a cui sono sottoposte tutte le strutture di ricovero;
- potenziamento dell'ADI e dell'ADO che già risultano implementate sul territorio aziendale con soddisfacente copertura dello stesso;
- coinvolgimento degli operatori sanitari non ospedalieri nell' offerta sempre più varia di forme di assistenza alternative al ricovero quale l'ADI (Assistenza domiciliare integrata).
- attivazione distrettuale di percorsi terapeutici con prevenzione delle complicanze per le terapie di patologie croniche a larga diffusione
- migliorare l'integrazione tra ospedale e MMG sia a livello di pre-ricovero, appropriatezza prescrittiva, sia durante il ricovero, informativa sull'evoluzione della patologia, sia alla dimissione, attivazione di percorsi territoriali per il prosieguo delle cure.
- diffusione delle carte dei servizi per la conoscenza e la scelta del paziente per i servizi che offrono la risposta più specifica al loro bisogno di salute, appropriatezza clinica.

- conversione delle attività sanitaria ospedaliera a bassa complessità verso i regimi a ciclo diurno e verso l'attività ambulatoriale (P.A.C.C.).

Il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva, clinica, temporale ed organizzativa in sanità è un obiettivo ambizioso e non facilmente raggiungibile ma, sicuramente l'attività di ricovero è quella che meglio si presta a questa sfida e pertanto la nostra azienda ha accolto questa sfida.

La deospedalizzazione unita all' appropriatezza sono un traguardo non facile ma, il loro raggiungimento associato al soddisfacimento degli obiettivi Lea consente l'erogazione di prestazioni conformi ai dettami di un piano di rientro ma, conferiscono anche un livello qualitativo ottimale.

Nell'ambito della gestione amministrativo-contabile, per l'esercizio 2020, l'Azienda ha programmato una serie di attività da porre in essere per superare le criticità relative all'attività di riconciliazione di tutti i debiti e della regolarizzazione delle carte contabili

Infatti, si proseguirà con le attività di analisi della situazione debitoria attivando tutte le azioni utili e necessarie alla sistemazione delle poste contabili. Prosegue l'attività di accertamento dei debiti e crediti pregressi sia per eventuali insussistenze del passivo e/o dell'attivo, sia, ove possibile, ai fini dei pagamenti e/o delle riscossioni o di definizioni transattive.

In sintesi, tali attività si sostanziano in:

- sistemazione e regolarizzazione delle c.d. "carte contabili" derivabili da pagamenti, non avvenuti ordinariamente a mezzo di rispettivi mandati ma direttamente effettuati dell'Istituto Tesoriere di questa ASL in esecuzione delle assegnazioni e dei pignoramenti ordinati giudizialmente;
- analisi dettagliata delle somme pignorate dai creditori (presso il Banco di Napoli) e sui c/c postali necessari alla ricostruzione dei relativi riferimenti contabili (fatture, ecc);
- analisi e ricostruzione delle uscite di cassa "effettive" (mandati al netto delle reversali) risultanti sul sistema amministrativo - contabile rilevate nei confronti delle strutture private accreditate;
- raccolta e sistematizzazione delle informazioni gestionali necessarie alla comparabilità e riconciliabilità dei dati contabili rispetto alle Delibere dei Tavoli Tecnici, previste nell'ambito della più ampia progettualità di realizzazione di una piattaforma informatica di gestione di uno specifico Fascicolo Elettronico della Struttura Privata Accreditata ("FESPA") necessaria per l'acquisizione e la gestione organica ed ordinata di tutti i documenti formatisi nel corso dell'attività operativa, a partire dall'accreditamento fino ai pagamenti e con ogni e qualsiasi ulteriore fase intermedia e successiva di rilievo.

Con Deliberazione n° 246 del 15 marzo 2019, questa Azienda aveva approvato il programma triennale dei lavori pubblici, ai sensi dell'art. 21 D.lgs. n° 50/2016 per l'intervallo temporale 2020 – 2022.

Sulla scorta di tale programma sono previsti i seguenti interventi:

Interventi ultimati, in fase di collaudo

1. Realizzazione del nuovo reparto di rianimazione e terapia intensiva al P.O. di Boscotrecase;
2. Lavori di riqualificazione funzionale di parte del piano terra per ampliamento delle attività della U.O.S.M. di Pomigliano d'Arco sita in Via Nilde Iotti n.17;

Interventi in fase di esecuzione

1. Lavori di realizzazione del nuovo reparto Speciale Unità Accoglienza Permanente SUAP nel plesso ospedaliero di Gragnano;
2. Lavori di rifacimento delle facciate del P.O. di Sorrento;
3. N.10 Accordi quadro dei lavori di manutenzione edile e delle aree a verde che, in affiancamento al multiservizio tecnologico di cui alla Convenzione Soresa SpA, risultano necessari per garantire la sicurezza e la funzionalità delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;

Interventi in fase di affidamento dell'esecuzione dei lavori

1. Lavori di riqualificazione igienico-funzionale del piano seminterrato destinato ad ambulatori e sala corsi presso il D.S. 51 di Piazza Sant'Agnese a Pomigliano d'Arco

Interventi in fase di verifica/validazione/approvazione dei progetti esecutivi

1. P.O. SAN LEONARDO DI CASTELLAMMARE DI STABIA - Lavori di manutenzione straordinaria dell'impianto di climatizzazione a servizio del blocco operatorio esistente e realizzazione di una terza sala operatoria e dei locali per la sterilizzazione al piano terzo;
2. P.O. AGOSTINO MARESCA DI TORRE DEL GRECO - Lavori di realizzazione del laboratorio di analisi, 118 ed archivio al piano primo;
3. Lavori di realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica per l'installazione della Risonanza Magnetica a servizio del P.O. di Nola;
4. Lavori di realizzazione dei locali al piano seminterrato per l'installazione della Risonanza Magnetica a servizio del P.O. di Castellammare di Stabia;
5. P.O. SANTA MARIA DELLA PIETA' DI NOLA - Lavori di completamento ed adeguamento funzionale del reparto di Ostetricia e Ginecologia;
6. P.O. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI SORRENTO -Lavori di ristrutturazione dei locali del laboratorio di analisi;
7. Lavori di manutenzione straordinaria degli intradossi dei solai della palazzina "ex colonia elioterapica", attuale sede della Direzione Sanitaria del P.O. di Nola sita alla Via Seminario n.88;
8. P.O. SAN LEONARDO DI CASTELLAMMARE DI STABIA - Lavori di realizzazione del nuovo reparto di Emodinamica ed adeguamento del reparto di Cardiologia;
9. P.O. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI SORRENTO - Lavori di realizzazione della nuova UOC di Rianimazione

Interventi in fase di redazione dei progetti esecutivi

1. Lavori di ristrutturazione, adeguamento e completamento dei PP.OO. di Nola, Torre del Greco e Boscotrecase finanziati con fondi ex art. 20 L. 67/88;
2. Lavori di ristrutturazione ed adeguamento dei locali dell'UOC Ser. D. nell'edificio di Via dell'Amicizia n.70 nel Comune di Nola;

Interventi in fase di redazione degli studi di fattibilità tecnico-economica

1. Lavori di ristrutturazione ed adeguamento funzionale della Clinica Veterinaria di Via Calastro n. 26 a Torre del Greco (NA);

2. P.O. S.ANNA E SS. MADONNA DELLA NEVE DI BOSCOTRECASE - Lavori di manutenzione edile ed impiantistica per il trasferimento della TAC al piano primo;
3. Lavori finalizzati al potenziamento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva all'interno dei Pronto Soccorso ospedalieri.

Il Direttore Generale

Ing. Gennaro Sosto

CONTO ECONOMICO	*Importi* : Euro

SCHEMA DI BILANCIO *Decreto Interministeriale 20/03/2013*	Anno 2020	Anno 2019	VARIAZIONE 2020/2019 *Importo*	 *%*
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	**1.613.958.717**	**1.601.404.707**	**12.554.010**	**0,8%**
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.613.958.717	1.601.404.707	12.554.010	0,8%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	-	-	-	-
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	-	-	-	-
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L	-	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	-	-	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici	-	-	-	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-
4) da privati	-	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	**-12.930.000**	**-23.000.000**	**10.070.000**	**-43,8%**
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	**10.910.076**	**9.000.000**	**1.910.076**	**21,2%**
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	**111.956.492**	**119.524.225**	**-7.567.733**	**-6,3%**
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	106.350.899	115.875.974	-9.525.075	-8,2%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.265.674	1.406.038	-140.364	-10,0%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	4.339.919	2.242.213	2.097.706	93,6%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	**1.989.554**	**2.024.974**	**-35.420**	**-1,7%**
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	**5.737.086**	**6.579.203**	**-842.117**	**-12,8%**
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	**4.808.601**	**4.595.904**	**212.697**	**4,6%**
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	**2.989.687**	**1.789.715**	**1.199.972**	**67,0%**
Totale A)	**1.739.420.213**	**1.721.918.728**	**17.501.485**	**1,0%**
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	**253.987.747**	**208.328.684**	**45.659.063**	**21,9%**
a) Acquisti di beni sanitari	245.358.020	200.655.920	44.702.100	22,3%
b) Acquisti di beni non sanitari	8.629.727	7.672.764	956.963	12,5%
2) Acquisti di servizi sanitari	**1.074.977.046**	**1.092.771.901**	**-17.794.855**	**-1,6%**
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	120.194.007	122.186.664	-1.992.657	-1,6%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	160.114.692	156.895.961	3.218.731	2,1%
c) Acquisti di servizi sanitari per assitenza specialistica ambulatoriale	164.298.656	175.837.069	-11.538.413	-6,6%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	73.159.464	72.733.492	425.972	0,6%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	22.517.340	26.100.000	-3.582.660	-13,7%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	12.734.711	23.349.081	-10.614.370	-45,5%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	426.466.249	422.254.089	4.212.160	1,0%
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	3.728.072	2.387.704	**1.340.368**	**56,1%**
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	62.331.572	57.636.175	**4.695.397**	**8,1%**
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.745.324	1.581.761	**163.563**	**10,3%**
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	5.560.971	5.904.000	-343.029	-5,8%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	15.932.179	15.039.855	892.324	5,9%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	846.472	1.278.947	**-432.475**	**-33,8%**
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	800.411	2.007.975	**-1.207.564**	**-60,1%**
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	3.685.500	5.289.128	-1.603.628	-30,3%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	861.427	2.290.000	**-1.428.573**	**-62,4%**
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	**54.580.828**	**53.498.605**	**1.082.223**	**2,0%**
a) Servizi non sanitari	53.455.287	52.408.853	**1.046.434**	**2,0%**
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	914.514	685.437	**229.077**	**33,4%**
c) Formazione	211.026	404.315	**-193.289**	**-47,8%**
4) Manutenzione e riparazione	**18.057.153**	**25.465.745**	**-7.408.592**	**-29,1%**
5) Godimento di beni di terzi	**14.976.141**	**6.533.928**	**8.442.213**	**129,2%**
6) Costi del personale	**258.137.952**	**257.713.949**	**424.003**	**0,2%**
a) Personale dirigente medico	107.689.959	109.823.000	-2.133.041	-1,9%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	13.324.614	13.276.000	48.614	0,4%
c) Personale comparto ruolo sanitario	95.457.378	93.972.100	1.485.278	1,6%
d) Personale dirigente altri ruoli	4.347.012	4.490.297	-143.285	-3,2%
e) Personale comparto altri ruoli	37.318.988	36.152.552	1.166.436	3,2%
7) Oneri diversi di gestione	**2.958.991**	**6.584.658**	**-3.625.667**	**-55,1%**
8) Ammortamenti	**4.827.283**	**4.634.726**	**192.557**	**4,2%**
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	23.148	30.014	-6.866	-22,9%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	2.541.042	2.493.123	47.919	1,9%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.263.093	2.111.589	151.504	7,2%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	**-9.895.231**	**-10.000.000**	**104.769**	**-1,0%**
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-9.895.231	-10.000.000	104.769	-1,0%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-	-	-
11) Accantonamenti	**47.774.665**	**57.137.447**	**-9.362.782**	**-16,4%**
a) Accantonamenti per rischi	23.793.851	27.266.000	-3.472.149	-12,7%
b) Accantonamenti per premio operosità	1.100.000	1.200.000	-100.000	-8,3%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	17.605.849	16.355.447	1.250.402	7,6%
d) Altri accantonamenti	5.274.965	12.316.000	-7.041.035	-57,2%
Totale B)	**1.720.382.574**	**1.702.669.643**	**17.712.931**	**1,0%**
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	**19.037.639**	**19.249.085**	**-211.446**	**-1,1%**
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	**14.455**	**34.000**	**-19.545**	**-57,5%**
Totale C)	**-14.455**	**-34.000**	**19.545**	**-57,5%**
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	-	-	-	-
a) Plusvalenze	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	-	-	-	-
2) Oneri straordinari	-	-	-	-

a) Minusvalenze	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	-	-	-	-
Totale E)	**-**	**-**	**-**	**-**
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	**19.023.184**	**19.215.085**	**-191.901**	**-1,0%**
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	**18.943.184**	**19.164.704**	**-221.520**	**-1,2%**
a) IRAP relativa a personale dipendente	16.100.000	16.409.580	-309.580	-1,9%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.800.000	2.699.474	100.526	3,7%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	43.184	55.650	-12.466	-22,4%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	**80.000**	**50.381**	**29.619**	**58,8%**
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale Y)	**19.023.184**	**19.215.085**	**-191.901**	**-1,0%**
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**0**	**-**	**0**	**-**

Data 15 Settembre 2020

Il Direttore Area economico-finanziaria
Dr.ssa Anna ALFIERI

.....

Il Direttore Generale
Ing. Gennaro Sosto

.....

NOTA ILLUSTRATIVA
Bilancio preventivo economico
Esercizio 2020

Indice

1. Premessa .....
2. Criteri generali di formazione del bilancio preventivo .....
3. Valore della produzione .....
4. Costi della produzione .....

Acquisto di Beni .....
Acquisto di Beni Sanitari .....
Acquisto di Beni Non Sanitari .....
Acquisto di Servizi Sanitari .....
Acquisto di Servizi Non Sanitari .....
Manutenzione e Riparazione di Beni Mobili ed Immobili .....
Costo del Personale .....
Accantonamenti .....

1. Premessa

La presente relazione riguarda la previsione di spesa per l'anno 2020, con la finalità di monitorarne l'andamento e gli eventuali scostamenti derivanti dagli eventi gestionali. Ai fini del conseguimento degli obiettivi di risparmio e contenimento della spesa sanitaria, fissati dalla Regione Campania per il sistema sanitario regionale di aziende sanitarie ed ospedaliere, si sta procedendo con azioni di ulteriore razionalizzazione di tutti i processi aziendali, in linea con quanto stabilito dalla stessa Regione, in ordine all'omogeneizzazione di approccio alla problematica dei livelli di spesa, che investono la gestione del personale, l'attività di acquisizione di beni e servizi, l'intensificazione dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali necessarie per il pieno assolvimento dei L.E.A.

Sono operativi tutti i processi per l'adeguamento e l'accelerazione delle procedure di liquidazione, preordinate al tempestivo pagamento dei debiti correnti entro i 60 giorni previsti per le aziende sanitarie dal D.lgs. 9 novembre 2012, n. 192, nonché a porre in essere ogni azione possibile per una puntuale ricognizione - anche attraverso le riconciliazioni dei partitari con gli operatori economici di questa ASL - del debito commerciale pregresso, anche sottoposto a contenzioso, al fine di addivenire alla chiusura delle partite ancora in attesa di esaustiva definizione ed anche ai fini della successiva certificazione dei crediti commerciali sulla piattaforma MEF.

Continuano gli accertamenti sui pagamenti effettuati, a decorrere dall'ultimo decennio, con particolare riferimento ai Centri accreditati, anche sulla scorta delle risultanze dei lavori dei tavoli tecnici di branca, nonché degli esiti della circolarizzazione dei crediti.

La progressiva applicazione del nuovo Atto Aziendale faciliterà la necessaria individuazione dei livelli organizzativi e decisionali per il miglioramento delle condizioni assistenziali, di investimento e di economicità.

Il presente documento descrive i costi previsti per l'anno 2020 suddivisi per macro-categorie e fornisce un'elencazione della disciplina regionale emanata (D.G.R.C. e D.C.A.) per la regolamentazione del funzionamento delle AA.SS.LL., in termini di gestione e di misure di contenimento dei costi.

Trattandosi di bilancio economico previsionale, non autorizzatorio, il documento contabile non assolve alla funzione di certificare la rispondenza della dinamica economica alla realtà futura, ma esclusivamente a quella di mostrare, considerando gli elementi in possesso all'Azienda alla data di stesura del documento, un'attendibile e ragionevole situazione economica relativa al periodo considerato. Il Bilancio economico previsionale riporta la quantificazione dei fattori produttivi da acquisire nell'anno 2020.

2. Criteri generali di formazione del bilancio preventivo

Il Conto Economico preventivo 2020 è stato redatto secondo quanto disposto dall'art. 25 del D. Lgs. 118/2011, è corredato da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio, da un piano dei flussi di cassa prospettici redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'art. 26 dello stesso D. Lgs. e di un prospetto di CE analitico secondo quanto previsto dal decreto ministeriale del 13/11/2007.

In considerazione di quanto previsto dall'allegato 1 del Decreto Legislativo 23 giugno 2011 n. 118, recante "principi generali o postulati" in ordine ai principi contabili generali ed applicati di cui all'art.3 del citato Decreto, si è proceduto alla predisposizione del documento contabile considerando che il presente documento contabile:

- è riferito alla previsione unica ed unitaria dell'andamento dell'azienda ASL NA3 nel suo complesso;
- comprende gli obiettivi e le finalità di gestione riconducibili all'azienda ASL NA3, in ossequio al principio di universalità;

- le entrate sono previste al lordo delle spese sostenute per la riscossione e, parimenti, le spese sono iscritte al lordo delle correlate entrate, senza compensazioni di partite;
- le previsioni, ed in generale le valutazioni a contenuto economico- finanziario sono state iscritte sulla base di parametri di riferimento forniti dalla Regione Campania (quota FSR, valori di mobilità, costi rilevati a livello regionale, ecc.), per le voci messe a disposizione a tale riguardo, e dell'analisi di tipo storico e programmatico sulla base dei dati aziendali rilevati;
- la classificazione delle voci, avvenuta sulla base dei conti di contabilità regionale, è stata ricondotta ai conti ministeriali;
- la formulazione della previsione è stata effettuata nel rispetto del principio di competenza economica delle diverse operazioni ed eventi previsti;
- i criteri di valutazione ed analisi delle poste contabili sono stati mantenuti costanti rispetto ai precedenti esercizi;
- la valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi ai criteri generali di prudenza e competenza.

3. Valore della produzione

Per la determinazione dei ricavi, per quanto attiene i contributi in conto esercizio, questa Azienda prende a riferimento il DCA 57 del 04 Luglio 2019 relativo alla ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2018.

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
	A) Valore della produzione	***1.739.420.213***	***1.742.488.624***	***1.721.918.728***	***17.501.485***	***1%***
AA0010	***A.1) Contributi in c/esercizio***	***1.613.958.717***	***1.614.258.717***	***1.601.404.707***	***12.554.010***	***1%***
AA0020	*A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale*	*1.613.958.717*	*1.613.958.717*	*1.601.404.707*	*12.554.010*	*1%*
AA0030	*A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto*	*1.568.865.665*	*1.568.865.665*	*1.601.404.707*	*-32.539.042*	*-2%*
AA0031	*A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto*	*1.552.457.675*	*1.568.865.665*	*1.556.094.660*	*-3.636.985*	*0%*
AA0032	*A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione*	*16.407.990*	*0*	*45.310.047*	*-28.902.057*	*-64%*
AA0040	*A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato*	*45.093.052*	*45.093.052*	*0*	*45.093.052*	*0%*
AA0240	***A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti***	***-12.930.000***	***-6.453.090***	***-23.000.000***	***10.070.000***	***-44%***
AA0270	***A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti***	***10.910.076***	***7.476.700***	***9.000.000***	***1.910.076***	***21%***
AA0320	***A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria***	***111.956.492***	***112.295.054***	***119.524.225***	***-7.567.733***	***-6%***
AA0750	***A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi***	***1.989.554***	***2.361.537***	***2.024.974***	***-35.420***	***-2%***
AA0940	***A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)***	***5.737.086***	***6.262.541***	***6.579.203***	***-842.117***	***-13%***
AA0980	***A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio***	***4.808.601***	***4.808.601***	***4.595.904***	***212.697***	***5%***
AA1060	***A.9) Altri ricavi e proventi***	***2.989.687***	***1.478.564***	***1.789.715***	***1.199.972***	***67%***

In particolare, corre l'obbligo di specificare che:

- Il valore della *rettifica dei contributi in c/esercizio* è ricavato dalla delibera n. 246 del 15 marzo 2019 con la quale è stato adottato il programma triennale dei lavori pubblici per il periodo 2019 – 2021;
- La voce *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria* è costituita dalle entrate proprie dell'Azienda e concerne i ricavi provenienti dalla produzione sanitaria aziendale nei confronti di soggetti pubblici, regionali ed extraregionali, e soggetti privati.

4. Costi della produzione

Acquisto di Beni

la voce è relativa ai costi che si prevede di sostenere per l'acquisto di beni sanitari, non sanitari e per i materiali di manutenzione e si riferiscono sostanzialmente alle acquisizioni di beni necessari per lo svolgimento delle attività sanitarie; Il costo complessivo del 2020 per acquisti di beni, è stato stimato sulla base delle risorse sanitarie e non sanitarie da impiegare, così come comunicato dalla U.O.C. A.B.S. e dal Dipartimento Farmaceutico e come da delibera n. 813 del 30/09/2019 relativa alla programmazione biennale acquisti beni e servizi dell'ASL Napoli 3 Sud – Annualità 2020-2021.

Acquisto di Beni Sanitari

Questa voce di costo è rappresentata in prevalenza dai prodotti farmaceutici ed emoderivati che sono utilizzati e distribuiti presso i Distretti Sanitari ed i Presidi Ospedalieri pubblici. A riguardo si fa presente che a livello aziendale il consumo di questi prodotti è sotto monitoraggio continuo, al fine di contenere la spesa attraverso azioni rivolte essenzialmente alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
BA0020	***B.1.A) Acquisti di beni sanitari***	***245.358.020***	***195.849.645***	***200.655.920***	***44.702.100***	***22%***
BA0030	*B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati*	*169.368.225*	*146.752.393*	*152.821.922*	*16.546.303*	*11%*
BA0040	*B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali*	*169.218.225*	*146.714.791*	*152.712.785*	*16.505.440*	*11%*
BA0050	*B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC*	*150.000*	*34.698*	*109.019*	*40.981*	*38%*
BA0070	*B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti*	*300.000*	*321.521*	*400.000*	*-100.000*	*-25%*
BA0210	*B.1.A.3) Dispositivi medici*	*59.427.795*	*34.826.802*	*35.596.292*	*23.831.503*	*67%*
BA0220	*B.1.A.3.1) Dispositivi medici*	*42.742.795*	*26.565.351*	*26.696.292*	*16.046.503*	*60%*
BA0230	*B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi*	*3.517.200*	*2.481.181*	*2.500.000*	*1.017.200*	*41%*
BA0240	*B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)*	*13.167.800*	*5.780.270*	*6.400.000*	*6.767.800*	*106%*
BA0250	*B.1.A.4) Prodotti dietetici*	*5.500.000*	*4.480.623*	*1.350.000*	*4.150.000*	*307%*
BA0260	*B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)*	*10.700.000*	*9.364.685*	*9.865.977*	*834.023*	*8%*
BA0280	*B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario*	*62.000*	*69.090*	*100.000*	*-38.000*	*-38%*

Acquisto di Beni Non Sanitari

Per quanto riguarda l'acquisto di beni non sanitari si rileva che l'incidenza di tale area di spesa è marginale sulla voce complessiva di Bilancio relativa ai beni (sanitari e non sanitari). Questa voce di costo è rappresentata in maggioranza dagli acquisti di: combustibili, carburanti e lubrificanti.

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
BA0310	***B.1.B) Acquisti di beni non sanitari***	***8.629.727***	***3.633.354***	***7.672.764***	***956.963***	***12%***
BA0320	*B.1.B.1) Prodotti alimentari*	*300.000*	*13.186*	*248.575*	*51.425*	*21%*
BA0330	*B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere*	*200.000*	*203.184*	*327.689*	*-127.689*	*-39%*
BA0340	*B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti*	*4.585.146*	*1.587.731*	*4.800.000*	*-214.854*	*-4%*
BA0350	*B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria*	*1.505.232*	*1.579.312*	*1.680.000*	*-174.768*	*-10%*
BA0360	*B.1.B.5) Materiale per la manutenzione*	*39.349*	*125.481*	*200.000*	*-160.651*	*-80%*
BA0370	*B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari*	*2.000.000*	*124.460*	*416.000*	*1.584.000*	*381%*

Acquisto di Servizi Sanitari

L'acquisto di servizi sanitari rappresenta senza dubbio il costo maggiore in ambito aziendale, in quanto assolve alla funzione di soddisfare la domanda di assistenza dell'utenza. Com'è noto, tale spesa va riferita ai costi derivanti dall'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate (Case di Cura, Laboratori di analisi, Centri riabilitazione, Studi di radiologia, ecc). Nella determinazione degli importi si sono considerati i limiti imposti dai tetti di spesa per le varie branche.

Rientrano nei tetti di spesa anche le prestazioni erogate in Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.) e quindi, anche per queste prestazioni, se da una parte non è possibile prevedere una riduzione della spesa, dall'altra non è consentito superare la spesa prevista per la possibilità di attuare lo strumento della Regressione Tariffaria. Tra i Servizi Sanitari acquistati dall'Azienda è opportuno ricordare anche quelli relativi alla Medicina di Base (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.). Altro Servizio Sanitario particolarmente incidente sull'intera spesa prevista per l'acquisto di servizi (sanitari e non sanitari) è quello concernente la Farmaceutica da convenzione. In questo caso è stata posta in essere un'azione di monitoraggio e controllo della spesa che senza alcun dubbio può determinare un contenimento della spesa in modo tale da non superare quello previsto. Tali azioni si fondano essenzialmente sulla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da Medici di Base (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.). Infine, è necessario evidenziare che in questa voce di spesa sono previsti anche costi derivanti dalla mobilità passiva, cioè i costi generati dai residenti nel territorio dell'A.S.L. Napoli 3 Sud cui sono state erogate prestazioni in strutture ubicate in altre Aziende Sanitarie regionali. Tale spesa però non si può stimare in maniera accurata in quanto il flusso della mobilità passiva è causato da fenomeni non prevedibili, legati a scelte individuali degli assistiti ed alla maggiore offerta sanitaria delle strutture insistenti nella città di Napoli.

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
BA0400	***B.2.A) Acquisti servizi sanitari***	***1.074.977.046***	***1.087.004.001***	***1.092.771.901***	***-17.794.855***	***-2%***
BA0410	*B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base*	*120.194.007*	*124.522.045*	*122.186.664*	*-1.992.657*	*-2%*
BA0490	*B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica*	*160.114.692*	*155.959.222*	*156.895.961*	*3.218.731*	*2%*

BA0530	*B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale*	*164.298.656*	*166.000.853*	*175.837.069*	*-11.538.413*	*-7%*
BA0640	*B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa*	*73.159.464*	*73.159.464*	*72.733.492*	*425.972*	*1%*
BA0700	*B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa*	*22.517.340*	*23.253.333*	*26.100.000*	*-3.582.660*	*-14%*
BA0750	*B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica*	*12.734.711*	*13.143.624*	*23.349.081*	*-10.614.370*	*-45%*
BA0800	*B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera*	*426.466.249*	*426.099.535*	*422.254.089*	*4.212.160*	*1%*
BA0900	*B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale*	*3.728.072*	*3.651.342*	*2.387.704*	*1.340.368*	*56%*
BA0960	*B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F*	*62.331.572*	*62.507.690*	*57.636.175*	*4.695.397*	*8%*
BA1030	*B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione*	*1.745.324*	*1.745.324*	*1.581.761*	*163.563*	*10%*
BA1090	*B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario*	*5.560.971*	*6.356.809*	*5.904.000*	*-343.029*	*-6%*
BA1140	*B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria*	*15.932.179*	*15.439.053*	*15.039.855*	*892.324*	*6%*
BA1200	*B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)*	*846.472*	*1.260.806*	*1.278.947*	*-432.475*	*-34%*
BA1280	*B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari*	*800.411*	*1.283.333*	*2.007.975*	*-1.207.564*	*-60%*
BA1350	*B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie*	*3.685.500*	*4.262.859*	*5.289.128*	*-1.603.628*	*-30%*
BA1490	*B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria*	*861.423*	*8.358.710*	*2.290.000*	*-1.428.577*	*-62%*

Acquisto di Servizi Non Sanitari

La voce "Acquisti di servizi non sanitari" ha una bassa incidenza sull' intera spesa dell'Area. I suddetti servizi non sanitari sono rappresentati in gran parte da: vigilanza, lavanderia, disinfestazione, pulizia e buoni pasto. Afferiscono a questa voce di spesa anche tutte le utenze (telefoniche, elettricità, ecc.).

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
BA1560	***B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari***	***54.580.828***	***52.540.787***	***53.498.605***	***1.082.223***	***2%***
BA1570	*B.2.B.1) Servizi non sanitari*	*53.455.288*	*51.740.376*	*52.408.853*	*1.046.435*	*2%*
BA1580	*B.2.B.1.1) Lavanderia*	*2.000.000*	*1.905.945*	*2.103.932*	*-103.932*	*-5%*
BA1590	*B.2.B.1.2) Pulizia*	*12.099.505*	*13.550.919*	*12.500.000*	*-400.495*	*-3%*
BA1600	*B.2.B.1.3) Mensa*	*5.681.558*	*6.284.780*	*7.000.000*	*-1.318.442*	*-19%*
BA1601	*B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti*	*3.237.650*	*6.284.780*	*6.500.000*	*-3.262.350*	*-50%*
BA1602	*B.2.B.1.3.B) Mensa degenti*	*2.443.907*	*0*	*500.000*	*1.943.907*	*389%*
BA1610	*B.2.B.1.4) Riscaldamento*	*85.085*	*59.216*	*118.539*	*-33.454*	*-28%*
BA1620	*B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica*	*3.541.664*	*3.434.777*	*3.927.059*	*-385.395*	*-10%*
BA1630	*B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)*	*13.115*	*5.893*	*10.000*	*3.115*	*31%*

BA1640	*B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti*	*800.000*	*830.791*	*750.000*	*50.000*	*7%*
BA1650	*B.2.B.1.8) Utenze telefoniche*	*2.184.643*	*2.102.469*	*2.100.000*	*84.643*	*4%*
BA1660	*B.2.B.1.9) Utenze elettricità*	*3.779.669*	*4.160.473*	*3.700.000*	*79.669*	*2%*
BA1670	*B.2.B.1.10) Altre utenze*	*952.952*	*371.709*	*914.844*	*38.108*	*4%*
BA1680	*B.2.B.1.11) Premi di assicurazione*	*7.129.616*	*5.103.377*	*4.580.000*	*2.549.616*	*56%*
BA1690	*B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale*	*6.969.616*	*4.463.939*	*4.500.000*	*2.469.616*	*55%*
BA1700	*B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi*	*160.000*	*639.438*	*80.000*	*80.000*	*100%*
BA1710	*B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari*	*15.187.481*	*13.930.027*	*14.704.479*	*483.002*	*3%*
BA1750	*B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie*	*914.514*	*561.104*	*685.437*	*229.077*	*33%*
BA1780	*B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato*	*774.212*	*435.212*	*556.993*	*217.219*	*39%*
BA1840	*B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando*	*140.303*	*113.862*	*113.844*	*26.459*	*23%*
BA1880	*B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)*	*211.026*	*239.307*	*404.315*	*-193.289*	*-48%*
BA1890	*B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico*	*15.987*	*8.230*	*0*	*15.987*	*0%*
BA1900	*B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato*	*195.039*	*231.077*	*404.315*	*-209.276*	*-52%*

Manutenzione e Riparazione di Beni Mobili ed Immobili

Nell'ambito della manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni mobili ed immobili, il bilancio preventivo ha tenuto conto del rispetto degli obblighi normativi soprattutto degli adeguamenti per la sicurezza dei luoghi di lavoro ai sensi della normativa vigente (D.lgs. n. 81/08). In particolare, sono stati considerati prioritari i lavori di manutenzione e riparazione dei fabbricati dei Distretti degli Ospedali e dei Dipartimenti.

		Preventivo 2020	**Consuntivo 2018**	**Preventivo 2019**	**Variazione Preventivo 2020/2019**	**Variazione %**
BA1910	***B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)***	***18.057.153***	***17.088.078***	***25.465.745***	***-7.408.592***	***-29%***
BA1920	*B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze*	*8.478.122*	*11.682.028*	*13.700.776*	*-5.222.654*	*-38%*
BA1930	*B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari*	*16.599*	*196.410*	*81.445*	*-64.846*	*-80%*
BA1940	*B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche*	*6.836.757*	*4.837.633*	*7.500.000*	*-663.243*	*-9%*
BA1950	*B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi*		*15.557*	*30.000*	*-30.000*	*-100%*
BA1960	*B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi*	*110.000*	*122.454*	*115.000*	*-5.000*	*-4%*
BA1970	*B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni*	*2.504.596*	*233.996*	*4.038.524*	*-1.533.928*	*-38%*
BA1980	*B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	*111.079*	*0*	*0*	*111.079*	*0%*

Costo del Personale

Tale costo, stimato in € 258.137.952, costituisce una voce di spesa significativa per la sua incidenza sul bilancio economico preventivo. La spesa viene valutata in aumento per effetto dell'immissione di nuove risorse umane soprattutto nel settore sanitario con procedure concorsuali espletate ed ancora in essere anche se l'incremento di spesa dovrebbe essere più contenuto, per il presumibile collocamento in quiescenza di dipendenti, anche anticipato, atteso per l'annualità 2020, peraltro amplificato dell'entrata in regime dalle disposizioni normative nazionali in materia previdenziale, che potrebbero far conseguire risparmi di spesa in misura più consistenti degli incrementi stessi.

		Preventivo 2020	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Variazione Preventivo 2020/2019	Variazione %
BA2080	***Totale Costo del personale***	***258.137.952***	***257.283.883***	***257.713.949***	***424.003***	***0%***
BA2090	*B.5) Personale del ruolo sanitario*	*216.471.951*	*216.121.758*	*217.071.100*	*-599.149*	*0%*
BA2100	*B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario*	*121.014.573*	*122.831.218*	*123.099.000*	*-2.084.427*	*-2%*
BA2110	*B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico*	*107.689.959*	*109.468.936*	*109.823.000*	*-2.133.041*	*-2%*
BA2150	*B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico*	*13.324.614*	*13.362.282*	*13.276.000*	*48.614*	*0%*
BA2190	*B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario*	*95.457.378*	*93.290.540*	*93.972.100*	*1.485.278*	*2%*
BA2200	*B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato*	*95.182.566*	*92.956.617*	*93.925.754*	*1.256.812*	*1%*
BA2210	*B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato*	*274.812*	*331.775*	*46.346*	*228.466*	*493%*
BA2230	*B.6) Personale del ruolo professionale*	*916.905*	*826.609*	*972.942*	*-56.037*	*-6%*
BA2240	*B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale*	*916.905*	*826.609*	*949.290*	*-32.385*	*-3%*
BA2250	*B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato*	*916.905*	*826.609*	*949.290*	*-32.385*	*-3%*
BA2320	*B.7) Personale del ruolo tecnico*	*19.830.449*	*19.344.287*	*18.244.753*	*1.585.696*	*9%*
BA2330	*B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico*	*1.138.269*	*1.159.672*	*1.133.452*	*4.817*	*0%*
BA2340	*B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato*	*1.138.269*	*1.159.672*	*1.133.452*	*4.817*	*0%*
BA2370	*B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico*	*18.692.179*	*18.184.615*	*17.111.301*	*1.580.878*	*9%*
BA2380	*B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato*	*18.222.585*	*18.112.935*	*17.111.000*	*1.111.585*	*6%*
BA2390	*B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato*	*447.209*	*62.238*	*301*	*446.908*	*148474%*
BA2400	*B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro*	*22.385*	*9.442*	*0*	*22.385*	*0%*
BA2410	*B.8) Personale del ruolo amministrativo*	*20.918.647*	*20.991.229*	*21.425.154*	*-506.507*	*-2%*
BA2420	*B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo*	*2.291.838*	*2.311.636*	*2.407.555*	*-115.717*	*-5%*
BA2430	*B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato*	*2.289.734*	*2.302.033*	*2.407.235*	*-117.501*	*-5%*
BA2440	*B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato*	*2.104*	*2.603*	*320*	*1.784*	*558%*
BA2460	*B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo*	*18.626.809*	*18.679.593*	*19.017.599*	*-390.790*	*-2%*

BA2470	*B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato*	*18.534.182*	*18.585.928*	*19.013.080*	*-478.898*	*-3%*
BA2480	*B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato*	*81.681*	*37.750*	*4.519*	*77.162*	*1708%*
BA2490	*B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro*	*10.945*	*55.915*	*0*	*10.945*	*0%*

Per quanto attiene la determinazione per il trattamento economico accessorio, sia delle aree della Dirigenza che del Comparto, i cui fondi qui di seguito si riportano ponendo a raffronto i relativi due esercizi, la loro quantificazione è stata effettuata inizialmente sulla base delle risultanze delle Deliberazioni n° 282 del 25 marzo 2019 e n° 993 del 27 novembre 2019 relative ai fondi dell'anno 2019, con cui i fondi medesimi sono divenuti medesimi in virtù della Deliberazione del Direttore Generale n° 63 del 24 gennaio 2020, mentre, per l'annualità 2020, la loro costituzione assume carattere provvisorio:

Area Contrattuale	Tipologia fondo contrattuale	Fondo 2019	Fondo provvisorio 2020
Med/Vet	Posizione	**17.155.571**	**17.155.571**
Med/Vet	Disagio	**3.887.996**	**3.887.996**
Medica	Risultato	**3.596.634**	**3.596.634**
Veterinaria	Risultato		
Sanitaria	Posizione	**1.908.760**	**1.908.760**
Sanitaria	Disagio	**385.693**	**385.693**
Sanitaria	Risultato	**735.154**	**735.154**
PTA	Posizione	**879.632**	**879.632**
PTA	Risultato	**347.734**	**347.734**
Comparto	Fondo condizioni di lavoro e incarichi	**12.729.019**	**12.729.019**
Comparto	Fondo premialità e fasce	**14.841.782**	**14.841.782**

Accantonamenti

La voce accantonamenti riguarda accantonamenti per rischi, accantonamenti per premio di operosità (SUMAI), accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati e Altri accantonamenti.

Gli accantonamenti dell'esercizio previsti per l'annualità 2020 sono ridotti sia rispetto al bilancio consuntivo 2018 che al bilancio previsionale 2019.

		PREVENTIVO 2020	CONSUNTIVO 2018	PREVENTIVO 2019
BA2690	**B.14) Accantonamenti dell'esercizio**	**47.774.665**	**98.953.815**	**57.137.447**
BA2700	**B.14.A) Accantonamenti per rischi**	**23.793.851**	**70.682.842**	**28.766.000**
BA2710	B.14.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	4.966.214	4.966.214	1.328.000
BA2720	B.14.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	5.930.637	5.930.637	4.579.000
BA2730	B.14.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	2.517.000	28.604.588	4.738.000
BA2740	B.14.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	400.000	2.400.000	2.400.000
BA2741	B.14.A.5) Accantonamenti per franchigia assicurativa	2.000.000		
BA2750	B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi	7.230.000	28.755.666	14.221.000
BA2751	B.14.A.7) Accantonamenti per interessi di mora	750.000	25.737	1.500.000
BA2760	**B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)**	**1.100.000**	**1.100.000**	**1.200.000**
BA2770	**B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati**	**17.605.849**	**16.355.000**	**16.355.447**
BA2820	**B.14.D) Altri accantonamenti**	**5.274.965**	**10.815.973**	**10.816.000**

Si riportano infine le seguenti ulteriori tabelle di comparazione che hanno determinato le risultanze del bilancio preventivo 2020, i cui costi derivano dai valori riportati nel consuntivo 2018 e dall'andamento della spesa registrata nel corso dell'anno 2019.

Il valore della produzione del conto economico previsionale 2019 dell'Azienda, raffrontato con il previsionale 2020 risulta essere:

VALORE DELLA PRODUZIONE	PREVENTIVO 2019	PREVENTIVO 2020
CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	1.601.404.707	1.613.958.717
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	119.524.225	111.956.492
CONCORSI RECUPERI E SPESE	2.024.974	1.989.554
COMPARTECIPAZIONE SPESA SANITARIA	6.579.203	5.737.086
ALTRI RICAVI SANITARI	-12.210.285	969.763
COSTI CAPITALIZZATI	4.595.904	4.808.601
Totale Valore della Produzione	**1.721.918.728**	**1.739.420.213**

I costi della produzione del conto economico del Previsionale 2019 dell'Azienda, raffrontati con il previsionale 2020 sono così composti:

COMPOSIZIONE DEI COSTI TOTALI	PREVISONALE 2019	PREVISIONALE 2020
ACQUISTO BENI	208.328.684	253.987.747
ACQUISTO SERVIZI	1.146.270.506	1.129.557.874
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	25.465.745	18.057.153
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	6.533.928	14.976.141
COSTO DEL PERSONALE	257.713.949	258.137.952
ONERI DIVERSI DI GESTIONE, AMMORTAMENTI ETC.	58.356.831	45.665.708
ONERI FINANZIARI, STRAORDINARI E IMPOSTE	19.249.085	19.037.639
TOTALE	**1.721.918.728**	**1.739.420.213**
RISULTATO DI ESERCIZIO	**0**	**0**

Il Direttore U.O.C.
Gestione Economico Finanziaria
Dott.ssa Anna Alfieri

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	AA0010	**A.1) Contributi in c/esercizio**	1.613.958.717,00	1.601.404.707,00
	AA0020	***A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale***	1.613.958.717,00	1.601.404.707,00
	AA0030	*A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto*	1.568.865.665,00	1.601.404.707,00
	AA0031	A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto	1.552.457.675,00	1.556.094.660,00
	AA0032	A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione	16.407.990,00	45.310.047,00
	AA0033	A.1.A.1.3) Funzioni	-	-
	AA0034	A.1.A.1.3.A) Funzioni - Pronto Soccorso		
	AA0035	A.1.A.1.3.B) Funzioni - Altro		
	AA0036	A.1.A.1.4) Quota finalizzata per il Piano aziendale di cui all'art. 1, comma 528, L. 208/2015		
	AA0040	*A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato*	45.093.052,00	
	AA0050	***A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)***	-	-
	AA0060	*A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)*	-	-
	AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati		
	AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA		
	AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA		
	AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro		
	AA0110	*A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)*	-	-
R	AA0120	A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati		
R	AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro		
	AA0140	*A.1.B.3) Contributi da Ministero della Salute e da altri soggetti pubblici (extra fondo)*	-	-
	AA0141	A.1.B.3.1) Contributi da Ministero della Salute (extra fondo)		
	AA0150	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati		
	AA0160	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92		
	AA0170	A.1.B.3.4) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro		
	AA0171	A.1.B.3.5) Contibuti da altri soggetti pubblici (extra fondo) - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191.		
	AA0180	***A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca***	-	-
	AA0190	*A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente*		
	AA0200	*A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata*		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	AA0210	*A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca*		
	AA0220	*A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca*		
	AA0230	***A.1.D) Contributi c/esercizio da privati***		
	AA0240	**A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti**	- 12.929.999,96	- 23.000.000,00
	AA0250	***A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale***	- 12.929.999,96	- 23.000.000,00
	AA0260	***A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi***		
	AA0270	**A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti**	10.910.075,79	9.000.000,00
	AA0271	***A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato***		
	AA0280	***A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato***	10.910.075,79	9.000.000,00
	AA0290	***A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati***		
	AA0300	***A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca***		
	AA0310	***A.3.E) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati***		
	AA0320	**A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria**	111.956.491,80	119.524.225,00
	AA0330	***A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici***	106.350.899,00	115.875.974,00
R	*AA0340*	*A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	95.707.803,00	100.527.397,00
R	AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	46.737.219,00	46.464.004,00
R	AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	22.753.677,00	18.384.351,00
R	AA0361	A.4.A.1.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero		
R	AA0370	A.4.A.1.4) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		
R	AA0380	A.4.A.1.5) Prestazioni di File F	2.410.002,00	10.697.145,00
R	AA0390	A.4.A.1.6) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	3.982,00	
R	AA0400	A.4.A.1.7) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	5.032.459,00	5.170.024,00
R	AA0410	A.4.A.1.8) Prestazioni termali	273.948,00	246.643,00
R	AA0420	A.4.A.1.9) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso		
R	AA0421	A.4.A.1.10) Prestazioni assistenza integrativa		
R	AA0422	A.4.A.1.11) Prestazioni assistenza protesica		
R	AA0423	A.4.A.1.12) Prestazioni assistenza riabilitativa extraospedaliera		
R	AA0424	A.4.A.1.13) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
R	AA0425	A.4.A.1.14) Prestazioni assistenza domiciliare integrata (ADI)		
R	AA0430	A.4.A.1.15) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	18.496.516,00	19.565.230,00
	AA0440	*A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici*	334.880,00	43.577,00
	AA0450	*A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione*	10.308.216,00	15.305.000,00
S	AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	2.069.025,00	5.936.000,00
S	AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	5.032.992,00	6.483.000,00
S	AA0471	A.4.A.3.3) Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	-	
SS	AA0480	A.4.A.3.4) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)		
S	AA0490	A.4.A.3.5) Prestazioni di File F	857.000,00	732.000,00
S	AA0500	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione		
S	AA0510	A.4.A.3.7) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	2.119.000,00	1.997.000,00
S	AA0520	A.4.A.3.8) Prestazioni termali Extraregione	102.000,00	87.000,00
S	AA0530	A.4.A.3.9) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	126.000,00	70.000,00
SS	AA0541	A.4.A.3.10) Prestazioni assistenza integrativa da pubblico (extraregione)	2.199,00	
SS	AA0542	A.4.A.3.11) Prestazioni assistenza protesica da pubblico (extraregione)		
S	AA0550	A.4.A.3.12) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione		
S	AA0560	A.4.A.3.13) Ricavi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale		
S	AA0561	A.4.A.3.14) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione		
SS	AA0570	A.4.A.3.15) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	-	-
SS	*AA0580*	*A.4.A.3.15.A) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione Extraregione*		
SS	*AA0590*	*A.4.A.3.15.B) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione*		
	AA0600	A.4.A.3.16) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale		
R	AA0601	A.4.A.3.17) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS.		
SS	AA0602	A.4.A.3.18) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria ad Aziende sanitarie e casse mutua estera - (fatturate direttamente)		
S	***AA0610***	***A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)***	3.111.385,00	-

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
S	AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	2.449.377,00	
S	*AA0630*	*A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)*	662.008,00	
S	*AA0631*	*A.4.B.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)*		
S	*AA0640*	*A.4.B.4) Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)*		
S	*AA0650*	*A.4.B.5) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)*		
	AA0660	***A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati***	1.228.533,63	2.242.213,00
	AA0670	***A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia***	1.265.674,17	1.406.038,00
	AA0680	*A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera*		
	AA0690	*A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica*	865.008,17	1.054.563,00
	AA0700	*A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica*		1.968,00
	AA0710	*A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)*	312.910,00	293.424,00
R	*AA0720*	*A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*	56.880,00	
	AA0730	*A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro*	30.876,00	56.083,00
R	*AA0740*	*A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	AA0750	**A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi**	1.989.554,49	2.024.974,00
	AA0760	***A.5.A) Rimborsi assicurativi***	540.836,33	310.686,00
	AA0770	***A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione***	-	-
	AA0780	*A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione*		
	AA0790	*A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione*		
R	***AA0800***	***A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione***	95.075,33	434.916,00
R	*AA0810*	*A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		146.504,00
R	*AA0820*	*A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		
R	*AA0830*	*A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	95.075,33	288.412,00
R	*AA0831*	*A.5.C.4) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione - GSA*		
	AA0840	***A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici***	303.545,83	87.978,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	AA0850	*A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici*	235.041,33	18.797,00
	AA0860	*A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici*		
	AA0870	*A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici*	68.504,50	69.181,00
	AA0880	***A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati***	1.050.097,00	1.191.394,00
	AA0890	*A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back*	-	-
	AA0900	A.5.E.1.1) Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale		
	AA0910	A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera		
	AA0920	A.5.E.1.3) Ulteriore Pay-back		
	AA0921	*A.5.E.2) Rimborso per Pay back sui dispositivi medici*		
	AA0930	*A.5.E.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati*	1.050.097,00	1.191.394,00
	AA0940	**A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)**	5.737.086,07	6.579.203,00
	AA0950	***A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e APA-PAC***	4.890.240,11	6.551.561,00
	AA0960	***A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso***	63.188,63	27.642,00
	AA0970	***A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro***	783.657,33	
	AA0980	**A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio**	4.808.601,00	4.595.904,00
	AA0990	***A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato***		
	AA1000	***A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione***		
	AA1010	***A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione***		
	AA1020	***A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti***	4.808.601,00	4.595.904,00
	AA1030	***A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti***		
	AA1040	***A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto***		
	AA1050	**A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni**		
	AA1060	**A.9) Altri ricavi e proventi**	2.989.686,51	1.789.715,00
	AA1070	***A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie***	797.496,81	786.792,00
	AA1080	***A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari***	119.183,83	195.679,00
	AA1090	***A.9.C) Altri proventi diversi***	2.073.005,87	807.244,00
	AZ9999	**Totale valore della produzione (A)**	1.739.420.212,70	1.721.918.728,00
		B) Costi della produzione		
	BA0010	**B.1) Acquisti di beni**	253.987.746,77	208.328.684,00
	BA0020	***B.1.A) Acquisti di beni sanitari***	245.358.019,77	200.655.920,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA0030	*B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati*	169.368.224,77	152.821.922,00
	BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	169.218.224,77	**152.712.785,00**
	BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	150.000,00	109.019,00
	BA0051	B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali		118,00
	BA0060	B.1.A.1.4) Emoderivati di produzione regionale	-	-
R	BA0061	B.1.A.1.4.1) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		
S	BA0062	B.1.A.1.4.2) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale		
	BA0063	B.1.A.1.4.3) Emoderivati di produzione regionale da altri soggetti		
	BA0070	*B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti*	300.000,00	400.000,00
R	BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale		
S	BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale		
	BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	300.000,00	400.000,00
	BA0210	*B.1.A.3) Dispositivi medici*	59.427.795,00	35.596.292,00
	BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	42.742.795,00	26.696.292,00
	BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	3.517.200,00	2.500.000,00
	BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	13.167.800,00	6.400.000,00
	BA0250	*B.1.A.4) Prodotti dietetici*	5.500.000,00	1.350.000,00
	BA0260	*B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)*	10.700.000,00	9.865.977,00
	BA0270	*B.1.A.6) Prodotti chimici*		21.729,00
	BA0280	*B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario*	62.000,00	100.000,00
	BA0290	*B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari*		500.000,00
R	*BA0300*	*B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	-	-
R	*BA0301*	*B.1.A.9.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati*		
R	*BA0303*	*B.1.A.9.3) Dispositivi medici*		
R	*BA0304*	*B.1.A.9.4) Prodotti dietetici*		
R	*BA0305*	*B.1.A.9.5) Materiali per la profilassi (vaccini)*		
R	*BA0306*	*B.1.A.9.6) Prodotti chimici*		
R	*BA0307*	*B.1.A.9.7) Materiali e prodotti per uso veterinario*		
R	*BA0308*	*B.1.A.9.8) Altri beni e prodotti sanitari*		
	BA0310	***B.1.B) Acquisti di beni non sanitari***	8.629.727,00	7.672.764,00
	BA0320	*B.1.B.1) Prodotti alimentari*	300.000,00	248.575,00
	BA0330	*B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere*	200.000,00	327.689,00
	BA0340	*B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti*	4.585.146,00	4.800.000,00
	BA0350	*B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria*	1.505.232,00	1.680.000,00
	BA0360	*B.1.B.5) Materiale per la manutenzione*	39.349,00	200.000,00
	BA0370	*B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari*	2.000.000,00	416.000,00
R	*BA0380*	*B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		500,00
	BA0390	**B.2) Acquisti di servizi**	1.129.557.874,00	1.146.270.506,00
	BA0400	***B.2.A) Acquisti servizi sanitari***	1.074.977.046,07	1.092.771.901,00
	BA0410	***B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base***	120.194.006,89	122.186.664,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA0420	*B.2.A.1.1) - da convenzione*	119.730.101,89	121.706.624,00
	BA0430	*B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG*	81.186.138,48	82.933.333,00
	BA0440	*B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS*	21.320.839,81	21.508.140,00
	BA0450	*B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale*	16.569.556,79	16.374.908,00
	BA0460	*B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)*	653.566,81	890.243,00
R	*BA0470*	*B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale*	113.905,00	152.040,00
S	*BA0480*	*B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale*	350.000,00	328.000,00
	BA0490	***B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica***	160.114.692,42	156.895.961,00
	BA0500	*B.2.A.2.1) - da convenzione*	154.824.900,42	151.715.281,00
R	*BA0510*	*B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale*	4.630.792,00	4.563.603,00
S	*BA0520*	*B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)*	659.000,00	617.077,00
	BA0530	***B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale***	164.298.655,67	175.837.069,00
R	*BA0540*	*B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*	39.478.942,00	36.000.000,00
R	*BA0541*	*B.2.A.3.2) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	BA0550	*B.2.A.3.3) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
	BA0551	*B.2.A.3.4) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA0560*	*B.2.A.3.5) - da pubblico (Extraregione)*	7.231.000,00	6.770.000,00
S	*BA0561*	*B.2.A.3.6) prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da pubblico (Extraregione)*		
	BA0570	*B.2.A.3.7) - da privato - Medici SUMAI*	28.550.834,67	33.000.000,00
	BA0580	*B.2.A.3.8) - da privato*	88.375.871,00	100.067.069,00
	BA0590	B.2.A.3.8.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati		
	BA0591	B.2.A.3.8.B) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da IRCCS privati e Policlinici privati		
	BA0600	B.2.A.3.8.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati		
	BA0601	B.2.A.3.8.D) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da Ospedali Classificati privati		
	BA0610	B.2.A.3.8.E) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private		
	BA0611	B.2.A.3.8.F) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da Case di Cura private		
	BA0620	B.2.A.3.8.G) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	88.375.871,00	100.067.069,00
	BA0621	B.2.A.3.8.H) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da altri privati		
	BA0630	*B.2.A.3.9) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)*	662.008,00	

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA0631	B.2.A.3.10) Servizi sanitari per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		
	BA0640	***B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa***	73.159.463,62	72.733.492,00
R	*BA0650*	*B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*	7.220.531,62	6.730.667,00
	BA0660	*B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
SS	*BA0670*	*B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione*	55.932,00	
	BA0680	*B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)*	65.883.000,00	65.883.000,00
	BA0690	*B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)*		119.825,00
	BA0700	***B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa***	22.517.340,00	26.100.000,00
R	*BA0710*	*B.2.A.5.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	BA0720	*B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA0730*	*B.2.A.5.3) - da pubblico (Extraregione)*		
	BA0740	*B.2.A.5.4) - da privato*	22.517.340,00	26.100.000,00
	BA0750	***B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica***	12.734.711,00	23.349.081,00
R	*BA0760*	*B.2.A.6.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	BA0770	*B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA0780*	*B.2.A.6.3) - da pubblico (Extraregione)*		19.081,00
	BA0790	*B.2.A.6.4) - da privato*	12.734.711,00	23.330.000,00
	BA0800	***B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera***	426.466.249,33	422.254.089,00
R	*BA0810*	*B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*	254.509.535,00	254.240.012,00
	BA0820	*B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA0830*	*B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)*	54.000.000,00	52.509.000,00
	BA0840	*B.2.A.7.4) - da privato*	115.507.337,33	115.505.036,00
	BA0850	B.2.A.7.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati		
	BA0860	B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati		
	BA0870	B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	115.505.000,00	115.505.036,00
	BA0880	B.2.A.7.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	2.337,33	
	BA0890	*B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)*	2.449.377,00	41,00
	BA0900	***B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale***	3.728.072,40	2.387.704,00
R	*BA0910*	*B.2.A.8.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		53,00
	BA0920	*B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
SS	*BA0930*	*B.2.A.8.3) - da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione*		
	BA0940	*B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)*	3.578.113,73	2.355.000,00
	BA0950	*B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)*	149.958,67	32.651,00
	BA0960	***B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F***	62.331.572,00	57.636.175,00
R	*BA0970*	*B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale*	51.500.000,00	47.511.175,00
	BA0980	*B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA0990*	*B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)*	3.577.000,00	3.349.000,00
	BA1000	*B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)*	7.254.572,00	6.776.000,00
	BA1010	*B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale)*		
	BA1020	*B.2.A.9.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)*		
	BA1030	***B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione***	1.745.324,00	1.581.761,00
R	*BA1040*	*B.2.A.10.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale*	687.324,00	603.761,00
	BA1050	*B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*	-	
S	*BA1060*	*B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)*	80.000,00	75.000,00
	BA1070	*B.2.A.10.4) - da privato*	978.000,00	903.000,00
	BA1080	*B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)*	-	
	BA1090	***B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario***	5.560.970,67	5.904.000,00
R	*BA1100*	*B.2.A.11.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale*		
	BA1110	*B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)*		
S	*BA1120*	*B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)*	540.000,00	506.000,00
	BA1130	*B.2.A.11.4) - da privato*	5.020.970,67	5.398.000,00
	BA1140	***B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria***	15.932.178,67	15.039.855,00
R	*BA1150*	*B.2.A.12.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale*	-	2.800,00
R	BA1151	B.2.A.12.1.A) Assistenza domiciliare integrata (ADI)		
R	BA1152	B.2.A.12.1.B) Altre prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		2.800,00
	BA1160	*B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)*		
S	*BA1161*	*B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione*		
SS	*BA1170*	*B.2.A.12.4) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione*		6.657,00
	BA1180	*B.2.A.12.5) - da privato (intraregionale)*	14.957.000,00	14.901.000,00
	BA1190	*B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale)*	975.178,67	129.398,00
	BA1200	***B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)***	846.471,85	1.278.947,00
	BA1210	*B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera*		
	BA1220	*B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica*	846.471,85	860.175,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA1230	*B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica*		24.940,00
	BA1240	*B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)*		
R	*BA1250*	*B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	BA1260	*B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro*		393.832,00
R	*BA1270*	*B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)*		
	BA1280	***B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari***	800.410,67	2.007.975,00
	BA1290	*B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato*		
	BA1300	*B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero*	243.905,33	254.381,00
	BA1310	*B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione*		
	BA1320	*B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92*		
	BA1330	*B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi*	556.505,33	1.753.594,00
R	*BA1340*	*B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		
R	*BA1341*	*B.2.A.14.7) Rimborsi, assegni e contributi v/Regione - GSA*		
	BA1350	***B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie***	3.685.500,00	5.289.128,00
R	*BA1360*	*B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosanitarieda Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	216.990,67	331.000,00
	BA1370	*B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarieda terzi - Altri soggetti pubblici*	210.872,00	1.572.000,00
	BA1380	*B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato*	3.257.637,33	3.386.128,00
	BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	311.808,00	500.000,00
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	79.058,67	1.200.000,00
	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato	2.604.093,33	1.500.000,00
	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria		
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria		100.000,00
	BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	262.677,33	86.128,00
	BA1450	*B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando*	-	-
R	BA1460	B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		
	BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
SS	BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)		
	BA1490	***B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria***	861.426,88	2.290.000,00
R	*BA1500*	*B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	23.850,67	40.000,00
	BA1510	*B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione*	8.390,67	250.000,00
SS	*BA1520*	*B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)*		
	BA1530	*B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato*	829.185,55	2.000.000,00
	BA1540	*B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva*		
R	*BA1541*	*B.2.A.16.6) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva rilevata dalle ASL*		
SS	*BA1542*	*B.2.A.16.7) Costi per prestazioni sanitarie erogate da aziende sanitarie estere (fatturate direttamente)*		
S	***BA1550***	***B.2.A.17) Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale***		
	BA1560	***B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari***	54.580.827,94	53.498.605,00
	BA1570	***B.2.B.1) Servizi non sanitari***	53.455.287,43	52.408.853,00
	BA1580	*B.2.B.1.1) Lavanderia*	2.000.000,00	2.103.932,00
	BA1590	*B.2.B.1.2) Pulizia*	12.099.505,00	12.500.000,00
	BA1600	*B.2.B.1.3) Mensa*	5.681.557,43	7.000.000,00
	BA1601	*B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti*	3.237.650,43	6.500.000,00
	BA1602	*B.2.B.1.3.B) Mensa degenti*	2.443.907,00	500.000,00
	BA1610	*B.2.B.1.4) Riscaldamento*	85.085,00	118.539,00
	BA1620	*B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica*	3.541.664,00	3.927.059,00
	BA1630	*B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)*	13.115,00	10.000,00
	BA1640	*B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti*	800.000,00	750.000,00
	BA1650	*B.2.B.1.8) Utenze telefoniche*	2.184.643,00	2.100.000,00
	BA1660	*B.2.B.1.9) Utenze elettricità*	3.779.669,00	3.700.000,00
	BA1670	*B.2.B.1.10) Altre utenze*	952.952,00	914.844,00
	BA1680	*B.2.B.1.11) Premi di assicurazione*	7.129.616,00	4.580.000,00
	BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	6.969.616,00	4.500.000,00
	BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	160.000,00	80.000,00
	BA1710	*B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari*	15.187.481,00	14.704.479,00
R	BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-
	BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici		4.479,00
	BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	15.187.481,00	14.700.000,00
	BA1750	***B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie***	914.514,34	685.437,00
R	*BA1760*	*B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		7.500,00
	BA1770	*B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici*		7.100,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA1780	*B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato*	774.211,67	556.993,00
	BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	579.589,33	341.485,00
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	15.974,67	
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria		
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria		
	BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	178.647,67	215.508,00
	BA1831	B.2.B.2.3.F) Altre Consulenze non sanitarie da privato - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191		
	BA1840	*B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando*	140.302,67	113.844,00
R	BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		
	BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università		113.844,00
SS	BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	140.302,67	
	BA1880	***B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)***	211.026,17	404.315,00
	BA1890	*B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico*	15.987,00	
	BA1900	*B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato*	195.039,17	404.315,00
	BA1910	**B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)**	18.057.153,00	25.465.745,00
	BA1920	***B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze***	8.478.122,00	13.700.776,00
	BA1930	***B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari***	16.599,00	81.445,00
	BA1940	***B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche***	6.836.757,00	7.500.000,00
	BA1950	***B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi***		30.000,00
	BA1960	***B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi***	110.000,00	115.000,00
	BA1970	***B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni***	2.504.596,00	4.038.524,00
R	***BA1980***	***B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione***	111.079,00	
	BA1990	**B.4) Godimento di beni di terzi**	14.976.141,00	6.533.928,00
	BA2000	***B.4.A) Fitti passivi***	2.300.000,00	2.500.000,00
	BA2010	***B.4.B) Canoni di noleggio***	9.368.502,00	4.033.928,00
	BA2020	*B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria*	9.076.611,00	3.500.000,00
	BA2030	*B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria*	291.891,00	533.928,00
	BA2040	***B.4.C) Canoni di leasing***	3.307.639,00	-
	BA2050	*B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria*	361.457,00	
	BA2060	*B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria*	2.946.182,00	
	BA2061	***B.4.D) Canoni di project financing***		
R	***BA2070***	***B.4.E) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione***		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA2080	***Totale Costo del personale***	258.137.951,52	257.713.949,00
	BA2090	**B.5) Personale del ruolo sanitario**	216.471.951,12	217.071.100,00
	BA2100	***B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario***	121.014.572,76	123.099.000,00
	BA2110	*B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico*	107.689.959,13	109.823.000,00
	BA2120	*B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato*	105.311.369,41	106.777.000,00
	BA2130	*B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato*	2.370.551,05	3.046.000,00
	BA2140	*B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro*	8.038,67	
	BA2150	*B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico*	13.324.613,63	13.276.000,00
	BA2160	*B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato*	13.294.951,40	13.276.000,00
	BA2170	*B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato*	23.231,56	
	BA2180	*B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro*	6.430,67	
	BA2190	***B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario***	95.457.378,36	93.972.100,00
	BA2200	*B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato*	95.182.566,47	93.925.754,00
	BA2210	*B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato*	274.811,89	46.346,00
	BA2220	*B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro*		
	BA2230	**B.6) Personale del ruolo professionale**	916.904,79	972.942,00
	BA2240	***B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale***	916.904,79	949.290,00
	BA2250	*B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato*	916.904,79	949.290,00
	BA2260	*B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato*	-	
	BA2270	*B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro*		
	BA2280	***B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale***	-	23.652,00
	BA2290	*B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato*		23.652,00
	BA2300	*B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato*		
	BA2310	*B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro*		
	BA2320	**B.7) Personale del ruolo tecnico**	19.830.448,92	18.244.753,00
	BA2330	***B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico***	1.138.269,47	1.133.452,00
	BA2340	*B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato*	1.138.269,47	1.133.452,00
	BA2350	*B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato*	-	
	BA2360	*B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro*		
	BA2370	***B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico***	18.692.179,45	17.111.301,00
	BA2380	*B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato*	18.222.585,12	17.111.000,00
	BA2390	*B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato*	447.209,00	301,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA2400	*B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro*	22.385,33	
	BA2410	**B.8) Personale del ruolo amministrativo**	20.918.646,69	21.425.154,00
	BA2420	***B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo***	2.291.837,71	2.407.555,00
	BA2430	*B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato*	2.289.733,83	2.407.235,00
	BA2440	*B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato*	2.103,88	320,00
	BA2450	*B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro*	-	
	BA2460	***B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo***	18.626.808,99	19.017.599,00
	BA2470	*B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato*	18.534.182,55	19.013.080,00
	BA2480	*B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato*	81.681,11	4.519,00
	BA2490	*B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro*	10.945,33	
	BA2500	**B.9) Oneri diversi di gestione**	2.958.990,67	6.584.658,00
	BA2510	***B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)***	1.075.598,67	2.479.000,00
	BA2520	***B.9.B) Perdite su crediti***		
	BA2530	***B.9.C) Altri oneri diversi di gestione***	1.883.392,00	4.105.658,00
	BA2540	*B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale*	1.479.000,00	1.691.658,00
	BA2550	*B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione*	404.392,00	2.414.000,00
R	*BA2551*	*B.9.C.3) Altri oneri diversi di gestione da Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		
	BA2552	*B.9.C.4) Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione*		
	BA2560	***Totale Ammortamenti***	4.827.282,90	4.634.726,00
	BA2570	**B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali**	23.147,80	30.014,00
	BA2580	**B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali**	4.804.135,10	4.604.712,00
	BA2590	***B.11.A) Ammortamento dei fabbricati***	2.541.041,76	2.493.123,00
	BA2600	*B.11.A.1) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)*	14.671,62	8.819,00
	BA2610	*B.11.A.2) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)*	2.526.370,14	2.484.304,00
	BA2620	**B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali**	2.263.093,34	2.111.589,00
	BA2630	**B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti**	-	-
	BA2640	***B.12.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali***		
	BA2650	***B.12.B) Svalutazione dei crediti***		
	BA2660	**B.13) Variazione delle rimanenze**	- 9.895.231,05	- 10.000.000,00
	BA2670	***B.13.A) Variazione rimanenze sanitarie***	- 9.895.231,05	- 10.000.000,00
	BA2671	*B.13.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati*	- 6.435.758,33	- 8.000.000,00
	BA2672	*B.13.A.2) Sangue ed emocomponenti*	73.333,33	- 400.000,00
	BA2673	*B.13.A.3) Dispositivi medici*	- 173.454,65	- 600.000,00
	BA2674	*B.13.A.4) Prodotti dietetici*	- 38.881,99	
	BA2675	*B.13.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)*	- 18.594,83	- 400.000,00

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA2676	*B.13.A.6) Prodotti chimici*	-	
	BA2677	*B.13.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario*	- 9.184,00	- 400.000,00
	BA2678	*B.13.A.8) Altri beni e prodotti sanitari*	- 3.292.690,59	- 200.000,00
	BA2680	***B.13.B) Variazione rimanenze non sanitarie***	-	-
	BA2681	*B.13.B.1) Prodotti alimentari*		
	BA2682	*B.13.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia, e di convivenza in genere*		
	BA2683	*B.13.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti*		
	BA2684	*B.13.B.4) Supporti informatici e cancelleria*		
	BA2685	*B.13.B.5) Materiale per la manutenzione*		
	BA2686	*B.13.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari*		
	BA2690	**B.14) Accantonamenti dell'esercizio**	47.774.665,23	57.137.447,00
	BA2700	***B.14.A) Accantonamenti per rischi***	23.793.851,00	28.766.000,00
	BA2710	*B.14.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali*	4.966.214,00	1.328.000,00
	BA2720	*B.14.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente*	5.930.637,00	4.579.000,00
	BA2730	*B.14.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato*	2.517.000,00	4.738.000,00
	BA2740	*B.14.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)*	400.000,00	2.400.000,00
	BA2741	*B.14.A.5) Accantonamenti per franchigia assicurativa*	2.000.000,00	
	BA2750	*B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi*	7.230.000,00	14.221.000,00
	BA2751	*B.14.A.7) Accantonamenti per interessi di mora*	750.000,00	1.500.000,00
	BA2760	***B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)***	1.100.000,00	1.200.000,00
	BA2770	***B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati***	17.605.849,00	16.355.447,00
	BA2771	*B.14.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato*		16.355.447,00
	BA2780	*B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato*	17.605.849,00	
	BA2790	*B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati*		
	BA2800	*B.14.C.4) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca*		
	BA2810	*B.14.C.5) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati*		
	BA2811	*B.14.C.6) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti privati per ricerca*		
	BA2820	***B.14.D) Altri accantonamenti***	5.274.965,23	10.816.000,00
	BA2840	*B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA*	1.547.994,96	5.100.000,00
	BA2850	*B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai*	371.160,85	1.300.000,00
	BA2860	*B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica*	1.399.969,47	3.796.000,00
	BA2870	*B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica*	229.731,13	620.000,00
	BA2880	*B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: comparto*	1.726.108,81	
	BA2881	*B.14.D.6) Acc. per Trattamento di fine rapporto dipendenti*		
	BA2882	*B.14.D.7) Acc. per Trattamenti di quiescenza e simili*		
	BA2883	*B.14.D.8) Acc. per Fondi integrativi pensione*		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
	BA2884	*B.14.D.9) Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D.lgs 50/2016*		
	BA2890	*B.14.D.10) Altri accantonamenti*		
	BZ9999	**Totale costi della produzione (B)**	1.720.382.574,03	1.702.669.643,00
		C) Proventi e oneri finanziari		
	CA0010	**C.1) Interessi attivi**	-	-
	CA0020	***C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica***		
	CA0030	***C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari***		
	CA0040	***C.1.C) Altri interessi attivi***		
	CA0050	**C.2) Altri proventi**	-	-
	CA0060	***C.2.A) Proventi da partecipazioni***		
	CA0070	***C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni***		
	CA0080	***C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni***		
	CA0090	***C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti***		
	CA0100	***C.2.E) Utili su cambi***		
	CA0110	**C.3) Interessi passivi**	-	-
	CA0120	***C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa***		
	CA0130	***C.3.B) Interessi passivi su mutui***		
	CA0140	***C.3.C) Altri interessi passivi***		
	CA0150	**C.4) Altri oneri**	14.454,67	34.000,00
	CA0160	***C.4.A) Altri oneri finanziari***	14.454,67	34.000,00
	CA0170	***C.4.B) Perdite su cambi***		
	CZ9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	- 14.454,67	- 34.000,00
		D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
	DA0010	**D.1) Rivalutazioni**		
	DA0020	**D.2) Svalutazioni**		
	DZ9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)**	-	-
		E) Proventi e oneri straordinari		
	EA0010	**E.1) Proventi straordinari**	-	-
	EA0020	***E.1.A) Plusvalenze***		
	EA0030	***E.1.B) Altri proventi straordinari***	-	-
	EA0040	*E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse*		
	EA0050	*E.1.B.2) Sopravvenienze attive*	-	-
	EA0051	*E.1.B.2.1) Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato*		
R	*EA0060*	*E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		
	EA0070	*E.1.B.2.3) Sopravvenienze attive v/terzi*	-	-
S	EA0080	E.1.B.2.3.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		
	EA0090	E.1.B.2.3.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale		
	EA0100	E.1.B.2.3.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	EA0110	E.1.B.2.3.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	EA0120	E.1.B.2.3.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		
	EA0130	E.1.B.2.3.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	EA0140	E.1.B.2.3.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi		
	EA0150	*E.1.B.3) Insussistenze attive*	-	-

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
R	*EA0160*	*E.1.B.3.1) Insussistenze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione*		
	EA0170	*E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi*	-	-
S	EA0180	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		
	EA0190	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale		
	EA0200	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	EA0210	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	EA0220	E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		
	EA0230	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	EA0240	E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi		
	EA0250	*E.1.B.4) Altri proventi straordinari*		
	EA0260	**E.2) Oneri straordinari**	-	-
	EA0270	***E.2.A) Minusvalenze***		
	EA0280	***E.2.B) Altri oneri straordinari***	-	-
	EA0290	*E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti*		
	EA0300	*E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali*		
	EA0310	*E.2.B.3) Sopravvenienze passive*	-	-
R	*EA0320*	*E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	-	-
R	EA0330	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale		
R	EA0340	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		
	EA0350	*E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi*	-	-
S	EA0360	E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		
	EA0370	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	-	-
	EA0380	*E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica*		
	EA0390	*E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica*		
	EA0400	*E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto*		
	EA0410	E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	EA0420	E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	EA0430	E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		
	EA0440	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	EA0450	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi		
	EA0460	*E.2.B.4) Insussistenze passive*	-	-
	EA0461	*E.2.B.4.1) Insussistenze passive per quote F.S. vincolato*		

MINISTERO DELLA SALUTE

Cons	CODICE	DESCRIZIONE	PREV 2020	PREVISIONALE 2019
R	*EA0470*	*E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione*	-	-
	EA0480	*E.2.B.4.3) Insussistenze passive v/terzi*	-	-
S	EA0490	E.2.B.4.3.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		
	EA0500	E.2.B.4.3.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale		
	EA0510	E.2.B.4.3.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	EA0520	E.2.B.4.3.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	EA0530	E.2.B.4.3.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		
	EA0540	E.2.B.4.3.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	EA0550	E.2.B.4.3.G) Altre insussistenze passive v/terzi		
	EA0560	*E.2.B.5) Altri oneri straordinari*		
	EZ9999	**Totale proventi e oneri straordinari (E)**	-	-
	XA0000	**Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)**	19.023.184,00	19.215.085,00
		Y) Imposte e tasse		
	YA0010	**Y.1) IRAP**	18.943.184,00	19.164.704,00
	YA0020	***Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente***	16.100.000,00	16.409.580,00
	YA0030	***Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente***	2.800.000,00	2.699.474,00
	YA0040	***Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)***	43.184,00	55.650,00
	YA0050	***Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale***		
	YA0060	**Y.2) IRES**	80.000,00	50.381,00
	YA0070	***Y.2.A) IRES su attività istituzionale***	80.000,00	50.381,00
	YA0080	***Y.2.B) IRES su attività commerciale***		
	YA0090	**Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)**		
	YZ9999	**Totale imposte e tasse (Y)**	19.023.184,00	19.215.085,00
	ZZ9999	**RISULTATO DI ESERCIZIO**	0,00	-

AZIENDA SANITARIA LOCALE "NAPOLI 3 SUD"
SEDE: VIA MARCONI, 66 - 80059 - TORRE DEL GRECO - (NA)
RENDICONTO FINANZIARIO (D.lgs. 23/6/2011 - n.118) Anno: 2020

RENDICONTO FINANZIARIO PREVENTIVO 2020	ANNO 2020	ANNO 2019
(+) RISULTATO D'ESERCIZIO	**0**	**0**
Voci che non hanno effetto sulla liquidità: costi e ricavi non monetari		
(+) Ammortamenti fabbricati	2.541.042	2.493.123
(+) Ammortamenti altre immobilizzazioni materiali	2.263.093	2.111.589
(+) Ammortamento immobilizzazioni immateriali	23.148	30.014
Ammortamenti	**4.827.283**	**4.634.726**
(-) Utilizzo finanziamenti per investimenti	**(4.808.601)**	**(4.595.904)**
(-) Utilizzi fondi riserva: investimenti, incentivi al personale, successioni e donazioni, plusvalenze da reinvestire	**(10.910.076)**	**(9.000.000)**
Utilizzi contributi in c/capitale e fondi riserva	**(15.718.677)**	**(13.595.904)**
(+) Accantonamento per premio di operosità SUMAI	1.100.000	1.200.000
(-) Pagamenti SUMAI	270.883	423.234
(+) Accantonamenti TFR	0	0
(-) Pagamenti TFR	0	0
Premio di operosità SUMAI e TFR	**1.370.883**	**1.623.234**
(+/-) Rivalutazioni /svalutazioni di attività finanziarie	0	0
(+) Accantonamenti a fondi svalutazioni	0	0
(-) Utilizzo fondi svalutazioni	0	0
Fondi svalutazioni di attività	**0**	**0**
(+) Accantonamento a fondi per rischi ed oneri	29.068.816	39.582.000
(-) Utilizzo fondi per rischi ed oneri	(14.156.513)	(18.913.711)
Fondi per rischi ed oneri futuri	**14.912.303**	**20.668.289**
Totale Flusso di CCN della gestione corrente	**5.391.792**	**13.330.345**
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso Regione o Provincia autonoma, esclusa la variazione relativa a debiti per acquisto di beni strumentali	(16.166.487)	(115.073.529)
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso Comune	(165.432)	78.521
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso Aziende Sanitarie Pubbliche	(14.279.942)	25.786.158
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso ARPA	(9.328.119)	(63.640.955)
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso Fornitori	(18.943.848)	10.494.309
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti tributari	3.782.729	7.096.501
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti verso istituti di Previdenza	(5.719.808)	7.760.712
(+)/(-) aumento/diminuzione altri debiti	(6.656.230)	7.162.977
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti (escluso fornitori di immobilizzazioni, c/c bancari e istituto tesoriere)	**(67.477.137)**	**(120.335.306)**
(+/-) aumento/diminuzione quote inutilizzate contributi da regione (ratei e risconti passivi)	**0**	**0**
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/stato quote indistinte	0	14.000.000
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/stato quote vincolate	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per gettito addizionali irpef e irap	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione a statuto speciale	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - vincolate per partecipazioni regioni a statuto speciale	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/regione - gettito fiscalità regionale	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/ - altri contributi extra-fondo	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione	63.008.513	(89.060.838)
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Comune	3.626.698	20.079.651
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Asl/AO	2.152.545	(2.395.994)
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Enti regionali		
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Erario	0	0
(+/-) diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Altri	33.656.424	30.307.353
(+/-) diminuzione/aumento crediti	**102.444.180**	**(27.069.828)**
(+/-) diminuzione/aumento del magazzino	(9.895.231)	(10.000.000)
(+/-) diminuzione/aumento di acconti a fornitori per magazzino	0	0
(+/-) diminuzione/aumento rimanenze	**(9.895.231)**	**(10.000.000)**
(+/-) diminuzione/aumento ratei e risconti attivi	**0**	**0**
A - Totale operazioni di gestione reddituale	**30.463.604**	**(144.074.789)**

ATTIVITA' DI INVESTIMENTO	ANNO 2020	ANNO 2019
(-) Acquisto costi di impianto e di ampliamento	0	0
(-) Acquisto costi di ricerca e sviluppo	0	0
(-) Acquisto Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	(35.000)	(27.000)
(-) Acquisto immobilizzazioni immateriali in corso	0	0
(-) Acquisto altre immobilizzazioni immateriali	0	0
(-) Acquisto immobilizzazioni immateriali	**(35.000)**	**(27.000)**

(+) Valore netto contabile costi di ricerca e sviluppo dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile costi di impianto e di ampliamento dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali in corso dismesse	0	0
(+) Valore netto contabile altre immobilizzazioni immateriali dismesse	0	0
(+) Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali dismesse	**0**	**0**
(-) Acquisto terreni	0	0
(-) Acquisto fabbricati	(360.000)	(13.000.000)
(-) Acquisto impianti e macchinari	(215.000)	(145.202)
(-) Acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche	(1.000.000)	(9.000.000)
(-) Acquisto mobili e arredi	(650.000)	(452.405)
(-) Acquisto automezzi	(40.000)	(11.753)
(-) Acquisto altri beni materiali	(39.000)	(158.741)
(-) Acquisto altre immobilizzazioni materiali in corso	0	0
(-) Acquisto immobilizzazioni materiali	**(2.304.000)**	**(22.768.101)**
(+) Valore netto contabile terreni dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile fabbricati dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile impianti e macchinari dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile attrezzature sanitarie e scientifiche dismesse	0	0
(+) Valore netto contabile mobili e arredi dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile automezzi dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile altri beni materiali dismessi	0	0
(+) Valore netto contabile Immobilizzazioni materiali dismesse	**0**	**0**
(-) Acquisto crediti finanziari	0	0
(-) acquisto titoli	0	0
(-) Acquisto immobilizzazioni finanziarie	**0**	**0**
(+) valore netto contabile crediti finanziari dismessi	**0**	**0**
(+) valore netto contabile titoli dismessi	**0**	**0**
(+) Valore netto contabile Immobilizzazioni Finanziarie dismesse	**0**	**0**
(+/-) Aumento/diminuzione debiti v/fornitori di immobilizzazioni	**0**	**0**
B - Totale attività di investimento	**(2.339.000)**	**(22.795.101)**
ATTIVITÀ DI FINANZIAMENTO		
(+)/(-) diminuzione/aumento crediti vs Stato (finanziamenti per investimenti)	0	0
(+)/(-) diminuzione/aumento crediti vs Regione (finanziamenti per investimenti)	0	0
(+)/(-) diminuzione/aumento crediti vs Regione (aumento fondo di dotazione)	0	0
(+)/(-) diminuzione/aumento crediti vs Regione (ripiano perdite)		
(+)/(-) diminuzione/aumento crediti vs Regione (copertura debiti al 31/12/2005)	0	0
(+) aumento fondo di dotazione	**1.445.739**	**1.102.395**
(+) aumento contributi in c/capitale da Regione e da altri	0	0
(+)/(-) altri aumenti/diminuzioni al patrimonio netto	(41.364.512)	170.954.261
(+)/(-) aumenti/diminuzioni nette contabili al patrimonio netto	**(41.364.512)**	**170.954.261**
(+)/(-) aumento/diminuzione debiti c/c bancari e istituto Tesoriere	**0**	**0**
(+) assunzione di nuovi mutui	**0**	**0**
(-) mutui quota capitale rimborsata	**0**	**0**
C - Totale attività di finanziamento	**(39.918.773)**	**172.056.656**
D - FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO A+B+C	**(11.794.169)**	**5.186.766**
E - DISPONIBILITA' LIQUIDE ALL'INIZIO DELL'ESERCIZIO	**19.694.169**	**14.507.403**
F - DISPONIBILITA' LIQUIDE ALLA FINE DELL'ESERCIZIO	**7.900.000**	**19.694.169**
G - FLUSSO DI CASSA DELLA GESTIONE (F-E)	**(11.794.169)**	**5.186.766**
Squadratura tra il valore delle disponibilità liquide nello SP e il valore del flusso di cassa complessivo	**0**	**0**

Data 15.09.2020 **Direttore Area economico-finanziaria** ***Il Direttore Generale***

Dr.ssa Anna ALFIERI *Ing. Gennaro SOSTO*

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

DECRETO N. 6 DEL 17/01/2020

OGGETTO: Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191".
Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019.

VISTA
la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA
l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA
la delibera della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";*

VISTA
la delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 - fonte: http://burc.regione.campania.it

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

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA

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

VISTA
la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

PREMESSO
a) che la Regione, a prosecuzione degli interventi già definiti nel Piano di rientro di cui alla DGRC 460/2007, ha sviluppato i Programmi Operativi di riorganizzazione quali Patti aggiornati tra Regione e Governo per l'ulteriore implementazione delle azioni programmate e riferite alle seguenti annualità:
   - 2010-2011 (con DCA 25 del 13 aprile 2010);
   - 2011-2012 (con DCA 45 del 20 giugno 2011) e aggiornamento 2012 (con DCA 53 del 9 maggio 2012);
   - 2013-2015 (con DCA 108 del 10 ottobre 2014);
   - 2016-2018 (con DCA 14 del 1 marzo 2017);

b) che, durante l'esercizio del commissariamento, le verifiche trimestrali effettuate con i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie e che, in particolare, nel periodo 2016/2018 si è raggiunta una consolidata stabilizzazione contabile ed una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali;

VISTO l'art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 che disciplina il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria per le Regioni in piano di rientro, già commissariate;

CONSIDERATO
a) che, ai sensi della normativa citata e per quanto sopra esposto, la Regione ha adottato, con il DCA 99 del 14 dicembre 2018, il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e che individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio 2019-2021:

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

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

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale)
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale
- Riduzione della mobilità passiva

b) che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione congiunta del 13 novembre 2019, ha espresso parere favorevole in merito al Piano triennale nel testo inviato con nota 2103/C del 31.10.2019, con il dettato puntuale di talune minime prescrizioni;

c) che a seguito del parere di cui sopra è stato adottato il DCA 94 del 21 novembre 2019 ad oggetto "Approvazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 99 del 14 dicembre 2018";

d) che la Giunta Regionale con deliberazione n. 586 del 21 novembre 2019 ha preso atto e recepito il Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, approvato con il citato DCA 94/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento;

RILEVATO che

a) in data 22 novembre 2019, il Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze ha reso apposito parere (CAMPANIA-DGPROGS-22/11/2019-0000243-P) in merito al citato "*Piano triennale 2019- 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*";

b) nella riunione del 26 novembre 2019, la Struttura tecnica di monitoraggio (*ex* articolo 3, comma 2, dell'Intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012) (STEM) ha espresso parere favorevole, come da nota n. 18156 di pari data del Presidente della predetta Struttura Tecnica di Monitoraggio, sulla delibera di Giunta regionale della Campania n. 586 del 21 novembre 2019 concernente "*Presa d'atto e recepimento del «Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191», approvato con Decreto Commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento*";

c) nella seduta del 28 novembre 2019, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ha espresso parere favorevole (Rep. Atti n. 189/CSR del 28.11.2019) sulla delibera di Giunta regionale della Campania n. 586 del 21 novembre 2019 concernente "*Presa d'atto e recepimento del «Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione*

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

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

del Servizio Sanitario campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191», approvato con Decreto Commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento";

d) con deliberazione del 5 dicembre 2019, il Consiglio dei Ministri ha approvato il "*Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*" di cui alla delibera di Giunta regionale della Campania n. 586 del 21 novembre 2019 (di presa d'atto e recepimento del DCA n. 94 del 21 novembre 2019), subordinatamente al recepimento mediante delibera di Giunta integrativa, entro il 20 gennaio 2020, delle ulteriori modifiche richieste con il citato parere n. 243-P del 22 novembre 2019;

e) in data 13 gennaio 2020, il Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze ha reso ulteriore parere (CAMPANIA-DGPROGS-13/01/2020-0000005-P) in merito al citato "*Piano triennale 2019- 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*", in continuità con il parere n. 243-P del 22 novembre 2019;

VISTO

il documento allegato al presente decreto, che integra il testo del Piano di triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario Campano e recepisce tutte le prescrizioni formulate dai Ministeri affiancanti, secondo quanto previsto dalla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019;

RITENUTO

- di dover approvare l'indicato documento con decreto commissariale, quale atto conclusivo e definitivo del procedimento;
- di dover inviare il presente provvedimento alla Giunta regionale per il relativo recepimento;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dagli uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del SSR;

DECRETA

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

1. di **APPROVARE** l'allegato "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che definisce il percorso di ripristino della gestione ordinaria della sanità regionale a chiusura del commissariamento disposto con delibera del Consiglio dei Ministri 24 luglio 2009.
2. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento:

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

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

- alla Giunta regionale per il competente recepimento;

- ai Ministeri affiancanti;

3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento all'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie del S.S.R. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

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

DE LUCA

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

REGIONE CAMPANIA

PIANO TRIENNALE 2019-2021

DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191

[17 GENNAIO 2020]

SOMMARIO

IL PERCORSO DI RISANAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO 5
Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009 5
L'avvenuto risanamento economico-finanziario 7
Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria 12

IL MODELLO DI SVILUPPO E DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR 14

1. PROGRAMMA 1: IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SSR 15
1.1 Il paziente in età pediatrica 16
1.1.1 La fase preconcezionale 17
1.1.2 La fase prenatale 19
1.1.3 La tutela della nascita 20
1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico 22
1.1.5 L'età della transizione della presa in carico 23
1.2 Il paziente cronico e/o fragile 24
1.2.1 La presa in carico del paziente 25
1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS 28
1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie 29
1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali 31
1.2.5 L'assistenza domiciliare 35
1.2.6 La Salute Mentale 36
1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva 36
1.2.8 Le dipendenze patologiche 37
1.2.9 Le malattie rare 38
1.3 Il paziente oncologico 43
1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche 44
1.3.2 Implementazione dei PDTA 49
1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica 50
1.4 Il paziente acuto e post-acuto 51
1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021 51
1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti 53
1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta 55
1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale 57

2. PROGRAMMA 2: LA SALUTE NELLE COMUNITÀ 61
2.1 La salute nella comunità 61
2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute 61

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

2.1.2 La promozione della salute ... 62
2.1.3 La medicina di genere ... 63
2.1.4 La genitorialità consapevole ... 65
2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro ... 67
2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria ... 70
2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale ... 75
2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania ... 77

3. PROGRAMMA 3: LE LEVE STRATEGICHE DELLO SVILUPPO DEL SSR ... 80
3.1 Le politiche di prevenzione ... 80
3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili ... 80
3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche ... 83
3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive ... 86
3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane ... 88
3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi ... 88
3.2.2 I fabbisogni di personale ... 89
3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa ... 90
3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative ... 92
3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali ... 94
3.3 Gli investimenti in sanità ... 94
3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia ... 94
3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR ... 98
3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici ... 100
3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata 100
3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie ... 101
3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti ... 102
3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari ... 103
3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata ... 104
3.4.6 Farmacia dei Servizi ... 104
3.4.7 Dispositivi medici ... 105
3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale ... 106
3.5 La gestione delle liste di attesa ... 106

4. PROGRAMMA 4: STRUMENTI PER LA QUALITÀ DEL SSR ... 109
4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale ... 109
4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore ... 110
4.3 La comunicazione sanitaria ... 114
4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia" ... 116
4.5 La rete della genetica medica ... 119

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

5. PROGRAMMA 5: I RAPPORTI CON I FORNITORI DEL SSR 122
5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie 122
5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie 122
5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti 123
5.2 Tempestività dei pagamenti 125

6. PROGRAMMA 6: CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEL SSR 127

7. PROGRAMMA 7: MODELLO DI GOVERNANCE SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO129
7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale 129
7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA) 130
7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino 131
7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale 132
7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale 133
7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico 135
7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa ... 137
7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso 138
7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE 139
7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione 141

8. PROGRAMMA 8: L'INFORMAZIONE E L'AUDIT COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZO 142

9. PROGRAMMA 9: GOVERNANCE PER IL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 143
9.1 Assetto organizzativo del SSR 143
9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana 143
9.1.2 La Governance regionale 143
9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania144
9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie 148

TENDENZIALI 2019-2021 151

Il percorso di risanamento del Servizio Sanitario campano

Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009

Il Commissariamento delle Regioni in materia sanitaria, previsto dall'art. 4 comma 1 del D.L. n. 159/2007, convertito con Legge n. 222/2007, esprime il potere sostitutivo del Governo verso una Regione inadempiente, esercitato attraverso un rappresentante del Governo stesso, nominato per l'attuazione delle clausole previste nel Piano di rientro. Tale potere sostitutivo è disciplinato dall'art. 120 della Costituzione, come modificato dalla Legge n. 3 del 2001, che riforma il Titolo V.

Il Piano di Rientro della Regione Campania fu sottoscritto nel marzo 2007 e recepito con DGRC n. 460 del 20.03.2007. In quel periodo 10 Regioni sottoscrissero un Accordo per Piani di Rientro e di esse, durante la vigenza triennale dello stesso, ne vennero commissariate 5, tra cui la Campania.

Le criticità rilevate nelle Regioni Commissariate erano attinenti ad un eccesso di spesa farmaceutica e di personale, di posti letto ospedalieri, all'inesistenza pressoché totale dei servizi territoriali, ad un elevato debito frutto di disavanzi pregressi, a indicatori di inappropriatezza di varia tipologia ed assenza di qualsivoglia sistema di monitoraggio e controllo che fosse efficace.

Il Piano di Rientro per la Campania prevedeva dettagliate indicazioni vincolanti a carico della Regione, ed in particolare, tra l'altro:

- Riduzione dei contratti per spesa farmaceutica e per beni e servizi pari al 5% per 3 anni;
- Blocco del turnover dal 75% al 90% del personale cessato dal servizio, secondo le categorie professionali e riconduzione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale alla media regionale.

Al termine del primo triennio le indicazioni disposte non risultarono adempiute, con la conseguenza della nomina commissariale, corredata di delega ad acta specifici, coerenti con l'intero Piano di rientro che venne riproposto come Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati (art. 2, comma 88 L. 191/2009). Si registrarono, altresì: l'aumento dell'aliquota massima di IRPEF e IRAP, il blocco totale delle assunzioni, il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

L'esercizio del Commissariamento negli anni successivi è stato dunque regolamentato da ulteriori Programmi Operativi che costituiscono il Patto aggiornato tra Regione e Governo per il perseguimento degli obiettivi di risanamento. Verifiche periodiche effettuate con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie.

Negli ultimi due anni la Regione Campania ha potuto mostrare ai Tavoli Ministeriali una nuova attendibilità e credibilità in termini di programmazione ed esiti di salute, nel processo di risanamento contabile ed assistenziale. Il recupero nel periodo 2016/2018 è caratterizzato da una consolidata stabilizzazione economico-finanziaria e da una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali.

Gli adempimenti LEA, da tempo fermi all'annualità 2012, sono stati recuperati dal novembre 2017 in poi, permettendo lo sblocco di fondi sanitari pari al 3% annuo del FSR, quale quota premiale rilasciata nella disponibilità della Regione solo a seguito della verifica nazionale in ordine agli avvenuti adempimenti. Le quote

sbloccate nell'ultimo anno sono risultate 3, con ingresso di importanti risorse per una nuova disponibilità economica a garanzia dei LEA.

Di seguito si rappresenta l'andamento del risanamento economico e della griglia LEA nell'ultimo quinquennio.

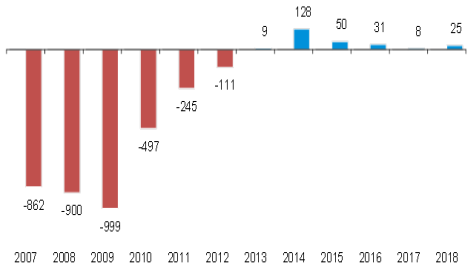


Figura 1: Risultati economici prima delle coperture anni 2007 - 2018 [€/mln]

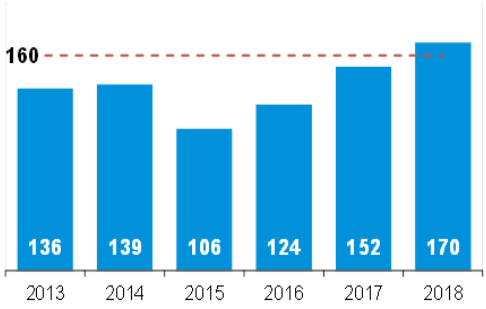


Figura 2: Evoluzione punteggio griglia LEA

I dati aggiornati e certificati al 2018 permettono alla Regione Campania di richiedere, come già verbalizzato nella seduta di verifica del 22.11.2018 e come motivato con il presente documento, l'applicazione dell'art. 2, comma 88 della Legge n. 191/2009 "***a seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale***".

Pertanto, il presente documento viene predisposto per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale.

L'avvenuto risanamento economico-finanziario

Con l'accordo con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, a norma dell'articolo 1, comma 180, Legge n. 311 del 2004, che prevedeva la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di elaborare e sottoscrivere un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, la Regione Campania ha avviato un percorso di risanamento del disavanzo sanitario volto in primis al perseguimento dell'equilibrio economico, oltre che al miglioramento nell'erogazione dei LEA.

La fase di avvio per il risanamento del disavanzo sanitario campano ha comportato non poche difficoltà soprattutto a livello di Governance, al punto da conseguire una valutazione insufficiente del grado di attuazione del Piano di Rientro da parte del Tavolo di Verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con conseguente nomina da parte del Consiglio dei Ministri di un Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania.

Il commissariamento, preposto all'attuazione degli interventi già definiti con il piano di rientro, ha definito i programmi operativi quale strumento per l'implementazione delle azioni programmate. Nello specifico, nel corso degli anni sono stati predisposti i programmi operativi di riorganizzazione per le annualità 2010-2011, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 25 del 13 aprile 2010; i programmi operativi 2011-2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 45 del 20 giugno 2011, l'aggiornamento dei programmi operativi per l'esercizio 2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 53 del 9 maggio 2012, i programmi operativi 2013-2015 approvati con decreto n. 108 del 10 Ottobre 2014 ed i programmi operativi 2016-2018 approvati con decreto n. 14 del 1 Marzo 2017.

Il lungo ed impegnativo percorso di risanamento, razionalizzazione e riqualificazione fin qui compiuto ha portato il Servizio Sanitario Regionale, anche grazie all'efficacia dell'azione di affiancamento garantita in questi anni dai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, a conseguire condizioni strutturali e durature di equilibrio economico.

La Regione Campania a partire dall'anno 2013 e fino al 2018, come certificato dai Tavoli di Verifica ministeriali, ha raggiunto una situazione strutturata di sostanziale equilibrio, riuscendo quindi nel difficile processo di risanamento dei propri conti e nella puntuale e tempestiva attuazione degli interventi di riequilibrio previsti dal piano.

Le azioni intraprese negli ultimi anni dalla Regione Campania e dalle Aziende Sanitarie, hanno consentito da un lato il raggiungimento dell'equilibrio economico e dall'altro il rafforzamento delle situazioni patrimoniali delle Aziende Sanitarie e del Consolidato regionale, in particolare, attraverso un'importante attività di sistemazione contabile che ha di fatto consentito un notevole miglioramento della qualità dei dati contabili.

Tra i risultati meritevoli di nota, in quanto rilevanti sia per la Regione che per le Aziende Sanitarie in termini di lavoro e tempo profuso per il perseguimento degli stessi, si rilevano:

- Le coperture integrate dalle partite pregresse degli Enti del SSR. Tale situazione è già rappresentata nel Bilancio al 31.12.2016;

- La strutturazione del processo di gestione del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR, che ha visto da un lato il completamento delle attività della Due Diligence del Fondo Rischi con conseguente ricognizione analitica del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR e relativa valutazione di congruità del fondo rischi al 31.12.2016 e dall'altro una gestione sistematica ed omogenea del contenzioso da parte dei singoli Enti attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica e di procedure di rilevazione e valutazione del contenzioso comune;
- Il ridimensionamento, quasi azzeramento, del fenomeno della mancata regolarizzazione delle carte contabili per pignoramenti passate da ca. 850.000 €/000 al 31.12.2009 a ca. 13.288 €/000 al 31.12.2018;
- Il completamento del processo di passaggio di tutti gli Enti del SSR campano al nuovo sistema informatico SAP previsto nell'ambito del progetto di cui l'ex art. 79 Legge n. 133/2008, che consentirà di fornire ulteriore impulso in termini sia di rafforzamento della struttura patrimoniale delle Aziende sia in termini di miglioramento della qualità dei dati contabili.

Anche dal punto di vista finanziario è notevole il miglioramento rilevato soprattutto nell'ultimo triennio, in termini di ridimensionamento del livello di indebitamento commerciale del SSR riportato a livelli fisiologici, con previsione d'ulteriore riduzione nel breve periodo. Tale ridimensionamento è riconducibile oltre che all'effetto delle maggiori disponibilità finanziarie garantite dall'anticipazione di liquidità (di cui al D.L. n. 35/2013) e dallo smobilizzo di quote di perdite pregresse, anche da incisive manovre di rivisitazione ed aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili, che hanno consentito di ridurre i tempi di inefficienza amministrativa con effetto anche sulla contrazione dei tempi di pagamento.

Con riferimento ai risultati economici consolidati del SSR campano degli anni 2007-2018, si evidenzia l'inversione di tendenza degli stessi a partire dall'anno 2013. Tale fenomeno è ancora più rilevante se si considera che a partire dall'esercizio 2014, i risultati positivi di gestione a livello consolidato, certificati anche dai Tavoli di Verifica, hanno consentito di liberare le quote di manovre fiscali a ripiano del disavanzo sanitario a favore del bilancio regionale.

Di seguito si riporta, sotto forma grafica, l'andamento delle principali voci di costo da Conto Economico per gli anni 2007-2018, dalla cui analisi si evince quanto finora esposto:

a) Costo del Personale

Di seguito si riporta l'andamento delle consistenze di personale ed il relativo costo per gli anni 2007-2018:

ANDAMENTO TESTE DEL PERSONALE			
Nome Azienda	Teste 2007	Teste 2018	Δ 2007 - 2018
	A	B	C=B-A
ASL AVELLINO	2.347	1.564	-783
ASL BENEVENTO	1.617	1.081	-536
ASL CASERTA	6.046	4.524	-1.522
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10.773	6.247	-4.526
ASL NAPOLI 2 NORD	4.158	3.418	-740
ASL NAPOLI 3 SUD	6.442	4.335	-2.107
ASL SALERNO	10.129	6.871	-3.258
AO CARDARELLI	3.783	2.923	-860
AO SANTOBONO	1.263	1.127	-136
AO COLLI	2.299	2.086	-213
AOU RUGGI	2.221	2.893	672
AO MOSCATI	1.655	1.566	-89
AO SAN PIO	1.355	1.266	-89
AO SAN SEBASTIANO	1.610	1.288	-322
AOU L. VANVITELLI	36	37	1
AOU FEDERICO II	39	520	481
IRCCS PASCALE	730	770	40
TOTALE	56.503	42.516	-13.987

Tabella 1: Andamento consistenze del personale

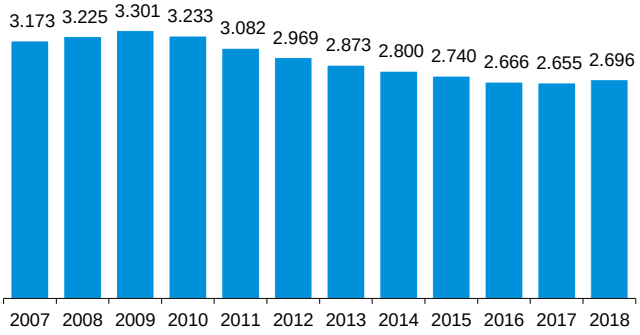


Figura 1: Costo Personale anni 2007 – 2018 [€/mln]

Come evidenziato in Figura 1, nel corso dell'ultimo decennio il costo del Personale del SSR campano si sia drasticamente ridotto, tale riduzione è imputabile al totale blocco del turn-over del personale a cui la Regione è stata sottoposta dall'anno 2010 fino all'anno 2014 in attuazione a quanto disposto in materia dalla Legge n. 191/2009, oltre che a misure regionali di contenimento dei costi applicati dalle Aziende Sanitarie nel corso degli ultimi anni sulle componenti accessorie di reddito.

b) Prodotti Farmaceutici

In Figura 2 si evidenzia il costo dei **Prodotti Farmaceutici** per gli anni 2007 – 2018:

Dal grafico è evidente il notevole incremento dei costi per prodotti farmaceutici a partire dall'anno 2015.

Tale incremento è riconducibile alla messa in commercio di nuovi farmaci sperimentali oncologici e per la cura dell'Epatite C, oltre che all'aumento della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e al potenziamento della distribuzione dei farmaci in PHT.

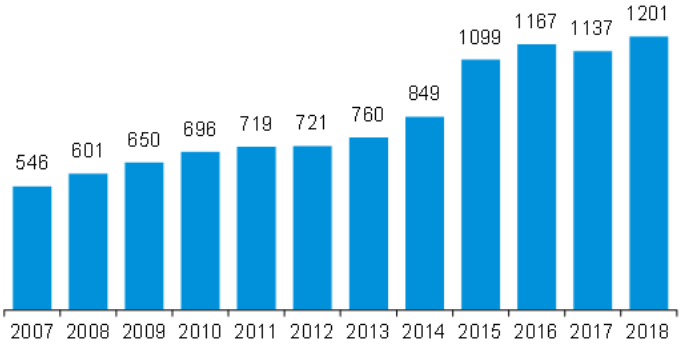


Figura 2: Prodotti farmaceutici anni 2007 - 2018 [€/mln]

c) Servizi sanitari e non sanitari

In Figura 3 si evidenzia il costo dei **Servizi non sanitari** per gli anni 2007-2018:

Il grafico mostra come dall'anno 2007 i costi sostenuti per beni e servizi si siano ridotti.

Tale riduzione è imputabile principalmente alle attività poste in essere dalle Aziende Sanitarie per la rinegoziazione dei contratti con conseguente riduzione dei prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, in applicazione del D.L. n. 78/2015 (Spending Review).

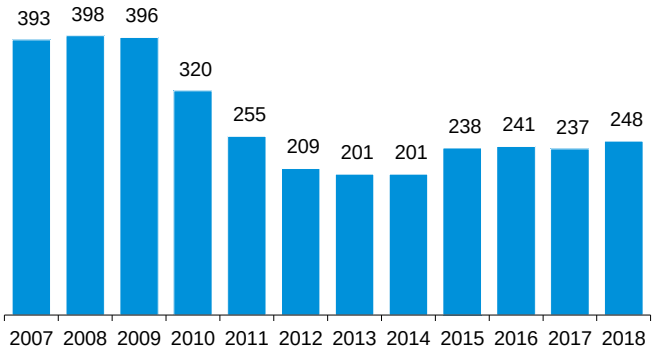


Figura 3: Servizi non Sanitari anni 2007 - 2018 [€/mln]

In Figura 4 si evidenzia il costo dei **Servizi sanitari** per gli anni 2007-2018:

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

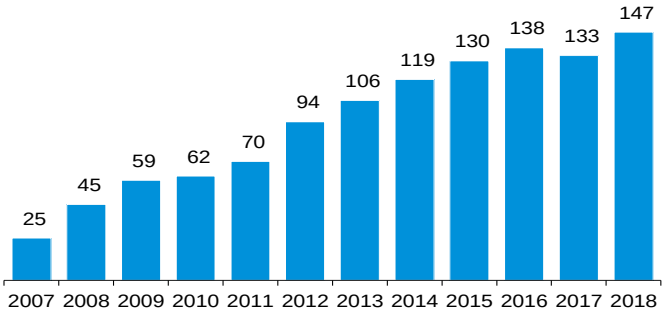


Figura 4: Servizi Sanitari anni 2007 – 2018 [€/mln]

Con riferimento agli aspetti patrimoniali, si riporta di seguito l'andamento dell'indebitamento commerciale dagli anni 2007-2018.

In particolare, la Figura 5 mostra un sostanziale miglioramento dell'indebitamento commerciale soprattutto a partire dall'anno 2013.

Tale riduzione rappresenta l'effetto, in particolare per gli anni 2013-2014, delle azioni poste in essere in attuazione del D.L. n. 12/2011 e del D.L. n. 35/2013 convertito in legge n. 64/2013, oltre che delle attività di riconciliazione delle partite debitorie effettuate dalle singole Aziende del SSR, come ad esempio l'attività di regolarizzazione delle carte contabili.

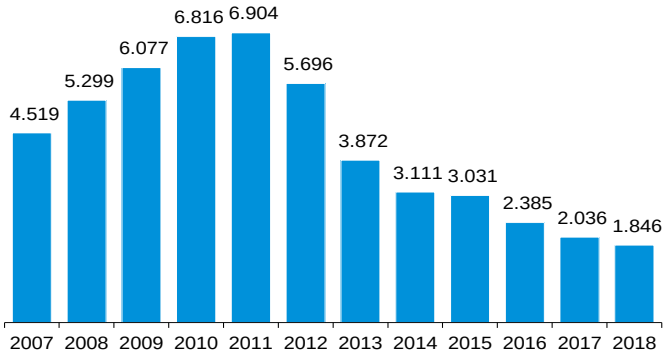


Figura 5: Costo Debiti verso Fornitori anni 2007 – 2018 [€/mln]

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

In Figura 6 si evidenza l'andamento dei tempi medi di pagamento dei fornitori per gli anni 2015 – 2018 a livello consolidato di SSR.

Si precisa che i tempi medi sono stati calcolati in riferimento ai pagamenti relativi ai debiti sorti nell'anno di competenza.

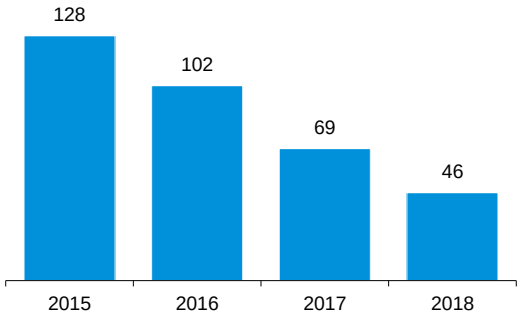


Figura 6: Tempi medi di pagamento anni 2015- 2018 (n. GG)

Codice AA.SS.	Descrizione	2015	2016	2017	2018
201	ASL AVELLINO	114	114	88	56
202	ASL BENEVENTO	95	95	69	58
203	ASL CASERTA	85	85	77	33
204	ASL NAPOLI 1 CENTRO	77	77	99	60
205	ASL NAPOLI 2 NORD	121	121	89	58
206	ASL NAPOLI 3 SUD	82	82	65	46
207	ASL SALERNO	82	82	43	47
901	AO CARDARELLI	122	122	136	49
902	AO SANTOBONO	93	93	34	13
903	AO DEI COLLI	100	100	46	42
904	AOU RUGGI	94	94	44	49
905	AO MOSCATI	18	18	16	41
906	AO RUMMO	205	205	80	44
907	AO SAN SEBASTIANO	91	91	97	53
908	AOU VANVITELLI	149	149	82	72
909	AOU FEDERICO II	100	100	52	42
910	IRCCS PASCALE	110	110	57	42

Tabella 2: Tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie Campane anni 2015 – 2018 – dati da PCC (Piattaforma crediti Commerciali)

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria

Nel triennio 2019 – 2021 si rende necessario, nell'ambito del complesso processo di risanamento del Servizio Sanitario Regionale, proseguire l'azione di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Tale miglioramento è da perseguirsi attraverso la continua realizzazione di una serie articolata di obiettivi che vanno dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla sicurezza e alla appropriatezza dei percorsi diagnostici - terapeutici.

In tema di valutazione della qualità dell'assistenza un posto di rilievo occupano la Griglia LEA e gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE).

La Regione Campania continuerà, attraverso l'utilizzo degli strumenti innanzi descritti, a garantire e a migliorare sempre più la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come comprovato in questi ultimi anni nei quali si è registrato un superamento delle criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti connessi al piano di rientro.

Nello stesso periodo la Regione Campania ha evidenziato un progressivo incremento della qualità dell'assistenza conseguendo risultati di miglioramento in una buona parte delle aree cliniche tradizionalmente critiche del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Tutto ciò anche grazie alla realizzazione di un cruscotto direzionale regionale che attraverso la raccolta di una serie di informazioni, opportunamente elaborate e rappresentate, consentono di leggere gli aspetti qualitativi connessi all'assistenza sanitaria, inclusi quelli dell'appropriatezza e di costo, e laddove possibile, degli outcome. La valenza di uno strumento "diagnostico", come il Cruscotto Regionale, è data dalla capacità di misurare tempestivamente il grado di qualità, efficienza ed equità con cui viene erogata l'assistenza sanitaria nella nostra Regione e di rilevare come le Aziende Sanitarie stiano rispondendo agli interventi strutturali messi in atto, finalizzati ad assicurare ai cittadini campani le migliori cure, orientando le decisioni di politica sanitaria sulla base delle evidenze.

In termini di assistenza, si registra un netto miglioramento per le annualità 2016-2018, rilevabile attraverso i punteggi raggiunti in termini di Griglia LEA. Nello specifico, la Regione Campania è passata da un punteggio in Griglia LEA pari a 124 per l'annualità 2016, ad un punteggio pari a 152 rilevabile per l'annualità 2017 e pari a 170 nel 2018.

Nello specifico, il monitoraggio in tempo reale, effettuato attraverso il Cruscotto Direzionale Regionale, consente di rilevare dei consistenti miglioramenti per gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera e agli indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri.

Il Cruscotto Direzionale, nelle disponibilità della Regione, transiterà nel sistema informativo SINFONIA (Cfr. Programma 7).

Si riporta di seguito l'andamento della griglia LEA del triennio 2016-2018.

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

Indicatore			Dato 2016	Dato 2017	Dato 2018
N. ind.	Livello di assistenza	Definizione	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale
1	Prevenzione	1.1 Vaccini (3 dosi)	6	9	9
		1.2 Vaccini (1 dose)	0,9	1,8	1,8
		1.3 Vaccinati per influenza età >= a 65 anni residenti	0,6	0,6	1,2
2	Prevenzione	Screening di primo livello per cervice, mammella e colon retto	0	0	0
3	Prevenzione	3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	na	na	na
		3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	5,4	5,4	5,4
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	3,6	3,6	3,6
5	Prevenzione veterinaria e alimentare	5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	1,2	0	0
		5.2 Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	0	2,4	2,4
		5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,9	0,6	0
6	Prevenzione veterinaria e alimentare	6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal PNR	2,7	2,7	2,7
		6.2 Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione di alimenti	0	0	0
		6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	0,9	0,9	1,8
7	Distrettuale	Condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	na	0	0
		7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	3,54	3,54	5,28
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco	3,54	5,31	5,28
8	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	21,15	21,15	21,12
9	Distrettuale anziani	9.1 Posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	3,51	3,51	3,52
		9.2 Posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	0,87	0,87	0,88
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	1,77	1,77	0
		10.1.2 Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	3,15	3,15	3,17
		10.2.1 Posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili	0	0	0
		10.2.2 Posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili	1,08	1,08	1,06
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	4,41	4,41	13,2
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	3	3	4,5
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,31	5,31	5,28
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	10,53	10,53	10,56
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	9	13,5	13,5
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	3	6	6
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0	1,5	1,5
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	na	na	0
17	Ospedaliera	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	7,5	15	22,5
18	Ospedaliera	18 Percentuale parti cesarei primari	4,5	na	0
		18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	na	3	3
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	na	1,5	1,5
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	5,49	5,49	5,5
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	4,5	9	9
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	6	6	6
			124	**152**	**170**

Tabella 3: Griglia LEA

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

Il modello di sviluppo e di riqualificazione del SSR

Il presente Piano esplicita l'avvio di un percorso che conduce gradualmente la Regione Campania a riportare al suo interno i poteri di programmazione sanitaria, attraverso l'uscita dal commissariamento.

A tal fine la Regione Campania in ottemperanza alle normative nazionali e alle disposizioni dei Ministeri affiancanti in sede di Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha già trasmesso la proposta di riorganizzazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza in adesione al D.M. n. 70/2015, nel rispetto degli standard nazionali.

Nel triennio 2019-2021 la Regione Campania intende proseguire nel modello di verifica e controllo trimestrale, così come condotto finora dai Ministeri affiancanti, per uno stretto monitoraggio degli indicatori economico-finanziari e sanitari, facendo proprio il sistema finora condiviso con i Ministeri, con uguale rigore metodologico e periodicità prestabilita.

I principi ispiratori del presente Piano, predisposto nel 40' anniversario della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sono rappresentati da forti valori fondanti, quali universalità e solidarietà, resi coerenti con l'attuale situazione epidemiologica regionale, orientata a nuovi bisogni e supportata da nuove offerte assistenziali, soddisfacendo nuovi indicatori di qualità, e rimanendo nell'alveo del contenimento e del rigore della gestione economica - finanziaria già dimostrati.

I driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana nel prossimo triennio 2019-2021 sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva.

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

1. Programma 1: Il paziente al centro del SSR

Il nuovo paradigma intorno al quale ruota l'intero Piano 2019-2021 è costituito dal "Paziente al Centro del Sistema", paziente/cittadino che diventa il fattore chiave per migliorare l'intero sistema sanitario regionale.

L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Solo seguendo questo modello e programmando il sistema intorno al paziente, la Regione Campania consoliderà percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione che rispettino l'interesse di salute del paziente, capaci di esprimersi nel tempo come miglioramento di outcome in termini di qualità di vita, sopravvivenza, accompagnandosi per l'amministrazione ad una appropriatezza di spesa ed un costante equilibrio finanziario.

Questo presupposto richiede un complessivo riorientamento di condizioni organizzative, dotazioni tecnologiche e logistiche, azioni di monitoraggio e valutazione che saranno coerenti ed efficaci, pur nei diversi setting e nelle multiformi complessità, solo se avranno tutte, al centro, il paziente.

"Il paziente al centro" non è una scelta di maniera o solo una proclamazione di intenti ma costituisce il presupposto per un impianto di sistema strutturato e ridisegnato con coerenza e corrispondenza, e deve essere riproposto in tutte le determinazioni e gli atti che la Regione Campania assumerà d'ora in poi, a partire dall'individuazione dei propri obiettivi, a cascata calati sulle Dirigenze aziendali chiamate alla operatività.

Il cambio di paradigma appare tuttavia una necessità di sistema, anche a livello nazionale, necessario per affrontare le sfide che si profilano per l'intero SSN, derivate dalle transizioni in corso. E' sempre più evidente infatti che anche nel Sistema Sanitario Nazionale c'è un mutamento di prospettiva: da una focalizzazione di programmazione basata sulle strutture fisiche (ospedali, ambulatori, etc.) si procede da più parti verso modelli basati su percorsi, continuità dell'assistenza, orientati a gruppi di patologie. Di fronte al fenomeno ormai pluriennale delle risorse finanziarie stanziate per il Welfare, che vedono quelle dedicate al SSN in lento ma costante decremento (sono scivolate dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016), la forte spinta della spesa per long-term care (LTC), che comprende tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati di natura continuativa, richiede necessariamente interventi di natura riorganizzativa. In questo quadro di contingentamento delle risorse disponibili, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte alle transizioni in corso nel panorama sanitario campano che hanno generato un disequilibrio di sistema:

- La transizione demografica con un quadro epidemiologico in cambiamento per la crescita costante dell'età media degli italiani e dei campani, con un progressivo incremento delle cronicità anche per patologie prima circoscritte all'ambito delle acuzie (come ad esempio alcune malattie infettive o quelle oncologiche), non accompagnato ad un miglioramento della qualità di vita;
- La transizione tecnologica con l'immissione continua sul mercato di farmaci, tecnologie e dispositivi diagnostici e terapeutici sempre più costosi, seppure efficaci, che necessitano di stringenti procedure di HTA per la valorizzazione dell'impatto di efficacia e della concomitante sostenibilità del sistema;
- La transizione informatica, anello indispensabile di congiunzione dei sistemi nel SSR, ancora in perfezionamento e in valorizzazione per il necessario utilizzo quotidiano nei processi di programmazione e di management e per un accesso fruibile del cittadino.

La reingegnerizzazione del SSR deve dunque tener conto delle tipologie di pazienti che richiederanno servizi e prestazioni nel prossimo futuro e delle mutazioni delle infrastrutture di sistema che contestualmente dovranno sorreggerne lo sviluppo.

È con questa premessa che va letto e interpretato il presente Piano, nel quale ogni cittadino troverà la propria collocazione nel SSR e la risposta ai propri bisogni, ricostruita in processi di cura predefiniti, rispondenti alle più moderne evidenze scientifiche, arricchiti di multidisciplinarietà e multidimensionalità tali da rendere efficiente ma praticabile il sistema. In tale sistema le reti professionali, cliniche, assistenziali, diagnostiche e terapeutiche sono la base su cui progredire e risanare, per voltare pagina e riprendersi una capacità di programmare il proprio futuro, nella certezza di poter esercitare le scelte a cui un governo regionale è chiamato per propria natura e per mandato conferito dal popolo stesso. E per la tipologia della popolazione a cui rispondere, si privilegia la difesa del principio universalistico di questo SSR, coniugato alla progressione nella innovazione per contrastare viaggi della speranza (o peggio il fenomeno della mobilità passiva) e alla capacità di gestire l'inesorabile invecchiamento che appesantisce il welfare e le famiglie.

"Il paziente al centro" diventa una modalità di pensiero, diventa la via d'uscita ai problemi ed ai quesiti quotidiani, diventa mood aggregatore universale.

Le classificazioni che seguono sono state prescelte proprio in considerazione delle diverse tipologie di pazienti che affollano le nostre strutture e che vengono accolte in quanto orientate dal problema e non dal luogo di esercizio sanitario. Aggregazioni di problematicità permettono una ricostruzione di attività per complessità e intensità di cure, più che per monospecialità, dal momento che siamo convinti che la medicina non è un'arte solitaria ma da professare in team.

1.1 Il paziente in età pediatrica

Il minore è il soggetto con età fino a diciotto anni (Convenzione di New York per i Diritti del Fanciullo del 1989, come ratificata con la Legge 27 maggio 1991, n. 176) e ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni, condizione essenziale in tutte le fasi della vita, in particolare per l'età evolutiva.

Il riconoscimento della "specificità pediatrica" nell'ordinamento sanitario si basa sulla peculiarità del bisogno del bambino e delle sue malattie, che anche prevede un forte e pieno coinvolgimento della famiglia nella relazione di cura.

Le migliorate condizioni di vita instauratesi progressivamente a partire dal dopoguerra, unitamente ad alcuni indiscutibili progressi nel campo della medicina, sono stati responsabili di un sostanziale cambiamento nelle patologie più frequentemente causa di morbosità e mortalità in età pediatrica, con la drastica riduzione di casi gravi associati a patologie infettive/parassitarie, malattie respiratorie e gastroenteriche.

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono dunque emerse nuove priorità nell'assistenza primaria:

- Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L'aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall'ospedale all'area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;

- Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il “core” dell’attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

La migrazione sanitaria in età evolutiva, rappresenta per la Regione un fenomeno rilevante da contrastare.

E’ dunque fondamentale ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche nell’infanzia attraverso lo sviluppo di centri aziendali interdisciplinari al fine di offrire ai bambini e alle loro famiglie le migliori cure non solo tecniche ma anche “relazionali ed educative” nel luogo più vicino alla loro abitazione, potenziare la/le struttura ospedaliera pediatrica regionale come centro di riferimento capace di dare risposte ai piccoli pazienti con patologie ad elevata complessità.

La Regione Campania, per il triennio 2019-2021 si è data i seguenti obiettivi:

- L'integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- L’assistenza territoriale necessita quindi di essere rimodulata, per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l’adeguamento professionale e formativo del pediatra, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure al paziente pediatrico. Allo stesso modo è necessario definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell’adolescente;
- Promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida (SNLG) scientificamente validate, orientati all’appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate, nonché ad implementare sistemi di monitoraggio delle attività per definire, attraverso l’individuazione di idonei indicatori, le ricadute clinico assistenziali delle attività stesse, la loro appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza, in modo da rendere misurabili i volumi di attività delle Strutture e la qualità in ambito organizzativo, gestionale, professionale e tecnico.

Tutto questo si realizza attraverso l'area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell'adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l'età evolutiva (Progetto obiettivo materno-infantile G.U. 7.6.2000 n. 131).

1.1.1 La fase preconcezionale

La fase preconcezionale ha l’obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell’apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.

La Regione Campania si prefigge l’obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

La Regione Campania ha assegnato un finanziamento di 4.000 €/000/anno, alle Aziende Sanitarie Locali, per incrementare e riqualificare le attività consultoriali rivolte alla tutela della salute della donna, del bambino, dell'adolescente e della famiglia, con l'obiettivo di dare risposta rapida ai bisogni di salute. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso diretto, senza richiesta del medico curante, consente ai giovani adulti la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale).

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni

- Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali

b. Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità

- Numero AASSLL che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda

c. Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare

- Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione

d. Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

- Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

b. Entro Giugno 2020 - 25% delle AASSL
Entro Dicembre 2020 - 50% delle AASSLL
Entro Dicembre 2021 – 75% delle AASSLL

c. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

d. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

1.1.2 La fase prenatale

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie. L'adozione di pratiche appropriate e tempestive basate sulle evidenze scientifiche, nell'ambito delle cure prenatali può contribuire a migliorare e a salvare vite. In modo particolare, l'assistenza in gravidanza fornisce anche l'opportunità di comunicare con le donne, le famiglie e le comunità e sostenerle in un momento particolare della vita.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Ogni gravidanza e nascita ha un suo percorso e una sua variabilità clinica, organizzativa ed emotiva. Tuttavia, è compito pubblico quello di rendere il percorso meno accidentato possibile, riducendo i fattori di stress, rendendo disponibili le informazioni, alimentando le competenze dei neo genitori, riducendo ansia e dolore, favorendo la prosecuzione di un sostegno assistenziale e umano anche dopo l'uscita dalle strutture sanitarie e bilanciando le esigenze e gli standard di sicurezza clinica con il riconoscimento della nascita, salvo casi specifici, come un fenomeno naturale e non come una malattia.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne

- Numero linee di indirizzo regionali emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno)

b. Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali

- Numero di Aziende Sanitarie Regionali che attivano la diagnostica prenatale

c. Aumento fino al 15 % del numero della donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%)

d. Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB)

- Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB

e. Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori

- Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

1.1.3 La tutela della nascita

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, la Regione Campania sta investendo risorse per ottimizzare il percorso nascita e garantire agli utenti equità nell'offerta di servizi, con un forte impegno contro gli elementi di inappropriatezza dell'assistenza sanitaria.

Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, la Regione Campania intende rafforzare nel prossimo triennio un percorso della gravidanza e del parto rendendo la donna protagonista, insieme al suo piccolo, del parto/nascita e accompagnandola durante il parto e nell'accoglienza al bambino.

Integrazione ospedale-territorio attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato su piattaforma Regionale, l'implementazione dei Corsi di Accompagnamento alla nascita e un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato contribuiranno ad un ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

La verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato-Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio e la razionalizzazione progressiva dei Punti Nascita con numero di parti inferiori a 1.000/anno consentirà di aumentare gli standard qualitativi assistenziali e di migliorare l'intero percorso della tutela della nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Garantire l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato (su piattaforma regionale) che funga anche da strumento di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, prevedendo un "percorso unificato", con continuità delle cure, individuando una cartella dedicata

- Realizzazione della piattaforma informatizzata regionale
- Produzione da parte del comitato percorso nascita regionale di una cartella condivisa ospedale-territorio

b. Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum

- Numero di percorsi formativi attivati per ASL

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

c. Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio

- Numero dimissione effettuati in regime di Home visiting
- Numero di consultori che effettuano Home visiting

d. Creazione di un libretto multilingue della gravidanza parto e puerperio

- Realizzazione da parte del Comitato Percorso Nascita regionale del libretto della gravidanza multilingue

e. Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO)

- Numero Punti Nascita che hanno attivato contatto pelle a pelle in SP e SO

f. Incrementare fino al 20% il numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H, per favorire il naturale instaurarsi del rapporto mamma-bambino e l'avvio dell'allattamento

- Numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H

g. Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza)

- PDTA emanati e implementati

h. Carta dei servizi per il percorso nascita

- Produzione della Carta dei servizi in tutte le Aziende dotate di punto nascita

i. Verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato- Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio

- Numero dei Punti Nascita che hanno raggiunto gli standard operativi ministeriali

j. Approvazione di un nuovo documento di programmazione dei Punti Nascita regionali

- Approvazione nuova programmazione dei Punti Nascita regionali

k. Razionalizzazione progressiva dei PN con numero di parti inferiore a 1.000/anno, anche attraverso collegamenti funzionali

- Numero di Punti Nascita che condividono spazi e attività professionali funzionalmente collegate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021
h. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021 (carta Servizi)

i. Entro Aprile 2020
j. Entro Giugno 2020
k. Entro Dicembre 2021

1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico

Il presente paragrafo fa riferimento ai “primi mille giorni di vita” relativi alla sola fase post-natale in quanto la fase pre-natale è già stata dettagliata nel paragrafo 1.1.2 con specifici obiettivi e indicatori.

Il futuro della salute di un bambino si costruisce nei "primi 1.000 giorni di vita", per cui il termine "prevenzione primaria" risulta fondamentale per le malattie non trasmissibili, come obesità, diabete mellito, tumori, malattie metaboliche, cardiovascolari e dello sviluppo neurocognitivo.

E’ dunque importante raccomandare ai genitori la prevenzione prima del concepimento, l’importanza del latte materno, delle vaccinazioni, dell’attenzione agli agenti inquinanti, dell’utilizzo degli strumenti multimediali, l’importanza della lettura precoce e della musica in culla.

Questi principi sono programmati e in parte già operativi in ottemperanza del piano regionale della prevenzione 2016-2019.

La Regione Campania si impegna a proseguirne l’applicazione nel triennio 2019-2021, fatte salve eventuali integrazioni previste dal prossimo Piano Nazionale della Prevenzione PNP, in corso di adozione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promuovere azioni per la tutela della salute materna-fetale nel periodo post-natale mediante appositi interventi di formazione pediatrica e genitoriale sulle diverse dimensioni dello sviluppo del bambino (cognitiva, emotiva, sociorelazionale, sensoriale e motoria), sullo sviluppo precoce del cervello, le sue fasi sensibili e i fattori che influenzano lo sviluppo, sugli aspetti socio-educativi che riguardano lo sviluppo del bambino prematuro e sulle situazioni particolari che riguardano migrazioni, povertà, maltrattamento, adozioni, separazione, lutto e famiglie monoparentali

- Numero di corsi regionali attivati per formatori aziendali sui primi 1.000 giorni di vita
- Numero di corsi attivati presso le AASSLL
- Aumento fino al 10% dell’allattamento esclusivo al seno al 3° e 6° mese di vita

b. Sviluppare linee di indirizzo e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo neuro-evolutivo da utilizzare nel compilare i bilanci di salute da 0 a 3 anni di vita e favorire interventi precoci circa le buone pratiche su allattamento al seno (aggiornamenti sui benefici e sulla posizione; baby friendly community initiative), alimentazione, musica, gioco e lettura

- Informatizzazione dei bilanci di salute compilati da parte del PLS

c. Promuovere e sostenere programmi di vaccinazioni attraverso le competenze genitoriali

- Interventi di promozione delle vaccinazioni attivati presso le AASSLL

d. Garantire la presa in carico delle dimissioni precoci (inferiori a 48 ore) attraverso le Home visiting

- Almeno il 30% dei Punti Nascita per anno

Scadenze

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

1.1.5 L'età della transizione della presa in carico

L'interesse per la fase di "transizione" e la necessità di approfondire tutti gli aspetti ad essa correlati, nascono fondamentalmente da tre ordini di fattori:

- Aumento dell'aspettativa dei piccoli pazienti con gravi malattie;
- Rivalutazione del concetto di "cura";
- Frammentazione della gestione medica.

Tra le criticità si rileva la mancanza di comunicazione tra pediatri ed internisti/specialisti dell'adulto, unitamente alle rispettive differenze nella gestione e nel trattamento della patologia cronica.

È da considerare centrale l'assistenza adolescenziale accanto a quella pediatrica. Attualmente l'adolescente viene comunemente accolto in strutture dell'adulto con evidenti problemi di accoglienza, conformata più ad una popolazione adulta.

La transizione ai servizi per adulti può dunque risultare particolarmente problematica comportando anche disagio per i pazienti e le famiglie e talora un peggioramento clinico ed evolutivo.

La Regione Campania individua come obiettivi fondanti l'adozione di due modelli:

- Il modello disease-based che consente a ragazzi con specifiche patologie di transitare per un determinato periodo in un ambulatorio co-gestito da un sub-specialista pediatra e da uno specialista dell'adulto; tipico esempio di questa modalità di transizione è l'ambulatorio diabetologico condiviso (joint-clinic);
- Il secondo modello prevede spazi dedicati ai ragazzi dove siano presenti figure tutoriali esperte non di patologia specialistica ma di area assistenziale.

Indipendentemente dal modello, devono essere sempre tenute presenti alcune considerazioni di ordine generale:

- L'età del trasferimento deve avvenire in modo flessibile, tenendo conto, da un lato, della normativa nazionale e della convenzione internazionale che indica in 18 anni il limite dell'età pediatrica, dall'altro delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta dall'adolescente e della sua capacità di comprensione e di auto-gestione della malattia;
- Il periodo di preparazione e il programma di educazione alla transizione deve essere iniziato già nella prima parte dell'adolescenza;
- Il processo di trasferimento deve essere un'azione congiunta con la struttura degli adulti destinata a seguire in futuro il paziente, che permetta una reciproca conoscenza e un passaggio coordinato di

consegne tra le due equipe mediche. Un ruolo importante deve essere svolto anche dal personale infermieristico.

Appare quindi oggi sempre più indispensabile che i vari “attori” che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori, etc.) elaborino, nelle varie realtà in cui i pazienti si trovano a vivere, dei percorsi che da un lato facilitino il passaggio dall’organizzazione pediatrica a quella dell’adulto e che dall’altro garantiscano il completo soddisfacimento di quel concetto di “care” globale.

Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all’adolescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale.

La Regione Campania, nella programmazione per gli anni 2019-2021, intende promuovere l'organizzazione di percorsi di transizione per il passaggio dalle cure pediatriche alla medicina dell’adulto consapevole che esso rappresenta una criticità per tutti gli attori coinvolti (pazienti, genitori, operatori sanitari).

Obiettivi e Indicatori

a. Valutare l'aderenza e la persistenza del percorso di cura, attraverso l’attivazione di canali comunicativi preferenziali e prestabiliti informatizzati tra Specialisti del Centro di Riferimento per patologia, i centri aziendali dedicati alle malattie croniche in età evolutiva, i MMG e le Farmacie

- Numero di percorsi regionali di transizione attivati per le principali patologie croniche

b. Attivazione di un Team di transizione del paziente pediatrico presso ogni azienda

- Numero di Team di transizione attivati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Attivazione processi informatizzati di diagnosi, cura e di transizione dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva);
Entro Dicembre 2021 (Attivazione percorsi regionali di transizione per le principali patologie croniche)

b. Entro Dicembre 2021

1.2 Il paziente cronico e/o fragile

La Regione Campania è ancora lontana dal programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e forse, nella esplicita volontà di sostenere un modello universale, non penserà in un prossimo futuro di volerlo realizzare, in quanto sceglie di tutelare la salute e non finanziare la malattia.

Tuttavia non può non riconoscere e dunque affiancare in un’unica dimensione, le assonanze e i fattori comuni di condizioni quali la cronicità e la fragilità. Di per sé concetti apparentemente non coerenti (la cronicità evoca una situazione duratura e ingravescente, mentre la fragilità si accomuna a una sensazione di stacco improvviso capace di creare un danno che però non è inaspettato), risultano invece rispondenti a dei minimi comun denominatori più di quanto appaia ad un superficiale giudizio.

Entrambe le condizioni rispondono ad una scala di valutazione multidimensionale e polispecialistica e coinvolgono sicuramente oltre al paziente, la sua dimensione domestica e familiare, il suo ambito lavorativo se ancora abile al lavoro, la sua domanda di salute che si esprime prevalentemente in ambito territoriale, nei

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

servizi distrettuali, meno spesso nella dimensione ospedaliera, sfociando spesso nel welfare sociale per il necessario supporto alla complessità.

La cronicità è espressione tuttavia di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La fragilità attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile.

Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team.

Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che la Regione Campania individua nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta.

Da essi parte un nucleo assistenziale che si deve sviluppare intorno al paziente, a complessità crescente e con l'ingresso successivo nel team di cura di tutte quelle professionalità utili ad affrontare le tematiche assistenziali e socio-sanitarie che si presentano. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

La Regione Campania riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari. Ad esso la Regione Campania si impegna a destinare attività di formazione per una corretta espressione del ruolo.

1.2.1 La presa in carico del paziente

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza.

La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute. Tuttavia, l'efficacia dei PDTA è fortemente condizionata dal rigore metodologico utilizzato per la loro produzione e richiede sia un piano multifattoriale d'implementazione contesto-dipendente sia un adeguato set di indicatori per misurarne il reale impatto sui processi assistenziali e sugli outcome clinici, economici e umanistici.

Pertanto, a partire da suddette considerazioni e coerentemente con il Piano di sviluppo delle Cure Primarie, la Regione Campania ha avviato una attività di revisione/ progettazione dei PDTA a partire dalle patologie cronico-degenerative.

Il punto di partenza è stata l'analisi delle criticità riscontrate nell'applicazione dei PDTA ad oggi adottati.

E' emerso che le maggiori criticità erano rappresentate da:

- Una disomogeneità nella stesura dei singoli PDTA;
- Un limitato coinvolgimento dei medici di Assistenza Primaria;
- Una limitata integrazione fra i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- Una difficoltà nel monitoraggio del percorso assistenziale;
- Una applicazione del percorso assistenziale a macchia di leopardo spesso legata alla parziale adesione dei Medici di Assistenza primaria.

Dall'analisi delle suddette criticità ci si è posti come obiettivo prioritario:

- La definizione di un documento di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA;
- La revisione dell'Accordo Integrativo Regionale che prevedesse, nell'ambito dello sviluppo delle nuove forme organizzative (AFT-UCCP) il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche a cui vincolare le risorse economiche già previste dall'AIR vigente.

Contestualmente la Regione ha avviato la revisione del PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. E' stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale.

Il progetto si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica.

In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

I servizi distrettuali devono organizzarsi per la presa in carico e la gestione proattiva delle principali aree di bisogno multidimensionale e dei principali raggruppamenti di patologia, con servizi multiprofessionali ad accesso diretto (Capo IV DPCM LEA 12/01/2017) che seguono il paziente in tutto il percorso di cura, collegandosi al sistema delle cure primarie, alla diagnostica, ai servizi sociosanitari, al sistema delle cure domiciliari, alla rete della terapia del dolore, al sistema delle cure palliative. In questo ambito va tra l'altro

riposizionato il ruolo dei professionisti specialisti ambulatoriali che devono contribuire alla presa in carico del paziente: essi devono rendere prestazioni specialistiche ai servizi distrettuali o alla medicina di base che hanno in carico il paziente, laddove richiesto dai percorsi di cura, secondo le modalità previste dalle norme (prescrizione con quesito o sospetto diagnostico – art. 15 DPCM LEA 12/01/2017); ma possono e devono partecipare attivamente e quale parte integrante ai servizi distrettuali che fanno la presa in carico dei pazienti, mantenendo l'accesso diretto per contribuire a garantire tutte le prestazioni che sono previste per ciascun area di bisogno.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper (la proprietà organizzativa deve essere di un unico centro). Non può, infatti, attuarsi la funzione di committenza del Distretto se l'accesso al sistema è disperso. Non esistono funzioni di accesso unitario per settori o per aree di intervento; sarebbe una contraddizione della funzione di unitarietà ed univocità. Deve essere superata la criticità di porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", è anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front- office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantire in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale.

L'UVMM, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. E' l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come

momento di risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia. Tale assetto consentirà il miglior livello di governo-orientamento della domanda.

Per quanto riguarda la presa in carico dei servizi socio sanitari si rimanda agli specifici paragrafi.

1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS

Le AFT sono state già individuate sul territorio delle 7 Aziende Sanitarie Locali, come di seguito riportato:

ASL	Numero AFT
AV	12
BN	10
CE	24
NA1	31
NA2	29
NA3	30
SA	45
Totale	**181**

Tabella 4: Numero AFT per area

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggiori patologie croniche:

- Cardiovascolari;
- Respiratorie;
- Metaboliche.

Come già previsto dal progetto "AGIRE" applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l'area adulti, anche per l'area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT.

Entro il 31.12.2019 tali AFT saranno individuate dalle AASSLL Campane, nel rispetto di indicatori organizzativi riferiti alla disponibilità sul territorio dei PLS ed all'utenza da soddisfare.

Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all'AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

Nel richiamato DCA n. 103/2018 sono state programmate le seguenti UCCP pediatriche:

- Presso l'ASL Napoli 1 Centro nella sede dell'ex presidio Annunziata;
- Presso l'ASL Napoli 3 Sud nel comune di Torre del Greco.

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

Il modello organizzativo delle UCCP pediatriche ricalca quello già predisposto per le UCCP adulto.

Obiettivi e Indicatori

a. La Regione impegna le Aziende Sanitarie Locali a costituire di fatto le AFT già individuate, identificando i 3 referenti per le macroaree sopra specificate

- Implementazione completa delle AFT

b. Per condizioni più complesse, la Regione istituisce le UCCP per gestire una medicina territoriale di rango, capace di governare la cronicità, agire in prevenzione, monitorare stati di salute borderline, assicurare un'assistenza specialistica di I e II livello, comprensiva di una diagnostica essenziale e di un'assistenza infermieristica specializzata, così come dettagliatamente descritto nel Decreto Dirigenziale n. 53/2017

- Attivazione delle UCCP

La regolamentazione contrattuale per le prestazioni rese in tali ambiti dai Medici Convenzionati viene regolata nell'ambito delle attività previste negli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (costituzione delle AFT)
b. Entro Giugno 2020 (attivazione del 35% delle UCCP);
Entro Dicembre 2020 (attivazione del 70% delle UCCP);
Entro Dicembre 2021 (attivazione di tutte le UCCP)

1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie

La Regione Campania con D.D. n. 53 del 05.03.2018 ha approvato il Piano di sviluppo delle Cure Primarie. Con suddetto Piano sono state definite le modalità di sviluppo delle AFT e delle UCCP di riferimento nonché i relativi obiettivi assistenziali. Per quanto riguarda lo sviluppo delle AFT elementi ritenuti essenziali per una loro funzionale individuazione sono stati:

- La densità abitativa;
- Le condizioni oro-geografiche del territorio;
- La salvaguardia dell'attuale organizzazione delle cure primarie (medicine di gruppo e medici in rete) che rappresenta la base organizzativa dei MMG su cui riaggregarli in AFT.

Il quadro variegato che ne risulta in Regione, non può che essere supportato con una organizzazione flessibile delle AFT che necessariamente, per assicurare obiettivi comuni, deve prevedere forme di evoluzione diverse a seconda della estensione e delle caratteristiche oro-geografiche del territorio per rendere agevolmente fruibile il servizio nell'interesse dell'assistito ed in particolare per le fasce deboli quali anziani e cronici.

In tal senso, in relazione alle necessità assistenziali legate alla facilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti nonché ad esigenze organizzative in funzione di obiettivi pre-definiti, nelle AFT è stato previsto lo sviluppo di una sede unica di riferimento a complessità crescente (che può rappresentare il primo livello di integrazione con le altre figure professionali nell'ambito di attività di medicina di iniziativa) o multisedi, comunque con una di riferimento (che garantisca coordinamento, condivisione ed audit).

Contestualmente si è condivisa, con le OO.SS. di categoria, una piattaforma regionale che ha individuato gli elementi essenziali su cui avviare la trattativa per il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale.

Tale piattaforma ha previsto come obiettivi prioritari:

- Il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche anche attraverso attività di medicina di iniziativa;
- La definizione degli obiettivi nell'ambito dell'attività di prevenzione e relative modalità di partecipazione;
- Le modalità di erogazione della diagnostica di I livello finalizzata al perseguimento dei PDTA;
- La ridefinizione dei flussi informativi epidemiologici;
- La ridefinizione dell'assistenza domiciliare per assicurare gli obiettivi previsti dai LEA (potenziamento dell'ADI e dell'assistenza residenziale);
- La definizione di un Sistema Informativo della Medicina Generale integrato con il SIR ed ha individuato come unità elementare semplice della AFT, per garantire i suddetti obiettivi, il Medico di Medicina Generale con il supporto di un collaboratore di studio e di professionalità sanitarie infermieristiche.

Con Decreto Presidenziale n. 6 del 16.01.2019 è stata costituita la "Delegazione trattante di parte pubblica per il rinnovo dell'AIR" ed è stato dato avvio alla contrattazione con le OO.SS. di categoria.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione Piani Operativi Aziendali

- Numero di Piani Operativi Aziendali

b. Valutazione e validazione dei Piani Operativi

- Numero di Piani Operativi Aziendali Approvati

c. Acquisizione provvedimenti di individuazione delle AFT della Medicina Generale

- ATF costituite

d. Sottoscrizione dell'AIR

- Numero di OO.SS. di categoria inserite in piattaforma

e. Avvio delle attività delle AFT su obiettivi specifici a partire dalla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT

f. Individuazione delle UCCP di riferimento

- UCCP costituite

g. Strutturazione ed avvio delle attività delle UCCP

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle UCCP

h. Consolidamento delle attività delle AFT/UCCP in funzione degli ulteriori PDTA individuati in relazione alle esigenze assistenziali emergenti

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT/UCCP

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

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Novembre 2019
c. Entro Giugno 2019
d. Entro Novembre 2019
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Giugno 2020
g. Entro Dicembre 2020
h. Entro Dicembre 2021

1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura.

Confermando il quadro programmatorio di riferimento già impostato con i Programmi Operativi 2016-2018, complessivamente l'intervento nell'area della disabilità e della non autosufficienza per il triennio tende ad un incremento numerico della disponibilità di posti letto per i setting più carenti (RD1, RD2, R2, R3, semiresidenziale Adulti e Anziani), ed ad una generale qualificazione e riqualificazione volta a definire una loro vocazione meno assistenziale e più terapeutico e/o riabilitativa, posizionando tali servizi a pieno titolo nei percorsi di cura e gestione delle cronicità, quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa.

Nel Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure. Complessivamente, alla fine del triennio si prevedono ca. 3.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza agli Adulti e anziani non autosufficienti e ca. 2.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza ai Disabili.

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

A. Area Disabilità

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati; disomogenea distribuzione territoriale di ciascun setting. La vocazione riabilitativa vera e propria risulta spesso debole a favore della lungo assistenza: l'adozione di Decreti Commissariali per la definizione di percorsi riabilitativi per alcune patologie ad alto impatto disabilitante (Ictus, BPCO, Frattura di femore) con significative azioni di accompagnamento e indirizzo regionale alle aziende sanitarie sta inducendo il sistema ad utilizzare più pienamente e appropriatamente il cospicuo potenziale produttivo;
- Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi. I percorsi in atto di accreditamento definitivo e di riconversione dei posti letto di ex art. 26 in eccesso consentiranno di avere strutture che avranno una specifica vocazione assistenziale e avere setting più chiari e separati.
  Dei circa 1.800 posti letto semiresidenziali e in piccola parte residenziali in eccesso, è già definito, e in parte realizzato, il programma di riconversione per circa 1.300 posti letto per 6 AASSLL, prevalentemente in Centri Diurni integrati per disabili e per anziani, ma anche in RSA Disabili e RSA adulti/anziani e in R1. Entro il 2020 si prevede di concludere il programma per tutte le AASSLL;
- Connotazione prevalente di lunga assistenza, e non inserita in percorsi di cura. Il monitoraggio puntuale del bisogno assistenziale sociosanitario ha evidenziato l'opportunità, per decongestionare i setting riabilitativi e aumentarne l'appropriatezza, di ampliare l'offerta di Centri Diurni (semiresidenziale) per disabili portando così il fabbisogno complessivo per la semiresidenzialità allo 0,50 per mille.

Per l'area della disabilità, è prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza per le persone con disabilità. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 è stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA n. 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

E' già programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungano e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di ex art. 26.

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione dei setting RD1 e RD2

- Disciplina dei setting RD1, e RD2

b. Incremento giornate assistenza

- Indicatore 10.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

c. Completamento programma di riconversione eccesso ex art. 26

- Predisposizione ed adozione atti per la riconversione di posti letto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

B. Area Non autosufficienza e Anziani

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Non autosufficienza e Anziani si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani.

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche. Tuttora i Posti letto attivi sono circa 1.600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato (Cfr. Programmi operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021). Inoltre esse presentano un tasso di occupazione del 53%.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

E' attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

Non è disciplinata in Campania, e quindi non sono attivi posti letto, la tipologia di accoglienza residenziale R2 per i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, per persone con bisogni di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore.

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

La situazione generale, per effetto del governo dell'offerta e del fabbisogno, nonché della progressiva attuazione di quanto già programmato con i Programmi Operativi 2016-2018, presenta diversi punti di forza precondizioni per un netto e significativo miglioramento del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale.

È stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

Sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento di nuove strutture R3, che nell'ultimo triennio sono state autorizzate.

È in corso di elaborazione la disciplina per il livello R2 e per i Centri Diurni.

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

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione del setting R2
- Disciplina del setting R2

b. Incremento posti letto R3 e R2D
- Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio

c. Incremento giornate assistenza
- Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

C. Area Terminalità e Cure palliative

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Terminalità e cure palliative si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi, di cui 2 di Hospice Pediatrico, che fa migliorare la performance regionale all'indicatore 11 della griglia LEA.

Non è attivo il setting di Day Hospice.

E' necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative
- Atti organizzativi delle AASSLL

b. Incremento dei posti letto attivi Hospice
- Numero posti letto attivi

c. Attivazione Day Hospice
- Disciplina del setting Day Hospice

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

1.2.5 L'assistenza domiciliare

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Assistenza domiciliare si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente – anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA).

La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complessi e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

Il sistema delle Cure domiciliari integrate, con una capacità di trattamenti complessi superiore a quella delle RSA (si vedano le prestazioni erogate in RSA e quelle in ADI come da Decreto n. 11/2013), può rafforzare in tal modo il proprio ruolo di vero e proprio luogo di cura, all'interno dei percorsi di cura e di presa in carico delle patologie complesse e croniche.

Obiettivi e Indicatori

a. Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni
- SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni

b. Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari
- Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA
- Accessi medici palliativisti flusso SIAD

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

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Entro Dicembre 2021

1.2.6 La Salute Mentale

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa alla Salute mentale si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANSM 2013, affinché i sevizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente
- Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare
- Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)

b. Riduzione del numero di TSO e di ospedalizzazione
- Indicatori rilevati da SISM

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare)
Entro Dicembre 2021 (Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)
b. Entro Dicembre 2021

1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva

Il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)", approvato in Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica e semiresidenzialità terapeutica per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa ed assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre la disomogeneità.

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissariale è stata emanata la disciplina relativa alle "Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)".

L’art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l’individuazione precoce e proattiva del disturbo, l’accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l’attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L’art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

La Regione Campania intende proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza il Piano Territoriale attualmente vigente, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc).

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale attualmente vigente e il suo aggiornamento 2019-2021, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali per le finalità di cui all’art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Si rinvia al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 e ai Programmi Operativi 2016-2018, anche per la complessiva programmazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale, ivi inclusa la programmazione per i SIRMIV e SISEM.

Obiettivi e Indicatori

a. Completamento dell'attivazione dei Coordinamenti Aziendali

- Atti delle aziende di costituzione

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

- Atti delle aziende di costituzione

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020

1.2.8 Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Le azioni regionali degli ultimi anni hanno inteso aumentare la capacità del sistema di lavorare per obiettivi e programmi.

La Regione Campania ha inteso attuare azioni strategiche in materia di qualificazione del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria per le Dipendenze Patologiche attraverso l'approvazione di Atti che hanno disciplinato indirizzi specifici di organizzazione sia sul versante pubblico che su quello del privato accreditato.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziale del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accreditamento definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA).

Tutte le azioni regionali avviate sono sistematicamente verificate e monitorate per il buon andamento dello stato di attuazione al fine di poter adeguare gli interventi a fronte di eventuali criticità che dovessero emergere.

I cittadini in carico per Dipendenza da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

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

- Adozione Decreti

b. Definizione requisiti comunità terapeutica per cittadini con disturbo da gioco d'azzardo

- Adozione Decreto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Ottobre 2021

1.2.9 Le malattie rare

La Regione Campania ha programmato l'organizzazione delle malattie rare sulla Legge n. 279/2001 che prevede:

- Organizzazione di rete nazionale (basata su reti regionali) delle malattie rare, con identificazione di presidi di riferimento ed expertise per gruppi/singole patologie;

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

- Creazione di registro nazionale (presso Istituto Superiore di Sanità), in cui confluiscono i dati dei vari registri regionali;
- Esenzione alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie (art. 5) e facilitazione in merito alla fornitura dei farmaci specifici ed all'accesso ai trapianti (art. 6);
- Adozione di criteri di appropriatezza ed efficacia come guida per la prescrizione delle prestazioni, a partire dall'elaborazione di protocolli (PDTA) da parte dei presidi e/o centri interregionali.

La storia delle patologie rare in Campania nasce con istituzione del Tavolo Tecnico regionale nel 2002, con l'istituzione del CCMR presso l'AOU Federico II nel 2009, e con l'attivazione del registro regionale nel 2011.

Successivamente nel 2012 è stato istituito (e rinnovato nel 2016) il Gruppo Tecnico di Lavoro degli Esperti in MR, sono stati organizzati corsi per medici e operatori delle AASSLL (2012/2016), sono stati predisposti PDTA per alcune MR (2014). Nel 2016 sono state istruite le domande per endorsement ministeriale per i Centri di Riferimento Europei. Una forte e sinergica collaborazione con le Associazioni dei pazienti ha rinsaldato la programmazione con i bisogni reali e ha migliorato i percorsi diagnostici e di cura.

Il recente DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA) ha implementato il precedente elenco delle patologie rare presenti nella L. n. 279/2001, ed esenti alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie. Nello stesso anno, il Tavolo Tecnico Regionale ha prodotto il primo "Piano regionale Malattie Rare e Percorso Diagnostico-Assistenziale del Malato raro" (DCA n. 48/2017).

L'anno 2018 è stato denso di cambiamenti, a cominciare dalla riorganizzazione del CCMR, con la sua nuova collocazione presso l'Ospedale Monaldi dell'AORN Dei Colli (DGCR n. 5 del 16.01.2018), e la definizione del nuovo staff direttivo (DCA n. 32 del 01.02.2018) alla implementazione del DCA n. 48/2017 con un nuovo decreto (DCA n. 61/2018) che rispondesse alla richieste del MEF; alla creazione dei tavoli di lavoro per aree tematiche, per rispondere agli obiettivi del DCA n. 61/2018 (definizione della rete; implementazione registro e flussi; PDTA e percorsi di presa in carico).

Di seguito vengono elencati i principali obiettivi raggiunti da gennaio 2018:

- Riorganizzazione del CCMR (DGCR n. 5/2018; DCA n. 32/2018);
- Organizzazione CCMR con personale dedicato (delibera AO Monaldi n. 10 del 04.07.2018);
- Implementazione Piano Regionale Malattie Rare (DCA n. 61/2018);
- Attivazione tavoli di lavoro per obiettivi DCA 48/2017 e n. 61/2018:
  - Creazione RETE Hub/Spoke;
  - Implementazione Registro;
  - Definizione PDTA;
  - Rete emergenze malattie rare;
- Telemedicina nelle malattie rare (DCA n. 30/2018);
- Rete MEC (D.D. n. 198 del 14.09.2018);
- Partecipazione al Progetto CREA Sanità per lo studio nazionale sui farmaci orfani.

Il modello assistenziale previsto per la Rete è quello Hub/Spoke a complessità crescente ma ben diffuso sul territorio campano per garantire la maggiore accessibilità ai servizi e la maggiore omogeneità di erogazione di prestazioni.

Conoscere il territorio e le sue potenzialità

Conoscere le potenzialità della Rete campana è stato uno degli obiettivi nati nel 2018 e che la Regione intende proseguire ed ampliare negli anni a venire, considerata la complessità e la multidisciplinarietà del tema. Sono state promosse le seguenti azioni:

- Mappatura della Ricerca in Campania (con organizzazione di 2 Congressi annuali);
- Mappatura Associazioni in Campania: Collaborazioni con Forum, UNIAMO, Cittadinanza attiva, associazioni indipendenti;
- Promozione Campagna di screening per il sospetto precoce di una Malattia Rara: "I 3 campanelli di allarme per le malattie rare", per pediatri/medici di base;
- Creazione di Guida/Fad per utilizzo registro malattie rare;
- Primo corso ASL su malattie rare - 3 Dicembre 2018, ASL Avellino.

Gli obiettivi principali per il futuro, definiti anche nel DCA n. 48/18 e DCA n. 61/18 sono incentrati su implementazione di:

- Centro Coordinamento malattie rare: implementazione del CCMR con nuove figure (assistente sociale) ed operatori volontari (medici in formazione: specializzazioni in igiene, medicina delle comunità, medicina del lavoro; farmacologi etc); collegamento del CCMR con le realtà aziendali dei presidi e del territorio; collegamento con il coordinamento delle associazioni; supporto alle iniziative regionali e del tavolo tecnico malattie rare;
- Rete Assistenziale: creazione rete Hub—>Hub; Hub—>Spoke; unità multidisciplinari; ambulatori ed unità dedicate; CUP dedicati;
- Registro: implementazione registro e collegamento agli altri flussi sanitari; omogeneità certificatori-prescrittori; analisi e correzione su prevalenza/frequenza certificati e mobilità;
- PDTA: definizione PDTA (e PAI, progetti individualizzati) come percorso e strumenti di presa in carico, al fine di favorire una "mobilità attiva";
- Ricerca: creazione del network della ricerca (collaborazione centri ricerca, attrazione fondi nazionali, europei, internazionali), collegamento presidi assistenziali con centri ricerca;
- Associazioni: creazione coordinamento associazioni campane;
- Formazione: implementazione corsi formazione medici di base, pediatri, medici del territorio/ASL;
- Informazione: implementazione di tutti i processi informativi (web e non web based);
- Prevenzione: creazione di sportelli informativi, brochure, campagne di prevenzione.

Obiettivi e Indicatori

a. Rete Assistenziale:
- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017;
- Presa in carico assistenziale multidisciplinare;
- Implementazione diagnosi genetica negli Hub;
- Collegamento con territorio e case-manager (MMG e PLS);
- Rete emergenze;
- Contrasto alla migrazione sanitaria

Definizione e collegamento della Rete (Hub-Hub; Hub-Spoke; UNIT Multidisciplinari), con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali

- Definizione ambulatori malattie rare negli 11 presidi della rete (CUP dedicato, collegato con CUP regionale)
- Implementazione Reti Europee (ERN)
- Collegamento presidi con rete genetica
- Definizione rete emergenze per le malattie rare

Finalità: Costruzione della rete assistenziale (creazione 11 Hub, rete Hub-Spoke, rete emergenze, potenziamento connessioni con rete europea, ERN), applicando i PDTA realizzati.

b. Registro:

- Collegamento presidi ed ASL; possibilità di implementazione con modulo presa in carico e prescrizione (gestione completa flussi sanitari);
- Decodificare la bassa prevalenza malattie rare (0,29% Regione Campania vs 0,53 Regione Puglia; dati OSSFOR - CREA SANITA');
- Attività svolta in collegamento con AREA VASTA – VENETO
- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017

- Collegamento Registro ad Anagrafe Sanitaria
- Implementazione Registro con Modulo presa in carico
- Implementazione Registro con Modulo prescrizione

Finalità: Riduzione della spesa/mobilità sanitaria, con collegamento dei flussi sanitari campani (come nel "modello Veneto") e miglioramento netto dell'offerta: diagnosi, presa in carico, spesa farmaceutica, anagrafe sanitaria.

c. PDTA:

- Rendere omogenei e validare a livello regionale alcuni PDTA già presenti a livello aziendale;
- Costruire Percorsi multidisciplinari intra- e/o inter-aziendali;
- Costruire la governance dei piani terapeutici;
- Migliorare la prescrizione farmaci fascia C;
- Attivare un CUP dedicato;
- Individuare per ogni Azienda Sanitaria personale e spazi per la realizzazione di ambulatori dedicati

- Definizione percorso regionale malato raro
- Definizione 30 PDTA regionali (patologie specifiche)
- Definizione percorsi aziendali

Finalità: identificazione PDTA e percorsi di diagnosi, presa in carico e terapia per persone con malattie rare.

d. Ricerca:

- Rafforzare i Centri ricerca con riconoscimento nazionale ed internazionale;
- Identificare e sostenere nuovi Centri;
- Costruire il network;
- Aumentare informazione/interazione tra i Centri nazionali ed Europei

- Anagrafe della Ricerca
- Implementazione informazione - Database Sito CCMR

- Network presidi - centri ricerca (“malattie senza diagnosi - unknown diagnosis disea-se” e “sviluppo di nuove terapie”)

Finalità: creazione di network clinica-ricerca.

e. Associazioni:

- Rafforzare la Collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Costruire una anagrafe associazioni e integrare le nuove realtà emergenti

- Anagrafe delle Associazioni
- Creazione coordinamento associazioni malattie rare

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

f. Formazione:

- Integrare la collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Predisporre programmi di formazione per medici e pediatri di base, medici ASL, specialisti;
- Predisporre una formazione specifica per la fase di transizione

- Corso/Congresso Medici Rete
- Corso ASL
- Master Campano/Internazionale malattie rare

Finalità: formazione medici e operatori sanitari; collaborazione con Regione e rettori per formazione medici specializzandi; collaborazione con direttori aziendali per formazione specifica.

g. Informazione:

- Garantire attenzione alle richieste di informazione per le malattie rare;
- Istituire e gestire un sito internet CCMR

- Implementazione Sito
- Eventi/brochure informativa

Finalità: informazione medici, operatori sanitari, cittadini

h. Prevenzione:

- Promuovere attenzione mediatica alle malattie rare;
- Utilizzare il sito internet CCMR per diffondere informazioni a utenti e operatori sanitari

- Screening metabolico
- Sportelli Informativi ASL e creazione "RETE ASL"
- Campagna di screening

Finalità: campagna di screening; screening neonatale

Scadenze

b. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
12 mesi (Entro Dicembre 2019)
16 mesi (Entro Aprile 2020)

24 mesi (Entro Dicembre 2020)

c. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

d. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

e. Entro Dicembre 2019)
Entro Dicembre 2020

f. 6 mesi (Entro Giugno 2019)
6 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

g. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020) – Scadenza Rispettata

h. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

i. Entro Giugno 2020

1.3 Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- Centralità del paziente;
- Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- Approccio Multidisciplinare;
- Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatoria per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l'offerta al fine di garantire all'utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- Equità di accesso;
- Appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmatori, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori eredo familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC.

Di seguito sono riportati gli obiettivi per il prossimo triennio, suddivisi in obiettivi generali della rete e obiettivi specifici.

A. <u>Obiettivi generali</u>

Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente.

Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione.

Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge.

La piattaforma interconnette in maniera interattiva e tracciante tutti gli snodi della rete, siano essi territoriali, ospedalieri, domiciliari, affinché l'intero processo di presa in carico possa essere trasparente e dominato.

L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

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

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio

- Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre
- Numero di MMG attivi in piattaforma

b. Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE

- Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Settembre 2019

B. Innovazione Tecnologica

La Regione intende promuovere lo sviluppo dell'innovazione tecnologica regionale sviluppando specifici programmi di acquisizione e razionalizzazione per le seguenti necessità:

- Acceleratori lineari;
- Protonterapia.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione e razionalizzazione ore di funzionamento acceleratori lineari

- Documento tecnico Radioterapia
- Numero ore di attività: % di crescita annua radioterapia pubblica
- Attivazione programma di Protonterapia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

C. Innovazione Organizzativo-Programmatica

La Regione Campania intende conseguire nel prossimo triennio nuovi obiettivi di qualità dei percorsi assistenziali ed il miglioramento continuo dei processi.

A tal fine programma di predisporre:

- Piano regionale della chirurgia robotica;
- Valutazione di fattibilità per un laboratorio centralizzato provinciale robotizzato per la preparazione farmaci antineoplastici;
- Certificazione SGQ PDTA, UMACA e Anatomia Patologica;
- Revisione periodica della mappa dei nodi della ROC.

Obiettivi e Indicatori

a. Migliorare i percorsi assistenziali in un'ottica di qualità dei processi

- Piano regionale della chirurgia robotica

- Numero di Certificazioni di qualità dei processi diagnostico-assistenziali
- Revisione periodica della mappa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

D. <u>Innovazione Clinica</u>

1. Realizzazione del Centro di immuno-oncologia

Le terapie immuno-oncologiche promettono benefici duraturi e la speranza di una sopravvivenza a lungo termine e di qualità per pazienti che prima avevano ben poche alternative di trattamento disponibili. Ad esempio, fino a un quinto dei pazienti con melanoma metastatico trattati con le terapie immuno-oncologiche è risultato ancora in vita dopo dieci anni. In passato, nessun altro trattamento era mai stato in grado di prolungare la vita di questi pazienti.

La seconda frontiera dell'immunoterapia è costituita dai CAR-T. Si tratta di un ramo di ricerca più giovane rispetto agli inibitori di checkpoint. Rappresenta un approccio diverso rispetto all'immunoterapia e consiste nell'ingegnerizzare i linfociti T del paziente per fare in modo che i nuovi recettori, su di essi generati, siano in grado di riconoscere le cellule malate. Questi farmaci sperimentali sono stati già testati con successo in pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta - dove mostrano oltre il 90% di successo nei bambini che resistono alle terapie tradizionali o che vanno incontro a una recidiva dopo le cure. Pertanto, le terapie immuno-oncologiche sono potenzialmente in grado di rivoluzionare il trattamento di molti tumori e possono avere un impatto positivo fondamentale sulla capacità del paziente di tornare alla vita lavorativa e di condurre un'esistenza sana e produttiva

Tuttavia, la scienza immuno-oncologica è tuttora in evoluzione, per cui, si programma di dotare la Regione Campania di un centro di immuno-oncologia per offrire a tutti i cittadini della Regione innovative ed efficaci cure contro i tumori.

Il nuovo centro è previsto che operi nell'ambito della ricerca traslazionale per fondere la ricerca di base e quella clinica con l'attività terapeutica e viene programmato presso l'IRCCS Pascale, in quanto lo stesso Istituto:

- Risulta attualmente Centro in grado di offrire le garanzie, richieste da AIFA in associazione alla Società di Ematologia e Fondazione Italiana Linfomi, per la somministrazione a base di CAR-T cells in termini di sicurezza dei pazienti, adeguata conservazione del prodotto e razionalizzazione dei costi;
- Assiste annualmente oltre 200 pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, maturando dunque un'esperienza documentata e disponendo di competenze e strutture adeguate alla somministrazione del prodotto;
- Ha già attivo da anni un percorso certificato JACIE per la somministrazione di terapie cellulari avanzate, con esecuzione di un adeguato numero di procedure all'anno.

Esso dovrà provvedere a:

- Definizione di opportuni percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti;
- Sviluppo preclinico e clinico di nuovi prodotti di terapia cellulare e di altre modalità immunoterapeutica nelle diverse patologie oncologiche;
- Progettazione e l'esecuzione di test di valutazione della risposta immunologica per studi clinici e preclinici;

- Coordinamento delle attività di raccolta materiale biologico destinato alle attività di ricerca in ambito biomedico; analisi della flora batterica intestinale e correlazione con la tumorigenesi;
- Sviluppo di vaccini antitumorali, terapia virale oncolitica, adoptive cell therapy, CAR-T cell therapy nei tumori solidi;
- Aggiornamento continuo del personale sui temi di maggior rilievo immunologico e oncologico, attraverso seminari, corsi e congressi e collaborazioni strette e costanti con i laboratori di riferimento in campo internazionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Innovazione clinica mediante realizzazione di un Centro di Immunoncologia per offrire a tutti i campani innovative ed efficaci cure contro i tumori, accesso alle cure nell'ambito della Medicina di Precisione e rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Realizzazione del Centro Regionale di Immunoncologia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

2. Realizzazione della Rete della Medicina di Precisione

La Medicina di Precisione in oncologia si basa sull'impiego di farmaci in grado di bloccare specifici meccanismi molecolari coinvolti nella progressione neoplastica e di biomarcatori per la selezione dei pazienti. I farmaci a bersaglio molecolare agiscono sui processi che consentono alla cellula neoplastica di sopravvivere e proliferare in maniera continua, di invadere tessuti e formare metastasi a distanza, di indurre la formazione di nuovi vasi sanguigni e di sfuggire alla attività del sistema immune. I biomarcatori sono caratteristiche del tumore che ci consentono di identificare i pazienti che possono beneficiare di specifici farmaci e sono spesso rappresentati da alterazioni genetico-molecolari della neoplasia. Dato che i tumori possono utilizzare diversi meccanismi molecolari per la loro crescita, solo la combinazione di biomarcatori e farmaci a bersaglio molecolare consente la realizzazione della Medicina di Precisione in oncologia.

L'introduzione nella pratica clinica di farmaci a bersaglio molecolare e biomarcatori ha avuto un impatto significativo sulla sopravvivenza di pazienti con neoplasie avanzate, per i quali spesso non sono disponibili valide alternative terapeutiche. Recentemente, agenti a bersaglio molecolare si sono dimostrati efficaci anche in pazienti con malattia resecabile ad alto rischio di recidiva. Inoltre, numerosi farmaci molecolari e corrispondenti biomarcatori sono in corso di sperimentazione clinica. Alcuni di questi agenti hanno dimostrato elevata efficacia clinica in pazienti con specifiche alterazioni genetico-molecolari, indipendentemente dalla localizzazione e dalla istologia del tumore. Ci si attende, pertanto, che la frazione di pazienti che nel prossimo futuro sarà trattata con farmaci mirati alle alterazioni genetico-molecolari delle neoplasie aumenti in maniera significativa.

Per garantire l'accesso ai farmaci biomolecolari, è indispensabile che i pazienti oncologici siano analizzati per la presenza dei biomarcatori approvati in pratica clinica. Una caratterizzazione genetico-molecolare estesa dei pazienti oncologici offre la possibilità di accesso a nuovi farmaci attraverso la sperimentazione clinica e costituisce il presupposto per la rapida introduzione di nuove terapie nella pratica clinica. Tuttavia, la selezione dei pazienti da sottoporre a screening genetico-molecolare, la interpretazione dei dati e la successiva scelta

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

Obiettivi e Indicatori

a. Accesso alle cure nell'ambito della medicina di precisione

- Incremento annuo del numero di pazienti trattati con farmaci molecolari e analizzati per biomarcatori

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

3. Ricerca traslazionale e sperimentazione clinica

Si intende rilanciare la ricerca come obiettivo prioritario della rete:

- Creazione nella piattaforma ROC dell'osservatorio delle sperimentazioni attive in Regione;
- Creazione di gruppo interaziendale per la selezione dei pazienti arruolabili in studi di fase 1 nei centri regionali abilitati;
- Creazione di un gruppo interaziendale per lo sviluppo della immunoterapia e dell'impiego del CAR-T nell'ambito delle neoplasie solide;
- Creazione di un gruppo interaziendale per la identificazione delle mutazioni potenzialmente target nei tumori solidi.

Obiettivi e Indicatori

a. Rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Numero di pazienti trattati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

E. <u>Piano sviluppo chirurgie oncologiche</u>

L'offerta per l'attività chirurgica inerente le patologie epatobilio-pancreatiche, polmone ed ovaio risulta attualmente carente. Nel triennio si intende colmare queste carenze. Si costituiranno centri di alta specializzazione ove si concentreranno gli investimenti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione

Scadenze

a. Annuale – Dicembre 2019-2020-2021

F. Affiancamento chirurgie esistenti

Così come già individuato nel DCA n. 98/2016, e sulla base delle risultanze del costituito tavolo di lavoro regionale ad hoc con le Aziende Sanitarie Locali, sono stati già programmati interventi di affiancamento biennali per le chirurgie dei Presidi Ospedalieri aderenti ai GOM, al fine di raggiungere i cut-off minimi previsti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

b. Incremento nuove chirurgie

- Incremento del numero di nuove chirurgie che superano annualmente i cut-off minimi previsti
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Arruolamento)
b. Entro Dicembre 2021 (Valutazione effetto sulla migrazione sanitaria)

1.3.2 Implementazione dei PDTA

Nel corso del 2017 e dei primi mesi del 2018 si è provveduto a condividere, con tutti gli oncologi dei CORP/CORPUS della Regione 19 PDTA, che coprono oltre il 90% della patologia oncologica, oltre il trattamento antiemesi in corso di chemioterapia, la radioterapia, nonché, i requisiti minimi del referto anatomopatologico, al fine di uniformare e rendere omogenei i comportamenti in ambito regionale.

In prospettiva triennale, le traiettorie programmatorio/gestionali relativamente ai PDTA prevedono:

- La revisione annuale, legata alle innovazioni cliniche e dei processi di cura dei PDTA pubblicati nei DCA di Marzo (DCA n. 19/2018) e Novembre (DCA n. 89/2018);
- Il monitoraggio e la valutazione, attraverso la piattaforma informatica della ROC, individuando, anche sulla base delle indicazioni di AGENAS nonché di gruppi di lavoro ad hoc costituiti e confermati nel DCA n. 89 del 5.11.2018, una serie di indicatori di processo e, via via, di esito, nella logica del miglioramento continuo della Qualità;
- La valorizzazione economica.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione PDTA adottati con DCA n. 19/2018 e n. 49/2018 con revisione annuale del processo

- Numero di PDTA che rispettano almeno il 75% degli indicatori
- Codifica in piattaforma dei 6 indicatori di processo e almeno 2 di esito

b. Revisione annuale dei PDTA

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

c. Valorizzazione economica dei PDTA

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

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

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Revisione annuale del 100% dei PDTA)
Entro Dicembre 2019 (Immissione in piattaforma degli indicatori)
Da Novembre 2020 (Monitoraggio dei PDTA per il rispetto degli indicatori)
b. Entro Novembre 2020 (Monitoraggio di almeno il 50% dei PDTA sul rispetto degli indicatori)
c. Entro Dicembre 2019

1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica

In Campania la popolazione residente di età compresa tra 0 e 19 anni è di circa 1.250.000 unità, pari al 21,9% della popolazione totale. Su tale popolazione incide per il 16,7% l'età pediatrica (tra 0 e 14 anni, circa 900.000 soggetti) e per il 5,2% quella adolescenziale (tra 15 e 19 anni, circa 350.000 di soggetti).

L'incidenza stimata dei tumori maligni (malattie emolinfoproliferative o tumori solidi) è di circa 170 nuovi casi per anno e per milione in età pediatrica, e 293 in età adolescenziale.

Si stimano pertanto, tra i residenti campani con età inferiore ai 19 anni, circa 265 casi di nuove diagnosi di tumore maligno per anno.

Attualmente in Regione Campania la risposta assistenziale è garantita principalmente da due Centri di III livello (Ematologia ed Oncologia pediatrica della AOU Vanvitelli e Dipartimento di Oncologia dell'AORN Santobono-Pausilipon), riconosciuti dalla Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP).

Circa il 24% dei ricoveri in ambito oncologico nell'età pediatrica ed il 35% di quelli in età adolescenziale sono effettuati fuori regione, con un alto costo sociale ed un impatto sulla mobilità passiva di circa tre milioni di euro all'anno.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di un Polo Unico Regionale di III livello per l'Oncologia Pediatrica mediante Protocollo di Intesa tra la AOU Vanvitelli e l'AORN Santobono-Pausilipon, con una attività di "Oncologia ed onco ematologia pediatrica" e conseguente Centro AIEOP unico, che costituirà il secondo centro nazionale per numerosità dei casi

- Indice della migrazione extraregionale per neoplasie infantili e trapianto di midollo (Riduzione, entro il termine di vigenza del Piano triennale del 40%)
- Indicatori di processo e di esito per la valutazione degli standard AIEOP

b. Costituzione della Rete Pediatrica Regionale per l'Oncologia Pediatrica, in analogia e collegamento con la già costituita Rete Oncologica Regionale

- Sviluppare, con la direzione del costituendo Hub Unico Regionale, azioni di formazione, organizzazione ed integrazione dei percorsi assistenziali, per la costituzione di un centro Spoke in ciascuna provincia;
- Integrare, nella logica di rete, altre funzioni relative all'iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatria di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei "fuori terapia", attività del volontariato)

- Affidamento, entro il termine di vigenza del Piano triennale di almeno il 60% dei pazienti a percorsi assistenziali decentrati nel post-diagnosi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Formalizzazione della costituzione del Polo Unico)
Entro Dicembre 2020 (Unificazione dei reparti di degenza)
Entro Dicembre 2021 (Completamento delle dotazioni tecnologiche)

b. Entro Giugno 2020 (Avvio del programma di formazione per gli Spoke e le articolazioni territoriali)
Entro Giugno 2021 (Definizione dei PDTA e delle "regole di ingaggio" della rete)
Entro Dicembre 2021 (Prima presa in carico di pazienti oncologici nei centri Spoke)

1.4 Il paziente acuto e post-acuto

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata, fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Un territorio da sempre poco credibile, se non per particolari esperienze legate alle individualità piuttosto che all'organizzazione, distretti scarsamente organizzati e poco accoglienti, rimodellati spesso su residui di vecchie USL e pertanto immodificati nel loro compito anche rispetto all'immaginario dell'utente, hanno contribuito a dirottare sempre di più il paziente verso l'ospedale. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Ormai da due anni la Regione Campania è impegnata in un forte cambiamento e una decisa riorganizzazione del territorio chiamato a svolgere il proprio compito quotidiano di supporto al bisogno e di governo della domanda di salute, ma anche riappropriandosi del ruolo di promotore di processi di prevenzione e riabilitazione, di assistenza residenziale e semiresidenziale, in sinergia e integrazione con il settore sociale, fino alla domiciliarità delle cure ed alla gestione della terminalità. È diventata credibile e fortemente richiesta l'assistenza domiciliare, seppure necessitante ancora di omogeneizzazione dei percorsi e dei processi di presa in carico, così come delle forme di prestazione dei servizi. Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dal mese di agosto 2018.

Queste ed altre azioni altrove descritte hanno permesso di ricondurre verso una specificità assistenziale delimitata a percorsi di emergenza e urgenza la domanda di assistenza ospedaliera che nel 2018 si attesta sotto i 160 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il riorientamento della domanda si associa ad una ricostruzione della Rete Ospedaliera, riconfigurata secondo gli standard nazionali previsti dal D.M. n. 70/2015, che permette il varo di livelli crescenti di strutture ospedaliere, nella garanzia delle proporzioni per bacini di utenze e ricondotti alla normalità per discipline quali punti di erogazione, in una sana e corretta integrazione con il privato accreditato e gli ospedali religiosi.

1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021

Con DCA n. 103/2018 la Regione Campania riceve l'approvazione Ministeriale del Piano della Rete Ospedaliera, come da verbale della seduta congiunta dell'11.04.2019 trasmesso nel corso del mese di maggio

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

2019. A partire da tale periodo la Regione Campania produce il proprio cronoprogramma di attivazione del Piano Ospedaliero per la compiuta realizzazione dello stesso entro il triennio 2019-2021.

In conseguenza del nuovo DCA è necessario attivare i seguenti processi di aggiornamento documentale e valutazione tecnica:

- Attivazione di uno specifico studio per la valutazione dei dati Volumi ed Esiti, basati sulla disamina delle SDO 2018 e I semestre 2019, finalizzati alla individuazione delle ulteriori UOC eccedenti come da cronoprogramma;
- Costituzione della Commissione regionale di valutazione dei nuovi Atti Aziendali discendenti dall'applicazione del DCA n. 103/2018;
- Monitoraggio della applicazione delle Reti Tempo dipendenti e completamento del processo istruttorio per le reti Ictus e Trauma.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Gruppo di lavoro per la valutazione Volumi/esiti finalizzato alla individuazione delle UOC eccedenti

- Costituzione e avvio Gruppo di lavoro
- DCA con individuazione UOC eccedenti, tenendo conto anche della vigenza contrattuale dei titolari di S.C.

b. Ricezione e valutazione Atti Aziendali prodotti in applicazione del DCA n. 103/2018

- Costituzione Commissione Regionale per la valutazione Atti Aziendali

c. Attivazione dei nuovi DEA di I livello come previsti nella rinnovata programmazione

- N. DEA di I livello attivati

d. Riduzione dei punti di erogazione in eccesso, sia in esito al DCA n. 103/2018 che in applicazione del processo di valutazione Volumi/esiti

- Documento di programmazione per l'individuazione dei punti di erogazione in eccesso

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
Entro Novembre 2019 (Richiesta dati e analisi SDO 2018 e I semestre 2019)
Entro Dicembre 2019 (Individuazione UOC eccedenti)

b. Entro Novembre 2019 (Costituzione Commissione Regionale)
Entro Dicembre 2019 (Ricezione degli Atti Aziendali)
Entro 90 giorni dall'approvazione della rete territoriale adozione degli Atti Aziendali

c. Entro 2 mesi dall'approvazione dei rispettivi Atti Aziendali (Richiesta alle AASSLL di predisporre un cronoprogramma per l'attivazione dei DEA di I livello di nuova programmazione)

d. Entro Giugno 2020

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

1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti

La riconfigurazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza/urgenza permette di conseguenza l'identificazione dei Nodi delle Reti tempo/dipendenti e la conseguente capacità di migliorare la qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi previsti per le procedure d'urgenza salvavita.

Una coerente programmazione di edilizia ospedaliera sorregge la programmazione regionale e permette nel triennio la sua completa implementazione, in ordine alle strutture ed alle necessarie tecnologie, sia in ammodernamento che in innovazione.

A. Rete Cardiologica

Con DCA n. 64/2018 è stata adottata la Rete Cardiologica Campana in funzione dell'organizzazione della Rete Ospedaliera vigente. Attiva dall'agosto 2018 copre completamente l'intero territorio regionale. Il modello organizzativo è quello Hub/Spoke e vede l'ingresso nel sistema dell'emergenza/urgenza sia delle AOU che di alcune strutture private accreditate (alcune dotate di Pronto Soccorso, altre con accettazione h24 per le urgenze cardiologiche). Tuttavia la rete approvata con DCA n. 64/2018, a seguito dell'approvazione della nuova programmazione della Rete Ospedaliera, viene soggetta a rielaborazione per alcuni punti che hanno modificato la loro collocazione nella matrice dell'emergenza/urgenza.

I percorsi assistenziali sono governati da specifici PDTA allegati al documento di programmazione, supportati da collegamenti informatizzati capaci di trasmissione di rilevazioni ecografiche con lettura da remoto e successiva valutazione per la presa in carico corretta del paziente.

Il sistema 118 integra perfettamente la Rete IMA ed è coordinato ai bacini di utenza collegati ai rispettivi Spoke e Hub.

Sono previste azioni periodiche di monitoraggio dell'efficienza del sistema a carico di una struttura di coordinamento regionale, così come sono previste azioni di "manutenzione" della rete a cadenza annuale.

È programmata una azione di comunicazione e informazione al cittadino per la conoscenza del sistema e per diffondere nozioni di promozione della salute e conoscenza delle modalità di allerta della Rete.

Sono aperti vari tavoli tecnici per la gestione del post-acuto sia rispetto alla Sindrome Coronarica acuta, sia allo Scompenso Cardiaco che alla Fibrillazione Atriale, per la presa in carico post-evento.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione coordinamento regionale
- Insediamento coordinamento regionale

b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
- Report di monitoraggio

c. Valutazione annuale ed eventuali azioni correttive
- Report di valutazione

d. Azione di informazione e comunicazione regionale
- Campagne informative e di comunicazione

e. Adozione PDTA per il post-acuto

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

- Decreto di adozione

f. Implementazione dei PDTA del post-acuto

- Grado di implementazione dei PDTA

Scadenza

a. Entro 30 giorni dal DCA di adozione del Piano Ospedaliero (Insediamento coordinamento regionale)
b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
c. Annuale – Gennaio 2019-2020-2021 (Valutazione ed eventuali azioni correttive)
d. Entro 3 mesi dal DCA di revisione rete IMA (Azione di informazione e comunicazione regionale)
e. Entro dicembre 2019 (Adozione PDTA per il post-acuto)
f. Implementazione dei PDTA del post-acuto nel 2020/2021 con valutazioni e monitoraggio di indicatori preordinati

B. Rete Ictus

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete Ictus coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete sono state emanate a livello regionale. Ciò anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Ictus al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

Il modello organizzativo previsto è quello Hub/Spoke, governato mediante PDTA basati su evidenze scientifiche.

L'obiettivo è garantire la trombolisi sistemica entro 3 ore dall'esordio dei sintomi e ricovero in stroke unit e, ove necessario trattamenti endovascolari d'urgenza in unità di Neuroradiologia Interventistica e/o Neurochirurgia.

All'esito della definizione finale della Rete dell'Emergenza/urgenza la Regione Campania decreta la rete ICTUS corredandola di documenti tecnici e PDTA per l'uniformità dell'assistenza, tenendo conto dei bacini di utenza e del correlato sistema 118.

La Rete Ictus viene necessariamente collegata, mediante specifico PDTA, alla disciplina di Neuroriabilitazione (codice 75) e altri setting del post-acuto e dell'assistenza territoriale, come previsto dal DCA n. 23/2015.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Ictus in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Ictus in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 – Scadenza Rispettata

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

C. Rete Trauma

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete trauma coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Sono stati infatti identificati i vari punti a diversa intensità di assistenza (CTS, CTZ e PST) correlati alla tipologia di presidio, secondo le prescrizione del D.M. n. 70/2015.

Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete, così come approvata dal Ministero, sono state emanate a livello regionale.

Particolare attenzione è stata riservata alla gestione dei traumi maggiori prevedendo la costituzione in ogni PS di un Trauma Team, anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Trauma al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

La Regione deve strutturare specifici PDTA per il Trauma maggiore, per il Trauma in età pediatrico e per altre tipologie specifiche di paziente o di condizione clinica. Sono già adottate schede tecniche di rilevazione della gravità del Trauma, condivise con un Gruppo di lavoro centrale che costituiranno la base per l'adozione di documenti tecnici strutturati complessivi clinici e organizzativi.

La rete Trauma viene necessariamente collegata per la gestione del post-acuto alle discipline codice 56 ed all'assistenza territoriale per l'area riabilitazione, come da specifico DCA n. 69/2017.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Trauma in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Trauma in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019

1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta

In Regione Campania con il nuovo Piano della Rete Ospedaliera, l'assistenza si arricchisce di una componente finora trascurata: la degenza post-acuta e l'alta specialità riabilitativa. Tali discipline a lungo neglette e poco considerate sono invece una delle chiavi di volta del sistema dell'emergenza/urgenza perché consentono un fluido percorso del paziente da un'assistenza ad alta intensità di cura verso un'assistenza dove la degenza è più protratta ma orientata al recupero ed alla riabilitazione, necessari complementi alla buona esecuzione di PDTA predefiniti.

La Regione Campania, in armonia con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», promuove un uso appropriato dell'ospedale che garantisca al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni.

Evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva la presa in carico globale del paziente in fase acuta tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

Come evidenziato dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni-Province autonome il 10 febbraio 2011, la comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo esige che all'interno delle organizzazioni ospedaliere, pubbliche e private, sia garantito un modello organizzativo idoneo ad assicurare la precoce valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo della persona già nelle UU.OO di degenza per acuti ai fini dell'erogazione tempestiva dei trattamenti necessari e dell'attivazione del percorso assistenziale più appropriato.

Risulta fondamentale in tale fase l'individuazione, nell'ambito della definizione del Progetto riabilitativo individuale, del setting di cura più appropriato per la fase post-acuta, che tenga conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

La riabilitazione post-acuta in regime di ricovero ospedaliero è riservata alle persone che richiedono un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore ed è appropriata nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti, ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante.

E' articolata in:

- Riabilitazione intensiva, rivolta a persone con disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;
- Riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore.

La Riabilitazione Intensiva viene erogata in U.O. di Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) e in U.O. di Alta Specializzazione: Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28).

Tale tipologia di assistenza è di norma erogata nella fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero e di lungodegenza post-acuzie sono erogate nelle U.O. cod. 60.

Con il nuovo Piano di programmazione della rete ospedaliera la Regione Campania ha previsto un significativo potenziamento dei posti letto per tali tipologie di assistenza al fine di soddisfare la domanda di assistenza post acuzie, ridurre le giornate di degenza inappropriata nei reparti per acuti nonché ridurre il rilevante fenomeno di mobilità passiva.

Risulta necessario migliorare l'offerta qualitativa della riabilitazione ospedaliera attraverso la definizione di specifici standard strutturali, tecnologici ed organizzativi per tali tipologie di assistenza.

Per il miglioramento dell'appropriatezza e l'efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera la Regione Campania, ha già definito linee di indirizzo su specifici percorsi di presa in carico della persona con patologie a rilevante impatto sulla disabilità (ictus, frattura di femore, BPCO) individuando, tra gli indicatori di performance, il trasferimento dei pazienti con bisogno di riabilitazione ospedaliera direttamente dai reparti per acuti.

Si provvederà, in coerenza con il decreto ministeriale sui criteri di appropriatezza per l'accesso alla riabilitazione ospedaliera, all'adozione di atti di indirizzo regionali sui criteri di eleggibilità dei pazienti ai fini dell'ammissione ai trattamenti ospedalieri, sotto il profilo di:

- Severità della condizione clinica/evento morboso/trauma causa del ricovero ospedaliero;
- Intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione disciplina regionale sui requisiti specifici dei setting di riabilitazione ospedaliera e relativi criteri di eleggibilità dei pazienti

- Numero requisiti setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti

b. Incremento numero pazienti, ricoverati in setting di riabilitazione ospedaliera, trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti

- % di SDO, relative a ricoveri in reparti per acuti, riportanti il seguenti codice di "modalità di dimissione": "8" = trasferimento ad istituto di riabilitazione
- % di SDO, relative a ricoveri in setting di riabilitazione ospedaliera, con i seguenti codici di "provenienza" del paziente": "4" = trasferito da istituto pubblico; "5" = trasferito da istituto privato accreditato; "6" = trasferito da istituto privato non accreditato; "7" = trasferito nello stesso istituto da altro tipo attività di ricovero o da altro reg. di ricovero

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Definizione requisiti specifici setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti)

b. Annuale - Entro Giugno 2020-2021 (Verifica % pazienti ricoverati in reparti/strutture di riabilitazione ospedaliera trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti)

1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in materia di attività trasfusionale servizi e prestazioni individuate dall'art. 5 della legge 21 ottobre 2005 n. 219, così come recepiti dal DPCM n. 15 del 12.01.2017, prestazioni che rappresentano LEA.

Il D.M. n. 70/2015 prevede che le strutture trasfusionali siano organizzate e dimensionate in base all'ambito territoriale di riferimento ed alla complessità del presidio di appartenenza. Il dimensionamento dei poli di lavorazione e qualificazione biologica viene programmato sulla base degli standard previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012.

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

La Regione Campania con DCA n. 42/2014 aveva definito la propria Rete Trasfusionale in funzione della preesistente Rete Ospedaliera ed aveva provveduto ad istituire i Dipartimenti sovraziendali di Medicina Trasfusionale.

L'attuale revisione della Rete Ospedaliera con l'identificazione di nuovi DEA di I livello richiederà una rimodulazione della Rete Trasfusionale, il loro dimensionamento, una nuova governance e una rimodulazione delle competenze.

E' necessario che la nuova Rete sia in grado di fronteggiare tutti i compiti di supporto trasfusionale corrente ed al contempo sappia rispondere alle esigenze emergenti connesse con i nuovi obblighi (accreditamento e rispondenza alle linee guida delle Buone norme di fabbricazione – GPGs).

La riorganizzazione della rete ospedaliera, e la auspicabile riduzione della mobilità sanitaria rimoduleranno i fabbisogni ed in tale ottica va garantita la sostenibilità del Sistema.

Una completa integrazione con le reti cliniche (urgenza-emergenza-trapianti) risulta strategica al fine di poter garantire sia le attività di diagnosi e cura che le attività di produzione, con particolare riguardo alla funzionalità dei Poli di lavorazione e qualificazione biologica, su cui impattano considerevolmente gli adempimenti previsti dal sistema regolatorio e di controllo di matrice europea, soprattutto per quanto riguarda la produzione di plasma per uso industriale.

L'integrazione con le Reti Cliniche renderà altresì indispensabile la ridefinizione delle competenze sulla terapia aferetica sia all'interno della disciplina trasfusionale sia nel rapporto con le atre discipline allo scopo di evitare sprechi e duplicazioni.

Così come accaduto in tutto il paese, anche in Campania si è verificato un calo di donazioni a causa soprattutto di:

- Modifiche demografiche con aumento della popolazione anziana le cui necessità assistenziali assorbono una maggiore quota di fabbisogno trasfusionale e contestuale riduzione delle fasce di età giovanili che riducono il turn over dei donatori periodici. La minore sensibilità delle fasce giovanili della popolazione unite a stili di vita non sempre sani non garantisce il necessario ricambio tra le generazioni;
- Una evoluzione del quadro epidemiologico delle malattie trasmissibili, soprattutto per i patogeni emergenti, conseguente alla mobilità dei cittadini e ai mutamenti climatici ed alle conseguenti misure restrittive sulle donazioni per tener conto della sicurezza trasfusionale;
- Una maggiore difficoltà per il reclutamento di nuovi donatori periodici e organizzazioni delle raccolte.

Ciò impone uno sforzo promozionale concordato a livello centrale che metta in sicurezza l'autosufficienza regionale.

Occorre inoltre conferire nuovo impulso e una rinnovata organizzazione alla Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali per una programmazione ed un monitoraggio centrale ed efficace delle attività della rete trasfusionale realizzando una piena integrazione della suddetta struttura all'interno dell'organizzazione regionale.

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

Va necessariamente consolidato e manutenuto il processo di accreditamento con i risultati raggiunti nel corso del 2017 e 2018, garantendo le strutture con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015, così come è necessario procedere ad un importante adeguamento dei sistemi infrastrutturali di rete (reti informatiche e reti di trasporto).

Vanno iniziati i processi di accentramento produttivo e consolidati quelli di validazione biologica, previsti dalla programmazione regionale.

Una costante attività di Formazione a tutti i livelli del personale afferente all'intero Sistema Trasfusionale va programmata periodicamente secondo un piano formativo regionale ed aziendale.

Azioni di integrazione forte con il settore Farmaceutico regionale sono finalizzate ad uno stretto monitoraggio ed una più razionale distribuzione dei plasmaderivati ottenuti in conto lavorazione, con conseguente contenimento della spesa, tramite un coordinamento con la Direzione dell'area Regionale farmaceutica.

È necessaria inoltre una stretta integrazione con il Centro Regionale Trapianti per la governance relativa alla raccolta di cellule staminali.

Infine, è necessario procedere alla revisione delle procedure di autorizzazione-accreditamento istituzionale, ispezione e controllo, con audit di parte seconda, al fine di rendere coerenti i percorsi di autorizzazione-accreditamento istituzionale e ispezioni e controllo così come previste dalla Regione e quelli di parte seconda previsti dalle Aziende di frazionamento industriale del plasma, ai fini della qualificazione dei Servizi Trasfusionali come fornitori di materia prima per i plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione" da plasma nazionale, anche in prospettiva delle ridefinizione nazionale dei criteri di accreditamento.

Obiettivi e Indicatori

a. Informatizzazione della rete trasfusionale in conformità al decreto n. 42/2014 e accentramento delle attività di lavorazione nei tre poli individuati dal decreto n. 42/2014

- Configurazione informatica di almeno un polo di lavorazione
- Avvio della gara di informatizzazione rete trasfusionale regionale
- Consegna di una scheda di rilevazione dello stato dei requisiti strutturali e tecnologici di almeno 2 poli di lavorazione
- Conclusione gara informatizzazione
- Ristrutturazione poli di lavorazione
- Accentramento nei tre poli di lavorazione

b. Messa in atto di una campagna promozionale per la donazione di sangue e plasma Regionale su base semestrale o annuale e monitoraggio trimestrale dei dati di produzione e consumo di emazie e richiesta di un piano di attività per i Strutture Trasfusionali (ST) con deficit di produzione maggiore al 5% rispetto al pari periodo dell'anno scorso

- Partenza della campagna promozionale estiva e riduzione del 50% delle UO con deficit di produzione emazie maggiori del:
  - 5% nel 2019;
  - 80% nel 2020;

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

- 100% nel 2021

c. Riorganizzazione della struttura tecno-amministrativa per la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC)

- Adozione del regolamento di funzionamento SRC e reperimento nuova sede

d. Conclusione dell'intero percorso di audit di verifica e AC requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi delle ST e delle unità di raccolta (UdR) fisse e mobili

- Accreditamento regionale di almeno 90% delle strutture visitate

e. Organizzazione di corsi di formazione annuali per:

- Personale operante nelle UdR;
- Personale infermieristico delle ST;
- Personale tecnico delle ST;
- Personale medico e biologo delle ST;

- Effettuazione di almeno tre corsi nel 2019

f. Formalizzazione dei debiti informativi delle farmacie verso la SRC e implementazione di protocolli per il buon uso degli emoderivati

- Invio e ritorno delle scadenze di rilevazione:
  - 50% di farmacie nel 2019;
  - 75% di farmacie nel 2020;
  - 95% di farmacie nel 2021
- N. protocolli buon uso emoderivati

g. Accreditamento Jacie Fact per le unità di raccolta Cellule Staminali

- Individuazione delle unità di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari
- Verifica dei fabbisogni tecnologici/strutturali
- Formazione della Commissione congiunta CRT/SRC e stesura della pianificazione degli accreditamenti Jacie Fact
- Accreditamento o riaccreditamento Jacie Fact 7.0 di tutte le unità di raccolta

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021

2. Programma 2: La salute nelle comunità

2.1 La salute nella comunità

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Al momento la Regione è stata certificata dal Ministero della Salute circa il raggiungimento del livello programmato degli obiettivi previsti dallo stesso piano per il 2017.

È stata approvata, in sede di Conferenza Stato-Regioni-PA, la proroga della vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 a tutto il 2019. Tale approvazione ha previsto la possibilità di rimodulazione parziale delle progettualità inserite nei Piani Regionali, tenuto conto delle criticità evidenziate nel triennio in corso.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi sociosanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

La pianificazione regionale, pertanto, è stata orientata al superamento della frammentarietà di singole azioni progettuali focalizzate su singoli obiettivi e ha privilegiato una logica di piani/programmi/azioni tra loro coerenti, coordinati e sinergici creando o rinforzando le condizioni, anche organizzative, affinché i PRP si incardinassero nella più ampia programmazione regionale e aziendale e nei relativi sistemi di monitoraggio.

2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute

Al fine di assicurare un'idonea governance aziendale della funzione per la promozione della salute, ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 501 del 01.08.2017 è disposta l'istituzione del Coordinamento delle attività di Educazione e Promozione della Salute (EPS) che trova collocazione unitaria in tutte le Aziende Sanitarie Locali nel Dipartimento di Prevenzione, con funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico, valutazione e monitoraggio delle attività di educazione e promozione della salute.

Tra i compiti del Coordinamento è previsto quello di effettuare annualmente una rilevazione delle attività di promozione in essere realizzate dalle strutture aziendali di competenza sui diversi temi e nei diversi setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro e strutture sanitarie) e delle nuove proposte di intervento e valutarle sulla base dei criteri di buone prassi (di cui agli allegati 3 e 4 del DGR n. 501/2017) e dei risultati raggiunti e/o previsti.

In base degli esiti del lavoro di rilevazione e valutazione delle attività di EPS le AASSLL elaborano il "Programma attuativo aziendale intersettoriale di promozione ed educazione alla salute" ed il "Catalogo delle attività di EPS offerte alle scuole".

Al fine di avere un quadro delle attività di promozione della salute attuate su tutto il territorio regionale dalle AASSLL, nei diversi setting per temi e fasce di età, la Regione Campania si è posta l'obiettivo di realizzare un Sistema di Monitoraggio Regionale sugli interventi di Promozione alla Salute.

Il Sistema di Monitoraggio ha quindi lo scopo di rilevare i dati sulle attività individuate quali buone prassi per temi/setting/ target che si sono realizzate in ciascuna azienda e permettere alle AASSLL ed alla Regione la realizzazione di report quantitativi/qualitativi dove si riportano anche i punti di forza e le criticità emerse nel corso della realizzazione delle attività al fine di valorizzare, rafforzare ed estendere quanto di significativo e utile è in atto e poter intraprendere azioni per il superamento delle criticità riscontrate.

Obiettivi e Indicatori

a. Pianificazione e realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute codificati come buone pratiche realizzati nei diversi setting da ciascuna AA.SS.LL

- Coinvolgimento del Gruppo di Coordinamento Regionale per la Promozione della Salute istituito con D.D. n. 12 del 24.01.2018 per l'individuazione degli indicatori per temi/setting/target
- Creazione di un data base per il monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute
- Trasmissione alle AA.SS.LL per la compilazione

Scadenze

a. Entro Gennaio 2019 – Scadenza Rispettata

2.1.2 La promozione della salute

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolar riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento in Regione Campania, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersettorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella prospettiva di "Salute in tutte le Politiche".

In particolare emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI Campania, nell'ambito delle specifiche prerogative sancite dall'atto statutario dell'Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo

importante nel favorire comportamenti salutari in tutte le fasce di età promuovendo l'attività fisica e sportiva, nonché l'educazione ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita sano.

Obiettivi e Indicatori

a. Monitoraggio degli interventi di promozione della Salute codificati come buone pratiche realizzati per ciascun tema oggetto di EPS da ciascuna AA.SS.LL

- Realizzazione di un Report aziendale sullo stato di implementazione delle attività previste sul territorio delle AASSLL
- Trasmissione Report aziendali alla Regione

b. Coinvolgimento del CONI della Campania al fine di favorire e promuovere progetti ed iniziative comuni a sostegno della attività motoria e dei corretti stili di vita, che preveda che il CONI si impegni a rendere gli spazi propri o di enti affiliati contesti promotori di salute contrastando il tabagismo, l'uso di sostanze psicoattive o dopanti, il consumo di alimenti non salutari (ad esempio snack ipercalorici, bibite dolci, etc.)

- Costituzione di un gruppo di lavoro composta da esperti individuati a livello regionale e da rappresentanti del CONI
- Elaborazione e condivisione di una proposta di Intesa tra Regione Campania e Comitato Regionale CONI della Campania in tema di Promozione della Salute
- Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra Regione Campania e CONI della Campania e approvazione con delibera della Giunta regionale

Scadenze

a. Annuale – Entro Marzo 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019

2.1.3 La medicina di genere

L'evoluzione della Medicina nel corso degli ultimi 30 anni ha orientato le cure verso una maggiore personalizzazione, specie nelle terapie innovative che giungono a studiare variabili biologiche inevitabilmente (e finalmente) correlate anche al genere. Insieme ad altre considerazioni relative a considerazioni socio-culturali ed ambientali, il tema della Medicina di Genere si sta presentando allo studio ed all'osservazione della sanità con una nuova forza. Incidenza e prevalenza di alcune patologie differenziate per genere non possono più sottacere l'individuazione di un settore di ricerca e approfondimento in tale direzione: la Regione Campania non intende sottrarsi a una riflessione sull'argomento, orientando parte della sua programmazione ad una visione prospettica differenziata, capace di esaltare in positivo le differenze prestando attenzione ad una disparità di fondo di fatto esistente.

Non è ideologico rappresentare quanto alcune patologie decorrano nella loro storia naturale in maniera differenziata nel genere femminile, così come l'efficacia terapeutica e gli esiti di salute esprimano una rappresentazione difforme rispetto all'atteso, tenendo conto che la maggior parte dei trials clinici vengono condotti su pazienti di genere maschile e su essi viene generalmente orientata la ricerca.

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

Sostanziare i motivi di una differenza di genere non è compito della Regione Campania, piuttosto dei propri ricercatori che sono chiamati ad approfondire il tema e valorizzare intuizioni e risultati di ricerca che possano migliorare il livello di salute dei propri cittadini.

Tenendo conto che il 51% della popolazione campana è costituita da popolazione di sesso femminile, diventa doveroso aprire questo tema ed affrontarlo in maniera strutturata, nel perseguire anche su questo argomento un percorso di equità.

La Regione Campania intende dunque sostenere e sostanziare la forza di una Medicina di Genere che nell'approfondimento delle tematiche scientifiche, sostenute da Evidenze e Ricerca, permetta di configurare un approccio a sensibilità differenziata verso i pazienti, individuando aree specifiche e indicatori appropriati per una sanità più vicina al genere femminile, così come è universalmente riconosciuta la necessità di una medicina in età pediatrica che riconosce nel bambino specificità cliniche, metaboliche, psichiche del tutto non riconducibili ad un mero frazionamento di individuo.

È abbastanza diffusa la consapevolezza che le donne accedono di meno ai servizi sanitari e spendono di meno in out of pocket per se stesse, generando per sé outcome più negativi rispetto ai pazienti di sesso maschile.

"La medicina di genere vuole descrivere le differenze nella prevenzione, nella diagnostica e nella terapia di tutte le malattie, e non necessariamente quelle che prevalgono in un sesso o nell'altro o le patologie dell'apparato riproduttivo" recita un incipit di un documento del Ministero della Salute.

La Regione Campania, nel voler adottare e implementare il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" (in attuazione art. 3, co. 1, Legge 11.1.2018, n. 3), programma dunque l'istituzione di un Gruppo di Lavoro dedicato che avrà come obiettivi la promozione di:

- Ricerca scientifica rivolta al genere femminile;
- Formazione e informazione agli operatori sanitari sulla Medicina di Genere;
- Aumento dell'inserimento delle donne nei trials clinici;
- Approfondimenti nei PDTA di percorsi dedicati al genere femminile:
- Individuazione sistematica del genere nella raccolta dati per studi di utilizzo e accessibilità dei servizi sanitari.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di gruppi di Lavoro interdisciplinari e su tematiche specifiche
- Numero gruppi di lavoro istituiti

b. Produzione linee di indirizzo regionali
- Numero linee guida regionali prodotte

c. Informazione e formazione al personale sanitario sulle tematiche di Medicina di genere
- Numero di eventi divulgativi regionali ed aziendali

d. Conoscere e valutare le attività di ricerca dedicate alla medicina di genere
- Ricognizione delle attività ospedaliere e territoriali esistenti rivolte alla Medicina di genere

e. Costituire una rete con le Associazioni di cittadini /pazienti per la ricezione delle istanze assistenziali

- Proposta di accordo di collaborazione con Associazioni di cittadini/Pazienti e n.ro accordi sottoscritti/anno

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Almeno 1 per anno)
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Valutazione delle attività)
d. Entro Giugno 2020 (Richiesta alle Aziende di ricognizione dell'offerta assistenziale in materia)
Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Realizzazione di una mappa dell'offerta sanitaria aggiornata)
e. Entro Giugno 2020

2.1.4 La genitorialità consapevole

L'ambito della genitorialità ha visto un profondo cambiamento nell'attuale clima culturale e sociale. Tali modificazioni, in modo particolare, hanno portato ad un diverso modo di vivere la maternità con richieste di assistenza da parte di donne gravide e puerpere sempre più complesse e difficili da soddisfare. I cambiamenti nel modo di vivere questo evento e nelle richieste di assistenza impattano in modo importante sia sul personale del SSR che sullo stato emotivo della donna e della coppia.

La DG per la Tutela della Salute e coordinamento del SSR ha programmato e condiviso con i Dipartimenti Materno-Infantili delle 7 Aziende Sanitarie Locali il sostegno alla genitorialità consapevole attraverso un percorso di implementazione e potenziamento delle attività territoriali (da erogare in ciascuna ASL sulla base della popolazione residente).

Nell'ambito della implementazione dei servizi territoriali, la Regione Campania sta rivolgendo particolare attenzione alle attività multidisciplinari svolte dai Consultori Familiari, istituiti dalla Legge 29 luglio 1975, n. 405.

La Legge n. 34/1996 prevede un Consultorio Familiare (CCFF) ogni 20 mila abitanti e la norma richiamata nei LEA mira a garantire alla donna e al partner, durante tutto il percorso nascita, le prestazioni erogate gratuitamente dalla struttura dedicata del SSR.

Il piano regionale di sostegno alla genitorialità consapevole e all'intero percorso nascita mira ad aumentare la consapevolezza della popolazione circa le attività di sostegno alla coppia sin dal periodo del concepimento fino ai primi anni di vita del bambino.

Il DPCM 12 gennaio 2017, nel ridefinire i nuovi LEA, ha delineato all'articolo 24, una riqualificazione delle attività consultoriali relativa ai seguenti ambiti:

- Maternità, paternità e procreazione responsabile; consulenza preconcezionale;
- Sterilità e infertilità, procreazione medicalmente assistita;
- Tutela della salute della donna, diagnosi precoce dei tumori genitali femminili;
- Assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'assistenza del neonato;
- Percorso IVG: presa in carico della donna con sostegno psicologico pre e post IVG e offerta attiva e gratuita di metodi contraccettivi per la riduzione delle IVG ripetute;

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

- Valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- Assistenza ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento dell'offerta dei servizi attraverso l'estensione degli orari di apertura pomeridiani e/o sabato mattina

- Numero dei consultori regionali estende l'orario di apertura al pubblico (Aumento di almeno il 30%)

b. Monitorare le attività offerte dai consultori familiari regionali

- Sviluppo di un software informatizzato unico regionale per il monitoraggio delle attività

c. Garantire maternità, paternità e procreazione responsabile con consulenza preconcezionale, e cura della sterilità e infertilità (procreazione medicalmente assistita PMA), attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali su PMA omologa ed eterologa

d. Tutelare la salute della donna attraverso la diagnosi precoce dei tumori genitali femminili, attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali sullo screening per HPV

e. Aumentare di almeno il 10 % il numero di gravide che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Indicatore desumibile dall'anagrafe vaccinale regionale opportunamente implementata dai centri vaccinali e dalle U.O. di Ginecologia e ostetricia

f. Offrire una assistenza qualificata ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti, con l'obiettivo di aumentare del 10% il numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti

- Numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati

g. Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche, con l'obiettivo di aumentare di almeno il 10%/anno il numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL nel periodo 2019-2021

- Numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

e. Entro Dicembre 2021
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro

A. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

La completa definizione ed implementazione dei presupposti normativi indicati dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (insediamento e regolare funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/2008 ed ex DPCM 21.12.2007, dell'Ufficio Operativo Regionale (UOR) e degli Organismi Provinciali (OP) con i relativi Nuclei Operativi Integrati (NOI) ex DPCM 21.12.2007) consente alla Regione Campania di programmare l'attività territoriale specifica indicando priorità ed obiettivi cui puntare ai Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIMLI) e Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle sette AASSLL. Così pure il raggiungimento annuale, fin dalla loro istituzione, degli obiettivi indicati dal Comitato ex art. 5 D.Lgs. n. 81/2008, favorisce il monitoraggio degli eventi infortunistici e tecnopatici che si verificano.

Per la Regione Campania la Policy per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro costituisce un riferimento fondamentale ed essenziale finalizzato alla comprensione dei principi cui si ispira ogni azione dell'organizzazione, nell'ottica della salute e sicurezza di tutti, e a cui tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo e alle responsabilità assunte, senza tralasciare di mettere a disposizione risorse organizzative, strumentali ed economiche con l'obiettivo di migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, attraverso i Servizi delle AASSLL si punterà in particolare a:

- Ridurre al minimo i rischi per la salute e sicurezza di tutto il personale che accede ai luoghi di lavoro;
- Migliorare in modo continuativo le prestazioni in relazione alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e le relative modalità di gestione;
- Promuovere in tutta la Regione una "cultura della sicurezza", cioè l'adozione di comportamenti basati sulla tutela della propria e altrui sicurezza e salute, attraverso continui programmi di formazione e informazione.

Le strategie che saranno adottate affinché tali obiettivi vengano raggiunti, mirano ad attivare un Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute sul luogo di Lavoro (SGSSL), come parte integrante di tutte le organizzazioni lavorative. Ci si impegnerà ad affrontare gli aspetti della sicurezza di tutte le attività aziendali esistenti e la programmazione futura, come aspetti rilevanti della propria attività attraverso una verifica della organizzazione delle strutture aziendali così come previsto dalla normativa vigente: Datore di lavoro, Dirigenti, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Preposti, Addetti alla sicurezza, Personale dipendente, in modo tale che tutti siano partecipi, secondo le proprie responsabilità e competenze, per raggiungere gli obiettivi di sicurezza loro assegnati.

Sarà assicurato un ruolo prioritario all'informazione sui rischi aziendali affinché sia diffusa a tutti i lavoratori e alla formazione degli stessi attraverso aggiornamenti specifici in riferimento alla mansione svolta, garantendo la consultazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro.

La recentissima approvazione del disegno di legge da parte del Consiglio dei Ministri, di ratifica della Convenzione n. 187 del 2006 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro di Ginevra sul "Quadro

promozionale per la salute e sicurezza sul lavoro" darà la possibilità ai Servizi operanti nelle 7 AASSLL di avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute. Definita nel 1986 dalla Carta di Ottawa come un processo che permette alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla, la promozione della salute sul posto di lavoro. In coerenza a quanto esposto nell'Atto di Indirizzo per l'anno 2019 del Ministero della Salute, adottato il 27 settembre 2018, saranno programmate azioni di promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità. Saranno predisposti specifici programmi formativi tendenti a considerare l'età come un aspetto della diversità nella valutazione dei rischi.

Obiettivi e Indicatori

a. Avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità

- Numero di programmi di approfondimento adottatati da ciascuna ASL
- Numero di corsi di formazione per tutto il personale SIML e SPSAL

b. Creazione di una banca dati e stampa di opuscoli sulle risultanze degli audit e delle ricerche effettuate

- Numero di aziende coinvolte nel programma informativo attraverso la distribuzione degli opuscoli

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Creazione di scheda – questionario e individuazione delle aziende da sottoporre allo studio)
Entro Giugno 2020 (Acquisizione del numero di lavoratori del campione distinto per sesso, età, mansioni, tipologia contrattuale tramite audit effettuati presso le aziende a campione)
Entro Giugno 2020 (Distribuzione schede-questionari e ritiro delle schede)
Entro Dicembre 2020 (Formazione del personale RSPP, ASPP, DL, RLS, MC atta a promuovere il raggiungimento di una migliore cultura dell'organizzazione aziendale attraverso la conoscenza dei rischi degli specifici comparti in riferimento all'età anagrafica dei lavoratori)

b. Entro Giugno 2020 (Distribuzione degli opuscoli al personale delle aziende ai Datori di lavoro e Medici competenti e associazioni datoriali)
Entro Giugno 2021 (Elaborazione e studio epidemiologico dei dati)

B. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

Il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro nella Regione Campania passa necessariamente attraverso la assoluta conoscenza delle criticità presenti sul territorio e non può prescindere da una fotografia puntuale dello stato di salute della popolazione lavorativa.

Gli ultimi anni, caratterizzati da un quadro di notevole recessione economica, hanno visto una decisa trasformazione economica del tessuto produttivo nazionale e regionale, con una crescita dei rapporti di lavoro a tempo determinato ed una grande dilatazione degli impieghi a tempo parziale, favorendo lo sviluppo di molte attività nel settore terziario e l'impiego di professioni a bassa qualifica.

Il quadro occupazionale si presenta quindi notevolmente più invecchiato e più istruito rispetto a prima, con un aumento relativo della presenza straniera e femminile specialmente nei settori alberghiero e della ristorazione in generale, oltre che nell'agricoltura e nei servizi.

In tale contest il gap territoriale si è accentuato a sfavore delle regioni meridionali.

In questo contesto generale particolare attenzione va rivolta al settore dell'Edilizia, tenendo ben presente il calo del numero delle imprese con la perdita di migliaia di posti di lavoro che ha determinato l'impoverimento del settore con possibili ripercussioni sulla sicurezza.

Risulta di tutta evidenza quindi che la programmazione della prevenzione non può prescindere da tali considerazioni, e che le azioni da mettere in campo non possano non tenere presente il profondo cambiamento in atto nel mondo del lavoro.

Per fare ciò si dovrebbero concentrare le risorse organizzative, strumentali ed economiche al fine di ottenere la conoscenza quanto più precisa possibile delle patologie cronico-degenerative presenti nella popolazione lavorativa, in aggiunta al dato sulle patologie professionali favorendo l'emersione di quelle sotto notificate in Campania, con particolare riferimento a quelle gravi (Neoplasie), alle attività a maggior rischio (Agricoltura ed Edilizia), alle patologie stress lavoro-correlate e muscolo-scheletriche, alla esposizione ad agenti cancerogeni.

Obiettivi e Indicatori

a. Approfondire la conoscenza del contesto socio-economico, occupazionale ed epidemiologico al fine di legare le azioni di prevenzione all'analisi territoriale

- N. di aziende e lavoratori coinvolte nel programma formativo

b. Avviare programmi di approfondimento volti alla riduzione delle cause di malattie professionali ed alla emersione di quelle sotto notificate ed alla riduzione di infortuni legati alla condizione di salute dei lavoratori

- % di incremento del numero di malattie professionali notificate nella popolazione lavorativa analizzata
- % di riduzione degli infortuni sul lavoro

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Stipula di accordi tra la Regione Campania attraverso il Coordinamento ex art. 7 e gli enti Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Dicembre 2020 (Analisi del contesto socio economico ed epidemiologico delle aziende della Regione Campania nei comparti Edilizia, Agricoltura e Servizi attraverso il coinvolgimento delle banche dati Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Giugno 2021 (Valutazione della popolazione lavorativa con particolare riferimento al livello di qualificazione professionale attraverso l'analisi delle banche dati)
Entro Dicembre 2021 (Sensibilizzazione delle aziende attraverso i D.L. per una formazione specifica e un addestramento mirato del personale sotto qualificato attraverso gli enti bilaterali)

b. Entro Giugno 2020 (Analisi delle banche dati Inail art. 40(segnalazioni Medici Competenti) e flussi informativi)

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

Entro Dicembre 2020 (Analisi dei dati con il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei Medici Competenti degli RLS, RSPP e D, L)
Entro Dicembre 2021 (Pubblicazione di un report dei risultati emersi per una migliore attività di vigilanza da parte dei servizi IMl e PSAL delle AASSLL)

2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all'alimentazione zootecnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell'articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di vigenza. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall'ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I laboratori dedicati all'esecuzione delle analisi ufficiali sono individuati dal PRI nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e nell'ARPAC. In Regione Campania tali AC, sia di livello regionale che territoriale, sono certificate UNI EN ISO 9001:2015 ed utilizzano esclusivamente procedure documentate standardizzate in tutto il territorio regionale. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR – DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche alle AASSLL l'estrazione dei dati per monitorare l'andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l'inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).

Il "Macroprocesso C.U." del Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali può essere così schematizzato:

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

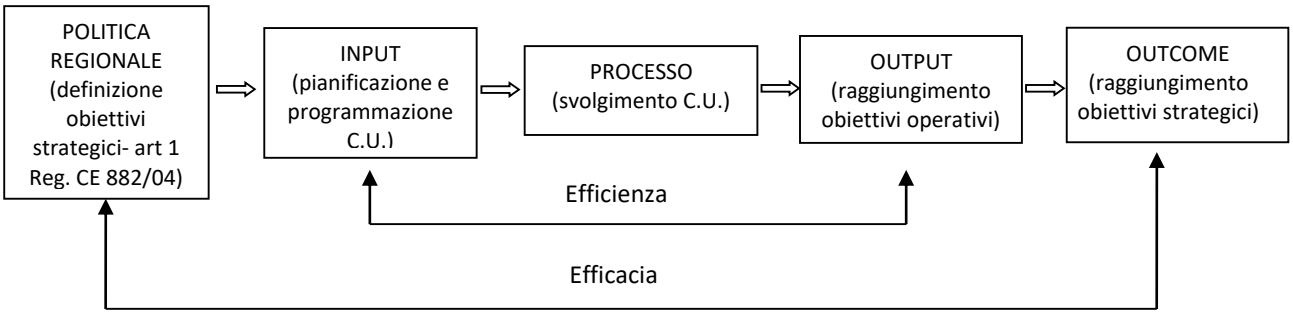


Figura 7: Macroprocesso C.U.

Il PRI prevede la classificazione dei campi in macroaree e settori, è necessario a livello regionale applicare un'articolazione più specifica e dettagliata che rappresenti meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Pertanto, l'elenco delle macroaree e settori riportato nel PNI è stato sostanzialmente ampliato suddividendo alcuni settori e prevedendone altri specifici, in modo da rappresentare al meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Tale elenco, riportato schematicamente di seguito, funge anche quale "audit universe", cioè definisce gli argomenti degli audit interni di settore ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Macroaree							
Alimenti	**Sanità animale**	**Mangimi**	**Benessere animale**	**Sanità delle piante**	**Sottoprodotti**	**Farmaci veterinari**	**Altro**
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	**Anagrafe**	**Mangimi**	**Benessere Animale**	**Controlli sul territorio**	**Sottoprodotti di origine animale**	**Farmacovigilanza**	**Zoonosi nell'uomo e M.T.A.**
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitarie		Speriment. Animale	Fitosanitari	Materiale specifico a rischio	Farmacosorveglianza	Ambiente
Qualità merceologica	Riproduzione animale						Igiene urbana veterinaria e lotta al randagismo
Produzioni Agroalimentari Regolamentate							Sistemi rapidi d'allerta
Acque Potabili e Minerali							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati ad una alimentazione particolare							
Materiali a contatto con gli alimenti (MOCA)							

Tabella 5: Elenco delle macro-aree e dei settori

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante.

Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

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

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

Tabella 6: Categorie di rischio

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSLL per garantire l'esaustivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha subito nel PRI 2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni (Regione → AASSLL) e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- Nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- Valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- Follow up di audit precedenti.

Alcune tipologie di supervisione previste dal DCA n. 97/2010, come quelle per valutare il livello di know how del personale sanitario e quelle mediante simulazione, sono effettuate, sia a livello regionale che territoriale per garantire processi di miglioramento e di uniformità, con il supporto tecnico-scientifico di personale del Polo Didattico Integrato (PI), attivato con la DGRC n. 867/2010, che integra tra l'Università, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZSM) ed il Sistema Sanitario regionale, per migliorare contestualmente sia la didattica che il livello qualitativo dei controlli ufficiali.

Tale sistema regionale di gestione degli audit interni e supervisione ai sensi degli art. 4 punto 6 e art. 8 paragrafo 3 del Reg. CE 882/2004, prevede un percorso di gestione dei conflitti d'interesse. In particolare, il

personale del Nu.Re.C.U. viene escluso dall'esecuzione di tali attività presso l'ASL di provenienza e, inoltre, tutto il personale del Nucleo regionale sottoscrive all'atto della notifica del piano annuale di audit un apposito modello (MOD. H – Nu.Re.C.U.) per la dichiarazione di assenza/presenza di conflitti di interessi.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale la affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato. Il Piano formativo regionale viene elaborato sia in relazione alle nuove normative e procedure, sia sulla base delle criticità afferenti le performance del personale sanitario rilevate nelle relazioni del PRI relative agli anni precedenti. In tal senso nel corso del 2019 è stato inserito nel piano, tra gli altri, il corso "I controlli ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017" per garantire i necessari approfondimenti sulle novità introdotte dalla citata normativa comunitaria, la cui entrata in vigore è stabilita nel 1° gennaio 2020. Il corso prevede anche una sezione specifica sulla certificazione ufficiale per i prodotti alimentari destinati all'esportazione (Capo VII del Regolamento n. 625/2017).

Il sistema regionale prevede una programmazione basata sui rischi sia a livello regionale, attraverso l'analisi dei dati pregressi delle attività di controllo a cura dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA) nonché la declinazione degli obiettivi strategici nazionale e regionali, sia locale dalle stesse AASSLL, nell'elaborazione dei propri documenti di programmazione attraverso l'approfondita conoscenza delle realtà territoriali, agevolata dall'anagrafica del sistema informatico GISA che include la categorizzazione delle imprese sulla base del rischio. Particolare attenzione nella programmazione regionale assume la ristorazione pubblica e collettiva, per la quale è stato attivato dalla Giunta regionale (DGRC n. 97/2017) uno dei Centri di Riferimento Regionale (CRIPAT) del Polo Didattico Integrato, che affianca la Regione nella programmazione e le AASSLL nella fase operativa, anche attraverso la definizione di procedure standard ed una formazione specifica, alimentando quel processo di crescita in tutta la Regione nella gestione del rischio legato a questo delicato settore della filiera alimentare.

Per garantire l'efficienza e l'efficacia del sistema dei controlli occorre anche adeguare i laboratori ufficiali alle esigenze di campionamento previste dal Piano Regionale Integrato. A tale scopo la programmazione regionale prevede una fase preliminare di confronto con l'IZSM di Portici e l'ARPAC, al fine di ottimizzare le risorse ed evitare ritardi nella refertazione delle analisi, attraverso l'efficienza e la coerenza delle analisi della rete dei laboratori ufficiali. Per assicurare che le prove analitiche siano accreditate (art. 37 reg. 625/2017) è previsto che i campioni prelevati dalle AASSLL, seppur sempre accettati presso le sedi provinciali ove insiste l'ASL, siano trasferiti a cura dei laboratori presso le sedi in grado di eseguire le analisi con metodo accreditato, anche attraverso la rete nazionale degli IIZZSS e delle ARPA.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Tale obiettivo comporta la puntuale esecuzione delle profilassi di Stato che, tuttavia, nel settore bufalino trova difficoltà legate alla particolare sensibilità della specie e a carenze nelle misure di biosicurezza aziendali in alcune aree delle province di Caserta e Salerno, nelle quali insiste la maggior parte del patrimonio bufalino. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

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

- Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;
- Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale.

Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacosorveglianza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

Obiettivi e Indicatori

a. Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile

- Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro-alimentare

b. Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente

- Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi
- Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi

c. Riduzione del fenomeno del randagismo canino e delle popolazioni sinantropiche

- Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indici nazionali

Scadenze

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

2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporne la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

Infine va detto che gli studi e le analisi condotte nell'ambito della epidemiologia da rischio ambientale si configurano inizialmente come studi descrittivi di popolazione, finalizzati alla sola descrizione degli eventi osservati ed alla possibile rilevazione di correlazioni tra dato sanitario e dati ambientali; solo studi successivi, di carattere analitico e con utilizzo di dati personali e non di popolazione, disegnati ad hoc sulla base delle ipotesi di correlazioni fatte dagli studi descrittivi, potranno entrare nel merito di possibili nessi di causalità tra evento sanitario rilevato e fattore di rischio individuato.

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

La Regione Campania ha provveduto già a costituire a tal fine un gruppo di lavoro permanente, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coordinamento Sistema Sanitario Regionale, che veda al suo interno l'Agenzia Regionale protezione Ambientale (ARPA), l'Istituto Sperimentale Zooprofilattico Meridionale (IZSM), i responsabili degli otto Registri Tumori attivi in Campania, il responsabile del Registro regionale delle malformazioni, i responsabili dei Servizi di Epidemiologia Aziendali.

Tale Gruppo ha già avviato i processi che sono propedeutici agli obiettivi sotto elencati, programmati per il triennio 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementare sull'intero territorio regionale un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi regionali in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti

- Pubblicazione di un atlante regionale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2013
- Pubblicazione di un atlante regionale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2015
- Pubblicazione di un atlante regionale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2017
- Pubblicazione di un report regionale riferito alle malformazioni e difetti congeniti per il periodo 2003/2015
- Pubblicazione di un report descrittivo riferito alle fonti di rischio ambientale regionali aggiornato al 2017

b. Linkage dati di incidenza oncologica, mortalità generale e specifica per causa, ricoveri ospedalieri, malformazioni e difetti congeniti, con dati ambientali con un dettaglio comunale

- Pubblicazione di un report regionale sui risultati del linkage dati effettuato

c. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, in almeno una ASL regionale

- Pubblicazione di mappe di rischio ambientale dell'ASL di riferimento con dettaglio comunale e sub-comunale su dati di incidenza oncologica e mortalità generale e specifica per causa
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

d. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale

- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale;
- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

Scadenze

a. Entro Giugno 2019 (con aggiornamento biennali) – Scadenza Rispettata
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020
d. Entro Dicembre 2021

2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania

La Legge n. 6/2014 investe in Sanità su modelli preordinati che tuttavia sono stati programmati e realizzati in applicazione del DCA n. 38/2016.

È parere di questa Regione Campania, alla luce delle attività svolte e dei risultati ottenuti, nonché della mancata soluzione del quesito relativo al nesso di causalità tra rifiuti e tumori, che così come impostato, l'intervento non sia stato predisposto nella sua complessità. Le attività previste dal documento tecnico sono pressoché routinarie, poco rispondenti ad una straordinarietà di azione che la popolazione attende.

L'impostazione del DCA n. 38/2016 basata su proposta dell'ISS non ha impattato ancora positivamente sugli stili di vita della popolazione, sulle buone pratiche di salute, sul consenso culturale alla prevenzione ed alla cura di sé.

La Regione ha compreso che pur nella continuità della visione e delle azioni previste dalla Legge n. 6/2014, per quanto riguarda l'area sanitaria, occorre modificare approcci e paradigmi, passando da interventi settoriali, a silos, ad interventi integrati ed in parte combacianti, tali da intercettare ogni possibile interconnessione tra i determinanti di salute che impattano sulla popolazione, a cominciare dallo studio delle matrici ambientali.

Il nuovo paradigma che si intende sostenere ed esplorare è la valutazione sull'impatto salute, dei diversi fattori ambientali, delle loro inferenze, interferenze e sovrapposizioni, che costituiscono nel loro insieme la reale mappa del rischio dei cittadini campani.

I vari tavoli aperti con le Procure hanno permesso ai tecnici della Regione Campania di ragionare anche con il livello giudiziario e sistematizzare una serie di dati che fino a ieri erano frammentati e incompleti.

La Regione Campania pertanto con Deliberazione di Giunta n. 180 del 24.04.2019 ha approvato il nuovo modello di attività, in adesione al Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti sottoscritto con il Governo Italiano presso la Prefettura di Caserta nell'ottobre del 2018. La Deliberazione n. 180/2019 ha come oggetto "Approvazione del Documento Programmatico 2019-2021: Programma di attività di implementazione del Piano di Azione per il contrasto dei roghi dei rifiuti. Monitoraggio ambientale, studio ed approfondimento della salute della popolazione residente in aree a rischio".

In questo programma, che riflette in particolare l'azione 1.2 del Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti, vengono anzitutto coinvolti tutti i principali azionisti della salute in Campania, sia sotto il profilo dell'assistenza che della ricerca, del mondo accademico, dell'ambiente.

Le azioni principali previste possono così riassumersi:

- Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico);
- Monitoraggio dinamico che segue riscontri diretti oltre che le indicazioni programmatiche di routine;
- Individuazione di potenziali sorgenti di contaminazione, di vario tipo e dimensione, superando l'attribuzione amministrativa comunale alla Terra dei Fuochi e le distorsioni da essa generata;
- Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening);
- Correlazione tra dati ambientali e coorti di pazienti per la costruzione di modelli di valutazione di esposizione;
- Dall'analisi ambientale alla produzione di linee guida e costruzione di data base regionali (Catasto pozzi emungimento acque);
- Ricerca e sperimentazione di metodologie efficaci per bonificare le matrici ambientali;
- Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita: campioni giornalieri per 1 anno);
- Individuazione sorgenti emissive – studi di biomonitoraggio;
- Azioni di miglioramento delle bonifiche ambientali;
- Innovazione nella ricerca sanitaria nel campo della medicina traslazionale;
- Sperimentazione nuovi modelli di approccio allo screening con il contributo consapevole del cittadino.

L'esperienza SEPS nel 2015 rappresenta il solco metodologico su cui si inserisce il presente Piano. Dallo studio di coorte prospettico individuato in SPES si transita con il nuovo Piano verso uno studio caso/controllo per la stima del rischio aggiuntivo di malattia in presenza di determinati livelli di contaminazione.

Sui soggetti malati si valuterà l'impatto dell'efficacia dei servizi sanitari (equità, rispetto dei PDTA, ecc).

Si prevede un'ulteriore azione di ricerca: SPEL, e cioè studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.).

L'ambito della ricerca prevede infine azioni in materia di trattamento aria e acqua, studi retrospettivi sul consumo delle acque, Water Safety Plans.

Resta da definire, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG. La Regione attiverà pertanto, all'atto dell'accordo, una specifica programmazione.

Si rappresenta tuttavia che già nella bozza di AIR, all'esame della delegazione trattante insediata presso la Direzione Generale Tutela della Salute, è stata prevista la partecipazione dei MMG a programmi di sorveglianza epidemiologica.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione atto di programmazione

- Adozione del Piano Regionale con Delibera di Giunta
- Adozione Decreto Dirigenziale di programma esecutivo e impegno di spesa

b. Definizione, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG

- Sottoscrizione procedure nazionali
- Incontri di lavori per la programmazione regionale della procedura concordata a livello nazionale
- Accordo regionale integrativo

c. Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico) con monitoraggio dinamico da riscontri diretti

- Numero pozzi esaminati/ numero pozzi censiti
- Catasto pozzi emungimento acque Regione Campania
- Emanazione Linee Guida regionali

d. Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening)

- Numero pazienti screenati per colon retto con nuovo approccio/numero pazienti totali screenati con vecchie procedure

e. Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita)

- Campioni giornalieri per 1 anno

f. Studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.)

- Adesione almeno del 70% della popolazione target

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 (Adozione con Delibera di Giunta)
Entro Ottobre 2019 (Adozione Decreto dirigenziale)
b. Entro Dicembre 2019 (Adozione procedure nazionali)
Entro Dicembre 2019 (Adozione accordo regionale integrative)
c. Avvio delle attività da Dicembre 2019
Entro Dicembre 2020 (Progressione in step semestrali con aggiornamento / conclusione)
d. Entro Gennaio 2020 (Avvio nuova procedura)
Aggiornamento in step semestrali: gennaio/luglio - valutazione annuale
e. Entro Gennaio 2020 (Avvio attività)
Entro Dicembre 2020 (Conclusione attività di campionamento)
Entro Marzo 2021 (Risultati)
f. Entro Gennaio 2020 (Definizione procedure di campionamento)
Entro Febbraio 2020 (Predisposizione della metodologia di osservazione)
Entro Marzo 2020 (Avvio sorveglianza)

3. Programma 3: Le leve strategiche dello sviluppo del SSR

3.1 Le politiche di prevenzione

Le attività di prevenzione rappresentano uno dei punti strategici e caratterizzanti delle politiche sanitarie del SSR; e ciò per un doppio ordine di motivazioni:

- Prioritaria salvaguardia dello stato di benessere delle comunità;
- Sostenibilità di costi sempre più alti dei percorsi di diagnosi e cura delle malattie.

Per tali motivi le attività di prevenzione si dispiegano in numerosissimi campi di azione e secondo le classiche declinazioni di prevenzione primaria, rimozione e/o attenuazione dei fattori determinanti le malattie, secondaria, anticipazione diagnostica, e terziaria, prevenzione dei fattori di possibile complicanze di patologie in atto e gestione di deficit e disabilità funzionali. Le attività di prevenzione su cui è impegnato il SSR sono descritte e valutate in modo puntuale nel Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRC n. 860 del 29.12.2015 e DCA n. 2 del 10.02.2016.

3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico "con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT.

Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50".

Tale approccio si basa sulla scelta di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e a facilitare la scelta di stili di vita corretti. In presenza, invece, di soggetti con già fattori di rischio comportamentali o intermedi, la scelta strategica è di diffondere le tecniche del counseling motivazionale, indirizzando i soggetti verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica).

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50". Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della "carta del rischio") una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

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

Tale coorte di età che risulta essere per il 70% bisognosa di interventi preventivi, è quella maggiormente sensibile e disponibile al cambiamento.

Tale studio quindi, in una prima fase sperimentale, si rivolge ai soggetti 50enni di entrambi i sessi, iscritti all'anagrafe sanitaria di almeno due Aziende Sanitarie Locali della Regione con il coinvolgimento del personale del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Sanitario delle AASSLL in collaborazione con i Medici di Medicina Generale attraverso specifici percorsi di prevenzione con l'obiettivo principale di ridurre il rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine attraverso il cambiamento degli stili di vita e/o l'individuazione ed il trattamento di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti.

Successivamente al termine della fase sperimentale, è prevista l'estensione delle metodologie e delle pratiche al resto delle AASSLL Campane ed a tutta la popolazione target 45-60 anni.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere. Visto che esperienze positive hanno evidenziato che le attività di promozione dell'esercizio fisico possono essere non solo efficaci, ma anche sostenibili e riproducibili nell'ambito di modelli organizzativi adatti alla realtà del Sistema Sanitario Regionale della Campania, nell'ambito delle attività di promozione della salute previsto dal programma B.5, è implementata la promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) per soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale. Tale forma di attività fisica, rivolta ai soggetti con fattori di rischio o affetti da MCNT (in particolare, diabete, sovrappeso/obesità, cardiopatie) in fase stabilizzata, nonché ai soggetti anziani (anche per la prevenzione delle cadute, evento che spesso ha esiti gravi o infausti), prevede la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate individuando obiettivi da perseguire, metodologie da adottare e target da privilegiare.

Obiettivi e Indicatori

a. Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50"

- Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia
- Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio
- Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso

b. Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate

- Numero di strutture, individuazione da parte delle AASSLL, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale

Scadenze

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

Promozione dell'accesso della popolazione immigrata agli screening oncologici

La particolare rappresentatività della popolazione immigrata in Regione Campania richiede specifici interventi in materia di prevenzione delle malattie croniche in questa popolazione.

Obiettivo della Regione Campania è la promozione dell'accesso della popolazione immigrata e delle categorie vulnerabili agli screening oncologici con il miglioramento dell'offerta dei programmi organizzati di screening attraverso interventi culturalmente competenti e innovativi ed azioni dirette di sensibilizzazione e di informazione, rivolte agli immigrati e alle altre categorie vulnerabili, utilizzando sia le ICT che gli strumenti tradizionali di comunicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Mappatura degli immigrati (per cittadinanza) presenti nei rispettivi bacini di utenza delle AASSLL Campane con l'utilizzo dei GIS, delle mappe e dei report per la conoscenza delle caratteristiche socio-demografiche (per cittadinanza) dei bacini di utenza dei servizi sanitari, per migliorare l'incontro tra "offerta" sanitaria e "domanda" da parte dei gruppi vulnerabili
- Realizzazione di due mappe tematiche (statica e dinamica)
- Realizzazione di n. 2 report regionali immigrati

b. Fornire agli operatori dei servizi, ai mediatori interculturali, agli operatori della scuola, ai medici di medicina generale ecc., strumenti e competenze necessarie per informare e sensibilizzare immigrati e altre categorie vulnerabili, in maniera culturalmente competente, sugli screening oncologici
- Realizzazione n. 10 Percorsi di formazione/azione destinati agli operatori dei servizi screening, MMG, istituzioni scolastiche, farmacisti, leaders di comunità mediatori interculturali
- Realizzazione minimo n.150 persone che superano i test di apprendimento/n. totale persone sottoposte a test

c. Sensibilizzare e informare la popolazione immigrata e le categorie vulnerabili riguardo agli screening oncologici
- Almeno il 20% di persone target che scaricano la App/n. di persone target in Regione
- Almeno il 20% di persone target che visualizzano lo spot video/n. di persone target risultanti dalle mappe tematiche prodotte dalla Regione

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultatiti tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia. Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica, sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a: anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia; ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon – retto e della cervice uterina.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021" la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

AASSLL, le quali dovranno far pervenire alla Regione la mappatura dell'esistente entro 30 giorni dalla data di adozione del DCA, e, dall'altro, si delineano le seguenti linee di indirizzo sulla base delle quali verrà poi definito il programma regionale soprarichiamato:

- Costituire, entro 30 giorni dall'adozione del documento di Programmazione Regionale, un gruppo di Coordinamento regionale degli screening;
- Provvedere, attraverso l'analisi delle criticità attualmente presenti, alla standardizzazione dei processi ed all'unificazione delle procedure di accesso attraverso:
- La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;
- La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;
- Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- Attribuire la responsabilità - non delegabile - di governance e di risultato al Direttore Sanitario Aziendale, il Direttore Sanitario risponde direttamente al Direttore Generale per la corretta allocazione delle risorse umane, strumentali e logistiche come da programmazione regionale ed entrambi rispondono del raggiungimento dell'obiettivo aziendale e regionale. Il mancato soddisfacimento dell'obiettivo regionale sarà sanzionato, ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del Patto per la salute 2010-2014;
- Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;
- Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- Implementare i processi informatici, a supporto della rete screening, attraverso la realizzazione della Piattaforma unica, a livello regionale, per la gestione dello screening oncologico, nell'ambito del Sistema Informativo Sanità Campania - SINFONIA. L'intervento già deliberato con la delibera n. 123 del 2 aprile 2019 prevede il potenziamento della capacità di Regione Campania in termini di governance e di efficacia nell'erogazione delle campagne di screening oncologico, utilizzando la leva tecnologica con la realizzazione di una piattaforma regionale dedicata. Tale piattaforma digitale consente sia la gestione dei programmi di screening, grazie ad un sistema standardizzato, sia il monitoraggio a livello locale e regionale delle attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL;
- Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

Obiettivi e Indicatori

a. Analisi dei processi dell'attuale organizzazione regionale degli screening organizzati di popolazione

- Relazione su criticità e punti di forza delle attuali procedure

b. Rimodulazione procedure operative

- Screening del colon retto - raggiungimento di una estensione dell'85% (1.513.842 persone da raggiungere) e di una adesione al 60% (908.305 persone da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 50/69 anni - raggiungimento di una estensione dell'85% (671.666 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (403.000 donne da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 45/49 (target 228.000 donne)
- Raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% (194.000 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (116.771 donne da screenare)
- Screening della cervice uterine - raggiungimento di una estensione dell'85% (157.361 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (94.416 donne da screenare)
- Relazione su carichi di lavoro e definizione figure professionali dedicate
- Documento regionale di rimodulazione procedure operative nella gestione degli screening organizzati di popolazione

c. Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening da condurre in collaborazione con le Università Regionali e l'Osservatorio Nazionale Screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale

- Documento di formalizzazione corsi di formazione

d. Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione

- Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening
- Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%
- Formalizzazione da parte delle singole AASSLL regionali di PDTA interaziendali e dei relativi GOM relativamente ai tumori oggetto di screening

e. Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

- Decreto regionale relativo alla implementazione dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

f. Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori eredo familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione eredo-familiare per colon mammella e ovaio

- Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso regionale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020 (Applicazione a regime Dicembre 2021)
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2020
f. Entro Giugno 2020 (identificazione e potenziamento dei centri di genomica);
Nel biennio 2020-2021 (copertura globale della valutazione del rischio per colon-retto, mammella e ovaio)

3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive

Nonostante il cambiamento e il miglioramento dell'epidemiologia delle malattie infettive verificatosi negli ultimi decenni, seppur con sfumature diverse, queste hanno ancora oggi un peso importante sullo stato di salute della popolazione generale.

La sorveglianza sanitaria nei confronti delle malattie infettive e diffusive assume una notevole importanza strategica nell'ambito del sistema sanitario regionale: una buona sorveglianza consente sia di conoscere l'andamento epidemiologico delle malattie, sia di programmare e valutare l'efficacia dei servizi addetti alla prevenzione e al controllo del contagio.

La sorveglianza ed il controllo devono garantire l'immediata raccolta sistematica dei dati, la loro aggregazione ed analisi e il ritorno e la diffusione delle informazioni che consentono azioni di prevenzione e di contenimento delle stesse.

L'instaurarsi di una buona comunicazione, anche in relazione a eventi acuti di cui si sospetti la natura infettiva, tra Sanità (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione), Scuola, Famiglia e ambienti ricreativi, può migliorare la tempestività della sorveglianza sanitaria permettendo interventi preventivi, post esposizione, coordinati ed efficaci.

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione.

Il presente programma include azioni orientate al miglioramento del sistema di sorveglianza, segnalazione, di accertamento diagnostico e di notifica delle malattie infettive.

A tal fine è necessario creare percorsi integrati con le AASSLL, specie con i consultori materno infantili, i centri vaccinali, identificando anche i farmacisti territoriali quali facilitatori nella somministrazione delle vaccinazione e nella formazione ed informazione anche in merito alla vaccinovigilanza.

La vaccinovigilanza è l'insieme delle attività di farmacovigilanza rivolte alla raccolta, valutazione ed analisi degli eventi avversi che seguono l'immunizzazione (Adverse Event Following Immunization - AEFI) e rappresenta un valido strumento volto a rendere sicuro l'uso dei vaccini, verificando costantemente efficacia e tollerabilità.

Obiettivi e Indicatori

a. Predisposizione di eventi informativi e incremento di campagne divulgative alla popolazione in tema di screening e vaccini

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero eventi formativi (almeno 2 eventi formativi/anno) e numero campagne divulgative (almeno 1 campagna divulgativa/anno)

b. Promozione attività di ricerca in termini di vaccinovigilanza

- Tipologia e numero di attività

c. Azioni finalizzate a migliorare le segnalazioni e la notifica delle malattie infettive al fine di controllarne e ridurne la diffusione, coinvolgendo i vari settori dell'Area Sanitaria (Direzioni Aziendali, Direzioni dei Distretti, Direzioni P.O. ed A.O.), i MMG/PLS e i laboratori. Adeguata comunicazione tra i diversi attori e sistematico monitoraggio delle attività.

- Numero incontri formativi rivolti al personale sull'inserimento della segnalazione delle malattie infettive nel PREMAL
- Realizzazione di un Sistema di alert precoce per l'identificazione certa dell'agente patogeno

d. Completa informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale per le vaccinazioni obbligatorie e l'adesione a quella nazionale.

- Numero di aziende che hanno completato l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali e l'adeguamento dei software

e. L'interoperabilità con il sistema informatizzato delle notifiche delle malattie infettive (PREMAL) e con l'anagrafe vaccinale regionale (GEVA) sia per una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive a livello regionale sia per la valutazione dell'efficacia degli interventi

- Realizzazione di un sistema di scambi informazioni tra PREMAL e GEVA

f. Diffondere le procedure al fine di contenere le malattie infettive attraverso la pubblicazione sui siti web regionali/aziendali di materiale informativo appositamente predisposto

- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web regionali
- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web aziendali

g. Messa a punto di una FAD gratuita sulle Linee di Indirizzo regionali sull'uso di antibiotici rivolta agli operatori delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e Universitarie

- Numero linee di Indirizzo regionali e della FAD da parte di tutte le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere

Scadenza

a. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2019 (Realizzazione di almeno un incontro annuale per azienda formativo ed informativo rivolto al personale sanitario coinvolto)
Entro Dicembre 2020 (Realizzazione del sistema di alert)
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019
f. Entro Dicembre 2019 (Pubblicazione sul sito web regionale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

Entro Dicembre 2020 (Pubblicazione sul sito web aziendale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

g. Entro Dicembre 2020

3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane

3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi

La formazione continua nelle organizzazione in sanità ha visto negli anni una sempre maggiore attenzione alla sostenibilità dei servizi erogati rispetto ai costi crescenti legati all'invecchiamento della popolazione, della sempre più ampia offerta di soluzioni diagnostiche/terapeutiche innovative e costose (che ne pregiudicano l'equità), all'analisi dei bisogni, alla progettazione, alla realizzazione e valutazione formativa che la Regione Campania ha promosso attraverso la gestione della formazione nelle Aziende sanitarie e Ospedaliere. Tuttavia è necessario adeguare l'offerta formativa, la sua equità e porre una particolare attenzione allo sviluppo di modalità innovative di apprendimento (e-learning, formazione sul campo) al fine di rendere la formazione sempre più vicina ai differenti e molteplici destinatari, nonché ai bisogni del cittadino/paziente consentendo agli operatori tutti di rispondere prontamente alle richieste dei medesimi anche alla luce dei nuovi LEA.

I percorsi formativi già attuati dalla Regione Campania hanno visto nel corso dell'anno 2018 l'emanazione del nuovo programma didattico del Corso di Formazione di Medicina Generale.

Il suddetto corso di formazione è teso a formare i futuri Medici di Medicina Generale, figure professionali indispensabili nel nuovo percorso che la Regione si accinge ad intraprendere con al centro il paziente ed un'assistenza territoriale che consenta una risposta immediata e qualitativamente più appropriata. Sono stati previsti percorsi formativi innovativi che consentono al medico nella programmazione formativa di essere operativo rispetto agli indirizzi regionali tesi alla prevenzione ed alla promozione della salute.

Obiettivi ed indicatori

a. È necessario individuare, attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi e delle esigenze regionali, linee strategiche per rafforzare e sviluppare una programmazione che sia in grado di rispondere alle politiche regionali di evoluzione degli standard ospedalieri e sviluppo degli standard relativi all'assistenza territoriale. Con l'ausilio della Commissione Regionale ECM e dell'Osservatorio Regionale ECM saranno definiti e sviluppati, anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche dedicate, modelli e strumenti a supporto della progettazione e valutazione formativa

- Numero linee di indirizzo regionali orientate all'integrazione dei bisogni formativi
- Strumenti volti a supportare l'attività di progettazione e valutazione dei fabbisogni formativi per migliorare la qualità dell'assistenza territoriale da parte delle Aziende Sanitarie

b. I processi formativi regionali saranno orientati a garantire delle connessioni tra il sistema aziendale di governo della formazione e lo sviluppo professionale all'interno delle strutture aziendali, in linea con la programmazione sanitaria regionale del triennio 2019 – 2021

- Numero processi formativi sviluppati per il miglioramento dell'assistenza territoriale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Analisi fabbisogni formativi per il miglioramento dell'assistenza territoriale);
Entro Dicembre 2020 (Piattaforma regionale di e-learning finalizzata alla connessione tra il sistema aziendale di governo della formazione e la programmazione sanitaria regionale)

b. Entro Dicembre 2021

3.2.2 I fabbisogni di personale

A seguito delle osservazioni dei Ministeri competenti fatte pervenire con il verbale del Tavolo di verifica del 25 luglio 2019, la Regione ha trasmesso da ultimo la nota n. 204 del 31.10.2019 con la quale ha provveduto a ritrasmettere le tabelle del personale in servizio al 31.12.2017 corrette dei refusi segnalati nel suddetto verbale.

Nel verbale del tavolo di verifica del 18 luglio 2018, Tavolo e Comitato rammentano che la corretta valutazione dei piani di fabbisogno di personale presuppone il completamento dell'attività programmatoria della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015.

Nelle more delle valutazioni ministeriali, al fine di adempiere a quanto richiesto dal D.M. del 8.5.2018 in materia, la Regione, con nota prot. 513158 del 3.8.2018, aveva invitato le Aziende sanitarie a procedere all'adozione, in via provvisoria, del piano triennale di fabbisogno del personale e di trasmettere lo stesso all'Amministrazione regionale al fine di effettuare la valutazione dello stesso.

La Regione aveva quindi proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro deputato alla valutazione istruttoria dei Piani Triennali dei fabbisogni di personale. Tale valutazione si è conclusa con l'emanazione dei DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 di ciascuna azienda nel rispetto dei parametri stabiliti dal DCA n. 67/2016, del tetto di spesa, del D.M. n. 70/2015 e del D.L. n. 161/2014, già trasmessi su piattaforma SIVEAS.

Nell'anno 2019, come stabilito dai DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 le aziende stanno procedendo alla predisposizione delle attività istruttorie per i PTFP 2019-2021 che saranno rimodulati in base al personale in servizio al 31.12.2018 assicurando, nell'ottica della programmazione regionale, l'implementazione della prevenzione, promozione della salute e assistenza sul territorio anche alla luce dei nuovi LEA. E' infatti noto che a seguito del blocco del turn over, negli ultimi dieci anni si è registrato un notevole depauperamento delle risorse umane e consequenziale riduzione dell'offerta sanitaria che ha contribuito alla congestione delle attività ospedaliere. Inoltre a seguito dell'intervento normativo in materia previdenziale si sta procedendo alla valutazione dell'impatto che lo stesso avrà nell'ambito del personale del SSR (quota 100 e opzione donna).

Pertanto la strategia regionale sarà orientata alla rimodulazione del fabbisogno di personale per tutti i Livelli di Assistenza al fine di rendere operative le AFT e UCCP consentendo un'adeguata risposta preventiva e assistenziale più vicina alle esigenze del cittadino/paziente che consentirà contestualmente un miglioramento dell'assistenza ospedaliera.

La rimodulazione del fabbisogno terrà conto dei risultati ottenuti attraverso le azioni già avviate di ricollocazione di personale specialistico in linea con le indicazioni dei tavoli ministeriali.

Obiettivi e Indicatori

a. Valutazione e approvazione regionale dei PTFP Aziendali 2019-2021

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

- Numero dei PTFP Aziendali approvati dalla Regione (17 PFTP approvati per il triennio 2019-2021)

b. Rideterminazione del fabbisogno regionale sia ospedaliero che distrettuale che della prevenzione, con particolare attenzione alla determinazione di standard più attinenti al miglioramento dell'attività di prevenzione e promozione della salute e assistenza erogata dai Distretti e l'attivazione delle AFT e UCCP per l'integrazione dei servizi

- Definizione di uno standard regionale per la declinazione del fabbisogno di personale

Scadenze

a. Entro Marzo 2020 (Valutazione e approvazione regionale dei PTFP Aziendali 2019-2021)
b. Entro Giugno 2020 (Definizione di uno standard regionale per la declinazione del fabbisogno di personale)

3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

La Regione Campania ha adottato con DCA n. 63/2010 le linee di indirizzo per la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale per definire procedure omogenee tra le aziende sanitarie al fine di razionalizzare e contenere la spesa del personale con particolare riferimento al blocco del turn-over ed in ossequio al principio che l'ammontare complessivo dei fondi correttamente determinato non possa essere superiore rispetto a quello dell'anno 2010.

Al fine di verificare l'esatta applicazione del DCA n. 63/2010 è stato costituito un apposito Organismo Regionale, di seguito Commissione Fondi (costituito con DCA n. 72/2010, pubblicato sul BURC n. 81/2010 e integrato con DCA n. 14/2011 e 101/2012).

Le attività della Commissione Fondi sono confluite nella "Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR", di seguito Commissione Personale, istituito con Decreto Commissariale n. 11/2017, pubblicato sul BURC n. 20 del 06.02.2017.

A seguito dell'emanazione del CCNL Area Comparto 2016/2018 e dell'emanazione del D.Lgs. n. 75/2017, sono state predisposte le Linee Guida per la determinazione dei fondi contrattuali anno 2018, nonché le linee di indirizzo e la corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale, giusto DCA n. 98/2018.

Già dall'anno 2016 la Struttura Commissariale ribadisce alle Aziende Sanitarie che in base a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 165/2001, l'erogazione di risorse in misura superiore all'importo deliberato sui fondi della contrattazione integrativa costituisce danno erariale.

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

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

Da ultimo, le Aziende Sanitarie sono state compulsate a disporre tutte le misure ritenute necessarie, con particolare riferimento a quelle previste con il Decreto Commissariale n. 98/2018, affinché per l'anno 2019 non vengano erogate risorse superiori agli importi deliberati dei fondi della contrattazione integrativa.

Si rileva, altresì, che a seguito delle azioni messe in campo dall'amministrazione regionale e nonostante il blocco del turn over si è registrata una graduale e progressiva riduzione dello sforamento tra deliberato ed erogato che ha visto il passaggio da uno sforamento pari a 62.664 €/000 del 2012 ad uno sforamento pari a 32.551 €/000 del 2015, fino ad uno sforamento negli anni 2016 e 2017 pari rispettivamente a ca. 14.928 €/000 e 14.705 €/000.

La Direzione Generale Tutela della Salute, con l'ausilio della Commissione spesa del personale continua ad effettuare una puntuale attività di monitoraggio diretta a verificare il ridimensionamento del fenomeno dello sforamento tra fondi deliberati rispetto ai costi sostenuti, richiedendo il recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva anche per il triennio 2019-2021, invitando le Aziende Sanitarie a portare a recupero, fatta salva la garanzia dei LEA, l'avanzo relativo al fondo fasce e al fondo specificità medica già in sede di costituzione del bilancio provvisorio. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno procedere, inoltre, con riferimento ai fondi della premialità alla eventuale relativa decurtazione finalizzata al recupero contemperando la necessità di continuare a riconoscere, sebbene in misura inferiore, la qualità delle prestazioni rese e la produttività.

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

Attraverso l'attività di monitoraggio effettuata dalla Commissione spesa del personale ed il progressivo reclutamento posto in essere in esecuzione dei Piani triennali del Fabbisogno del Personale, si prevde un'ulteriore progressiva riduzione dello sforamento tra fondi deliberati e costi sostenuti, fino al completo azzeramento dello stesso entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa da parte della Commissione Personale
- Report andamento del valore dei fondi della contrattazione integrativa

b. Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2019, 2020 e 2021 da parte della Commissione Personale
- Delibere di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale

c. Monitoraggio trimestrale da parte della Commissione Personale 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
- Scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato

d. Progressiva riduzione dello sforamento tra fondo deliberato e costi sostenuti
- Delta costo sostenuto-fondo deliberato

e. Monitoraggio istituti contrattuali da parte della Commissione Personale aventi riflessi sui fondi contrattuali
- Monitoraggio istituti contrattuali aventi riflessi sui fondi contrattuali

Scadenze

a. Annuale
b. Annuale
c. Trimestrale
d. Entro Dicembre 2021 (Completo azzeramento dello sforamento)
e. Annuale

3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

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

Con riferimento alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro, ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie è richiesta un'attività di monitoraggio volta a:

- Verificare che l'attività lavorativa erogata in regime di prestazioni aggiuntive sia espletata al di fuori dell'orario di servizio;
- Implementare nel sistema informativo un processo di rilevazione automatico delle presenze mediante codici di identificazione del ruolo, profilo e unità operative/dipartimentali del personale;
- Procedere ad una progressiva riduzione di tale voce di costo contestuale all'implementazione delle procedure di reclutamento di nuovo personale.

In particolare è disposto il seguente abbattimento per le prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Attraverso il processo di reclutamento, la Regione ha, inoltre, come obiettivo una progressiva riduzione delle altre voci di costo che concorrono ad aggravare la spesa di personale e ad incrementare il costo sul bilancio in termini di fattore lavoro, come lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative e consulenze.

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

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Riduzione della spesa delle Aziende Sanitarie per prestazioni aggiuntive
  - Percentuale di riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive rispetto a quella dell'anno precedente

b. Riduzione da parte delle Aziende Sanitarie dei costi delle forme di lavoro alternative

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

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

Scadenza

a. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)

b. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)

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

3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali

In materia di specialisti ambulatoriali la Regione Campania, ha intrapreso una più rigorosa azione di ricognizione degli specialisti in servizio, attraverso la predisposizione di un Data Base prontamente trasmesso a tutte le Aziende Sanitarie per acquisire il dettaglio del numero di specialisti allocati, il rispettivo monte ore settimanali assegnato, presso una o più Aziende, l'ente pagatore, la sussistenza di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato.

La Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR, a seguito della raccolta dei suddetti dati, ha quindi focalizzato la sua attenzione sulla collocazione degli specialisti ambulatoriali nelle Aziende, al fine di programmare un'eventuale ricollocazione in altre sedi del personale specialista ambulatoriale impropriamente utilizzato.

In materia è stato adottato il DCA n. 55/2019 con il quale è stato istituito il flusso del personale convenzionato. Tale flusso permetterà di effettuare un monitoraggio periodico sulle unità di personale in servizio e sulla loro effettiva allocazione al fine di avviare, una volta rilevate le criticità, tutte le azioni necessarie previste dall'ACN vigente anche attraverso tavoli di concertazione con le organizzazioni sindacali di categoria, per una progressiva riduzione del costo di tale tipologia di personale.

La Regione sta inoltre procedendo all'elaborazione di un DCA che, a valenza triennale, operi una riduzione della spesa degli specialisti ambulatoriali, tenendo conto dei PTFP e del loro relativo trend assunzionale, tanto al fine di coniugare gli equilibri economico-finanziari con l'esigenza di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Obiettivo e Indicatori

a. Istituzione Flusso personale convenzionato

- DCA di istituzione

b. Monitoraggio costo e allocazione personale specialista ambulatoriale

- Tabelle correttamente prodotte e caricate su piattaforma regionale dalle Aziende Sanitarie

Scadenza

a. Entro Luglio 2019 (Emanato DCA 55/2019)
b. Entro Marzo 2020 (Caricamento Flusso del personale convenzionato relativo all'anno 2019)

3.3 Gli investimenti in sanità

3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia

In materia di investimenti sanitari in infrastrutture e tecnologie, si evidenzia che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000, mentre è in istruttoria, da parte del Ministero della Salute, la proposta di utilizzo dei fondi ripartiti dal D.M. 6 dicembre 2017 per la riqualificazione ed ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia.

Si tratta di programmazioni che vanno ad aggiungersi ai seguenti finanziamenti per investimenti, recentemente accordati alla Regione Campania:

- art. 20 della Legge n. 67/88 III Fase – I stralcio;
- FSC 2014/2020;
- Fondi ripartiti con Decreto del Ministero della Salute 28.12.2012 per il superamento degli ex ospedali psichiatrici giudiziari;
- Fondi di cui alla Delibera C.I.P.E. n. 16 dell'8 marzo 2013 per l'adeguamento alla normativa antincendio;
- Risorse del POR FESR Campania 2014/2020.

Consegue che tra i programmi già approvati ed i programmi in via di definizione, nei prossimi anni si potranno utilizzare complessivamente ca. 1.500.000 €/000, da convogliare per il rinnovo e l'ammodernamento dell'offerta sanitaria pubblica della Regione Campania, nonché per adeguamenti normativi e il rinnovo e/o potenziamento del parco tecnologico.

L'assenza di piani di investimento sanitari, tenuto conto del lunghissimo periodo trascorso dall'ultimo Accordo di programma, concernente la seconda fase dell'art. 20, sottoscritto il 28 dicembre del 2000, ha portato al degrado graduale di tante strutture ospedaliere e sanitarie della Campania, nonché all'obsolescenza delle dotazioni tecnologiche. Ciò ha provocato alcune delle criticità che hanno contraddistinto la sanità campana negli ultimi anni, oltre ad una forte mobilità sanitaria passiva e a lunghe liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali.

I nuovi programmi di investimento riguardano, nello specifico, i seguenti ambiti:

Offerta ospedaliera

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, è prevista:

- La realizzazione di 5 ospedali in sostituzione di 6 ospedali realizzati tra gli anni 50 e 70 (AOU Ruggi di Salerno, P.O. San Paolo di Napoli dell'ASL Napoli 1, P.O. di Giugliano dell'ASL Napoli 2, P.O. di Sessa Aurunca dell'ASL Caserta, P.O. della Penisola Sorrentina dell'ASL Napoli 3, quest'ultimo in sostituzione del P.O. di Vico Equense e del P.O. di Sorrento);
- L'ampliamento di 8 ospedali (P.O. Incurabili dell'ASL Napoli 1 Centro; P.O. Pozzuoli e P.O. Ischia dell'ASL Napoli 2 Nord; P.O. Nola, Gragnano, Boscotrecase dell'ASL Napoli 3 Sud; P.O. Marcianise dell'ASL Caserta; P.O. Pagani dell'ASL Salerno);
- La ristrutturazione di circa 30 ospedali.

Sono previsti, inoltre, interventi di efficientamento energetico per 6 aziende ospedaliere (AO Cardarelli, AOU Federico II, AOU Ruggi, AO San Pio, AO Dei Colli, AO Santobono-Pausilipon) con risorse del POR FESR Campania 2014/2010 e con i contributi resi disponibili dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0.

Offerta territoriale

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- La realizzazione del SPS di Quarto e di una UCCP a Frattamaggiore (ASL Napoli 2 Nord);
- La realizzazione del D.S. di Atripalda e del D.S. di Baiano (ASL Avellino);
- La costruzione del dipartimento di prevenzione, della nuova sede centrale amministrativa dell'ASL Benevento, la costruzione della sede del D.S. e di un poliambulatorio nel Comune di Montesarchio (ASL Benevento);

- La realizzazione della “Cittadella della Salute” di Aversa per numerose attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze (ASL Caserta);
- La costruzione di una RSA a Roccadaspide e il completamento di un’altra a Pagani nell’ASL di Salerno;
- La realizzazione delle nuove sedi dei Distretti di Eboli, Vallo della Lucania, Mercato San Severino e Capaccio (ASL Salerno);
- La riconversione e l’adeguamento del Presidio S.S. Annunziata con la realizzazione di un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell’area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica;
- La riconversione dell’Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità;
- Il completamento dell’Hospice di Cerreto Sannita.

Sono anche programmati interventi strutturali di potenziamento dei servizi territoriali dei dipartimenti di salute mentale (DSM) a supporto della rete di servizi per il superamento degli OPG, con le risorse di cui al Decreto Ministero della Salute 28.12.2012 avente ad oggetto “Riparto del finanziamento di cui all’art. 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22.12.2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17.02.2012, per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, programmate con il con DCA n. 47 del 15.05.2013, come modificato dal DCA n. 104 del 30.09.2014 (Programma approvato con il D.M. 9 ottobre 2013 e dal D.M. del 14 novembre 2017).

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi programmati.

Interventi programmati								
TIPOLOGIA	**Distretti Sanitari**	**UCCP**	**RSA**	**Hospice**	**Ospedali di comunità**	**SPS**	**Ambulatori polispecialistici**	**TOTALE**
Nuova costruzione	7	1	1	-	-	1	1	11
Ristrutturazione	-	-	-	-	-	-	1	1
Ampliamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Completamento	-	-	1	1	-	-	-	2
Riconversione	-	1	-	-	1	1	-	3
Totale	**7**	**2**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**17**

Tabella 8: Interventi programmati

Aggiornamento e potenziamento del parco tecnologico

Per garantire l’efficacia del processo di riorganizzazione sanitaria regionale non si può prescindere dalla valutazione della qualità delle dotazioni tecnologiche attualmente in dote alle Aziende, specie quelle territoriali. La garanzia di dotazioni tecnologiche moderne ed efficienti, coniugata all’ammodernamento dei sistemi informativi che consentano in tempo reale la trasmissione dei dati sanitari necessari, anche a supporto di una corretta diagnostica, specie per quei presidi dislocati in zone disagiate o con attività in deroga, consentirà di elevare la parità di accesso ai servizi sanitari, al momento fortemente disattesa.

Contestualmente alla realizzazione degli interventi, la Regione procederà all’adeguamento del fabbisogno in linea con le disposizioni relative all’HTA (Health Technology Assesment), al fine di adeguare il parco tecnologico alle nuove tecnologie anche per la riduzione del rischio clinico.

Si evidenzia, a tal proposito, la recente costituzione del Nucleo regionale di HTA in sostituzione della precedente Commissione, con nuove professionalità ed ulteriori funzioni, anche per supportare la nuova fase degli investimenti in tecnologia.

Per gli interventi che prevedono l'acquisto di attrezzature, e, principalmente, nei casi di nuova implementazione, le Aziende sanitarie proponenti hanno attestato la sostenibilità organizzativa, anche in termini di risorse professionali e strumentali, degli investimenti, nonché la loro coerenza con la programmazione sanitaria aziendale.

Nei vari programma di investimento, una quota di ca. 330.000 €/000 è destinata all'ammodernamento tecnologico. Per quanto riguarda le grandi attrezzature, monitorate attraverso l'apposito flusso NSIS, si evidenzia che l'acquisto è finalizzato alla sostituzione di macchine vetuste, tranne nei casi in cui non vi sia una specifica autorizzazione regionale alla nuova implementazione.

Si evidenzia che i piani di fornitura delle tecnologie biomediche sono coerenti con la programmazione sanitaria regionale, che ne garantiscono la piena rispondenza all'Accordo di Programma. Si specifica, inoltre, che le tecnologie che saranno acquistate saranno installate nei presidi sanitari aziendali e dagli stessi presidi, direttamente, usufruite.

Si segnalano, tra gli altri, l'acquisto di tecnologie per ca. 300.000 €/000, tra cui circa 15 TAC, 15 acceleratori lineari, 6 RM, 5 mammografi, 3 sistemi di chirurgia endoscopica, 4 ecotomografi, 3 PET/TC, ecc.

I succitati programmi di investimento consentiranno di conseguire i seguenti risultati:

- Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica), con una conseguente maggiore sicurezza sia dei pazienti che degli operatori sanitari;
- Riduzione del gap esistente nell'offerta ospedaliera, con la creazione di gran parte dei posti letto mancanti;
- Maggiore efficienza di gestione degli ospedali, attraverso la costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria, che prevedono lo sviluppo orizzontale della struttura, con riduzione dei costi di gestione ed un innalzamento della qualità dell'assistenza;
- Aggiornamento del parco tecnologico e potenziamento dei punti di offerta, con conseguente riduzione delle liste di attesa, maggiore attrattività delle strutture regionali, riduzione della mobilità sanitaria passiva;
- Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico;
- Attivazione di strutture territoriali;
- Riduzione di accessi ospedalieri inappropriati e miglioramento della qualità dell'assistenza, più contigua al paziente, attraverso la realizzazione di strutture territoriali e la ristrutturazione di quelle esistenti.

La realizzazione di alcuni investimenti e principalmente dei nuovi ospedali si dispiega su un orizzonte temporale che va oltre la durata triennale dei programmi operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Aggiornamento del parco tecnologico

- Quota attrezzature acquistate su totale programmato

b. Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica)

- Verifiche vulnerabilità eseguite su totale ospedali da sottoporre a verifica

c. Costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria

- N. progettazioni per lavori affidate su totale interventi programmati

d. Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico

- Spesa per interventi di efficientamento energetico su totale programmato

e. Attivazione di strutture territoriali

- Realizzazione di strutture territoriali / totale strutture programmate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Acquisto e collaudo di almeno il 50%)
Entro Dicembre 2021 (Acquisto e collaudo di almeno l'80%)
b. Entro Dicembre 2019 (Verifiche su almeno il 10% degli ospedali)
Entro Dicembre 2020 (Verifiche su almeno il 70% degli ospedali)
Entro Dicembre 2021 (Verifiche sul 100% degli ospedali)
c. Entro Dicembre 2019 (Progettazioni affidate su almeno il 10% degli interventi)
Entro Dicembre 2020 (Progettazioni affidate su almeno il 60% degli interventi)
Entro Dicembre 2021 (Progettazioni affidate sul 100% degli interventi)
d. Entro Dicembre 2019 (Almeno il 10% della spesa)
Entro Dicembre 2020 (Almeno il 70% della spesa)
Entro Dicembre 2021 (100% della spesa)
e. Entro Dicembre 2019 (almeno il 10% degli affidamenti di progettazione)
Entro Dicembre 2020 (80% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2021 (100% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2020 (almeno il 10% di strutture realizzate)
Entro Dicembre 2021 (almeno il 50% di strutture realizzate)

3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR

Come evidenziato nel precedente paragrafo, la Regione Campania, al fine di garantire il soddisfacimento del fabbisogno degli investimenti sanitari, effettua la propria programmazione utilizzando, in modo complementare, le varie fonti di finanziamento disponibili.

La principale fonte di finanziamento degli investimenti sanitari è rappresentata dalle risorse ex art. 20 della L. n. 67/88. Su tale aspetto, come già rappresentato, si rappresenta che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. n. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000.

Esaurita la terza fase degli investimenti, la Regione si riserva di programmare le risorse attribuite dall'art. 1, comma 555, della L. n. 145 del 30.12.2018 (Legge di bilancio 2019), ammontanti, per la Campania a 378.951 €/000. L'attuazione dei due Accordi di programma della terza fase coinvolgerà, verosimilmente, tutte le aziende sanitarie e le strutture sanitarie centrali in un'intensa ed impegnativa attività di attuazione.

Nel precedente paragrafo, si è evidenziato il ricorso ai fondi europei di cui al POR FESR Campania 2014/2020 e ai contributi di cui al Conto termico 2.0, gestiti dal Gestore dei Servizi Energetici S.p.A. (GSE) - MEF / MISE.

Si rappresenta, a tal proposito, che nell'ambito della programmazione POR FESR Campania 2014/2020 è stato previsto l'Obiettivo Specifico 4.1 - Azione 4.1.1- "Promozione dell'eco-efficienza e riduzione di consumi di energia primaria negli edifici e strutture pubbliche: interventi di ristrutturazione di singoli edifici o complessi

di edifici, installazione di sistemi intelligenti di telecontrollo, regolazione, gestione, monitoraggio e ottimizzazione dei consumi energetici (smart buildings) e delle emissioni inquinanti anche attraverso l'utilizzo di mix tecnologici". Con delibera regionale sono stati programmati 23.671 €/000 destinandoli ad interventi di efficientamento energetico per la riduzione dei consumi energetici delle aziende ospedaliere.
Successivamente, in vista di ulteriori fonti di finanziamento degli investimenti in sanità, ci si è soffermati sulle opportunità offerte dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0, che promuove la realizzazione di interventi di efficienza energetica, rilevando che gli incentivi erogati da tale fonte siano cumulabili con le risorse del POR FESR Campania 2014/2020. Pertanto, si è chiesto alle Aziende sanitarie Beneficiarie dei finanziamento POR FESR di valutare la possibilità di potenziare gli interventi programmati, avvalendosi anche dei contributi resi disponibili dal Conto Termico 2.0, al fine di massimizzarne gli effetti, in termini di riduzione dell'impatto ambientale e di risparmio energetico. Le Aziende hanno, pertanto, presentato nuovi progetti di fattibilità utilizzando in modo sinergico le citate fonti di finanziamento, aggiungendo quote di cofinanziamento aziendale.

Ne consegue che l'ammontare complessivo degli investimenti programmati per l'efficientamento energetico ammonta ad 26.678 €/000, di cui: € 23.100 €/000 a valere sul POR FESR Campania 2014/2020 (rispetto ad 23.671 €/000 programmati); € 2.627 €/000 finanziati con il Conto Termico 2.0 e risorse aziendali per € 950 €/000 per un complessivo di € 26.678 €/000, come dettagliato nella seguente tabella.

Beneficiario	Titolo	Costo totale del progetto	Quota ammessa a finanziamento POR FESR 2014/2020	Quota Conto Termico	Quota Beneficiario
AO Cardarelli	Interventi su padiglione D di raffrescamento da fonte rinnovabile (solar cooling) e di riduzione dei consumi elettrici con lampade ad alta efficienza (LED)	2.631.000	2.460.500	170.500	-
AO Dei Colli	Intervento di ecoefficienza e riduzione dei consumi di energia primaria, attraverso l'adeguamento dell'involucro edilizio ed il potenziamento del sistema impiantistico nel P.O. C.T.O.	6.717.783	6.000.000	652.530	65.253
AOU Federico II	Realizzazione di cappotto termico in poliuretano espanso	4.000.000	3.200.000	800.000	-
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	Cogenerazione - Trigenerazione nel P.O. Ruggi e Cogenerazione - Impianto Fotovoltaico - Cappotto termico – Lampade a Led (relamping) nel P.O. Da Procida	9.840.000	9.440.000	400.000	-
AO San Pio	Lavori di risanamento per risparmio energetico delle Strutture Ospedaliere	3.489.589	2.000.000	604.820	884.769
TOTALI		**26.678.372**	**23.100.500**	**2.627.850**	**950.022**

Tabella 9: Importo Investimenti programmati

Nella successiva tabella, vengono riportati i cronoprogrammi dei succitati interventi.

CRONOPROGRAMMI INTERVENTI	Approvazione del progetto esecutivo	Aggiudicazione lavori	Fine lavori	Collaudo
AO Cardarelli	gen-20	giu-20	set-21	feb-22
AO Dei Colli	feb-20	ott-20	mag-22	lug-22
AOU Federico II	lug-18	nov-20	mar-22	mag-22
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	mag-20	set-20	mag-21	lug-21
AO San Pio	giu-18	giu-20	set-21	ott-21

***Tabella 10: Cronoprogramma Interventi programmat*i**

Per quanto riguarda, invece, strumenti che prevedano il coinvolgimento di partner privati nella realizzazione del progetto (PPP), la tipologia degli investimenti in corso di programmazione non prevede la realizzazione di

opere "calde", intese come quelle opere potenzialmente capaci di creare flussi di cassa, ossia entrate corrisposte dagli utenti/clienti/cittadini che utilizzano l'opera dietro un pagamento e che, pertanto, garantiscono un'autonoma sostenibilità all'investimento del partner privato. Gli investimenti in sanità non presentano, almeno in questo momento, interesse per gli investitori privati, né tale interesse risulta incentivato dalla Regione, in mancanza di positive esperienze.

Si valuterà, eventualmente, il ricorso alle opportunità di finanziamento per le tecnologie di efficientamento energetico offerte dalle società di servizi energetici ESCo (Energy Service Company) e/o ad ipotesi di project financing, in grado di consentire la realizzazione di interventi da parte delle aziende sanitarie, con positive ricadute sull'ambiente e sui costi aziendali.

Si evidenzia, infine, che gli investimenti da realizzare con le succitate risorse (POR FESR/Conto Termico 2.0), sono, esclusivamente, finalizzati a migliorare l'efficienza energetica, per lavori definiti e completi dal punto di vista tecnico-costruttivo. Essi non si sovrappongono né sono complementari agli interventi previsti nella III fase dell'art. 20 della L. n. 67/88 (I e II stralcio).

3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;
- Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;
- Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;
- Farmacia dei servizi;
- Dispositivi Medici.

3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda procapite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa procapite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa procapite lorda convenzionata entro la media nazionale.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati (così come previsto dalla Delibera n. 10/2017 e dalla Delibera n. 276/2017) in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica sviluppata, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica verrà inviata ai responsabili delle AASSLL competenti che dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

Attraverso tale sistema la Regione Campania potrà valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna AASSLL specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata della Regione Campania entro i tetti programmati.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente: alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa; alla percentuale di farmaci equivalenti da implementare; alla fuga in convenzionata

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata

- Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi la spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Giugno 2019

3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

La cronicità oggigiorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come mission quella di garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto, la Regione Campania, nel prossimo triennio 2019-2021, intende mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati.

A tal fine, così come previsto dalla Delibera n. 276/2017 si chiederà alle strutture preposte quali il CIRFF di creare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate.

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di nuovi obiettivi da assegnare per singola AASSLL inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori relativi alle % di aderenza alle terapie croniche delle patologie in oggetto

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Numero di report prodotti

c. Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie

- Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro

Scadenze

a. Entro Marzo 2020

b. Entro Marzo 2020

c. Entro Giugno 2019

3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, scopo della Regione sarà quello di potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata della Regione rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione per singola AASSLL. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS-Sogei, con il supporto del CIRFF verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio razionale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini

- Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non

b. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)

Scadenze

a. Campagne formative/informative a cadenza almeno annuale

b. Entro Marzo 2020

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

I farmaci biosimilari, oggigiorno, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, la Regione Campania per il triennio 2019-2021 ha l'obiettivo di potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, la Regione, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati), consentirà alle Direzioni Generali delle AASS di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica.

Le valutazioni prescrittive che verranno richieste alle Direzioni Generali delle AASS dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, le direzioni generali relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari indicati dalla Regione in seno alle verifiche trimestrali che effettuano presso la Direzione Generale Salute.

Obiettivi e Indicatori

a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica

- Numero di report prodotti secondo quanto elaborato nel 2018 con il Pharma Campania Report

b. Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che le AASS. dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori

c. Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo

- Predisposizione di criteri di gara differenziati concordati con la centrale di committenza So.Re.Sa. SpA che consentano un contenimento della spesa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019–2020-2021

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Entro Marzo 2020
c. Entro Dicembre 2019 e revisioni periodiche

3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stesa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione ed attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto
- Predisposizione di un Decreto Regionale

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC
- Numero di report prodotti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2019

3.4.6 Farmacia dei Servizi

La rivalutazione della assistenza sul territorio, capace di fornire al cittadino un'assistenza immediata, evitando quando non necessari i costi dei ricoveri ospedalieri, ha portato a favorire iniziative di grande rilievo pratico per la tutela della salute del cittadino per ogni fascia di età. Pertanto, la Regione Campania, per il triennio 2019-2021, intende promuovere il ruolo della Farmacia Territoriale quale centro socio-sanitario polifunzionale di servizi. In particolare, saranno promossi:

- **Servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale**: le farmacie del territorio opportunamente formate, mediante specifici corsi ECM, ed in seguito attrezzate potranno rappresentare delle vere e proprie "postazioni di servizio" per effettuare informazione

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

sul corretto utilizzo del farmaco nonché campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;

- **Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti:** lo scopo è quello di fornire un servizio di consegna domiciliare di farmaci, dispositivi medici e servizi sanitari in generale, al fine di ridurre le esigenze di carattere sanitario di quei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio in maniera continuativa (pazienti anziani ultrasettantenni, disabili, malati cronici) e non autonomi ad accedere alla farmacia e allo studio del MMG, previa libera scelta da parte del paziente della farmacia che effettua il servizio. In tal modo si consentirà al paziente una maggiore aderenza alle terapie e si eviteranno i possibili danni o traumi allo stesso in cui potenzialmente può incorrere se costretto a dover uscire dalla propria abitazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale

- Numero di farmacie che attivano il servizio
- Numero di campagne di prevenzione attuate
- Numero di pazienti che hanno effettuato lo screening

b. Promuovere l'Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti

- Numero di farmacie che attivano il servizio

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2020

3.4.7 Dispositivi medici

La crescita esponenziale del numero e della varietà delle tecnologie mediche disponibili sul mercato costituisce una grande opportunità sia per gli operatori del SSR che per il benessere e la qualità di vita dei pazienti. La Regione Campania, per il triennio 2019-2021, in materia di dispositivi medici predisporrà l'implementazione di un'anagrafica regionale unica e la creazione di un sistema di monitoraggio dell'uso dei device che consenta di definire gli ambiti di uso appropriato e i risultati ottenuti nel contesto di reale applicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Creazione del nuovo sistema di monitoraggio dell'introduzione e dell'uso dei device

- Attuazione del nuovo sistema monitoraggio

b. Predisposizione di una Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici

- Implementazione anagrafica regionale dei dispositivi medici

c. Condivisione linee guida, indicazioni d'uso e protocolli

- Numero linee guida, indicazioni d'uso e protocolli (almeno due all'anno)

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020

3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale

Il progetto di logistica del farmaco è stato preso in carico ed è stato individuato il modello operativo (1 Hub centrale + 6 magazzini territoriali); sono state individuate le specifiche tecniche delle attività da svolgere nell'ambito del progetto, quali: magazzino unico e nodi di primo livello, sistema di trasporto e sistema informativo.

Per quanto riguarda invece il sistema di automazione, è in corso la definizione del dimensionamento. A tale scopo sono stati ultimati i sopralluoghi tecnici nelle principali farmacie ospedaliere con la duplice finalità di rilevare il possibile utilizzo come nodi di primo livello e di rilevare il livello di automazione già presente. Il risultato finale restituisce un quadro di forte disomogeneità dei sistemi di automazione presenti nelle differenti realtà aziendali, che impone valutazioni in merito alle attività preliminari da porre in essere a carico di quelle aziende ad oggi non dotate di alcun sistema. L'approfondimento in corso suggerisce l'esperimento di soluzioni pilota da scalare su base regionale sulla scorta degli esiti.

Con riferimento al cronoprogramma dell'investimento ed alla copertura finanziaria, è stata condotta una analisi finalizzata a verificare l'assoggettabilità a contributo degli investimenti programmati nell'ambito della programmazione unitaria (Fondi POR FESR). Dai primi riscontri degli uffici regionali preposti si registrano difficoltà di accesso ai fondi della programmazione. In ragione di ciò è in corso di valutazione una variante progettuale che tenga conto della difficoltà a stanziare l'investimento iniziale, contemplando l'utilizzo di contratti di concessione ai sensi degli artt. 180 e s.s. del Codice degli Appalti. E' inoltre in corso un aggiornamento dello studio di fattibilità generale al fine di valutare l'utilità di avviare un progetto pilota in uno dei magazzini visitati e risultati idonei, al fine di stimare sul campo eventuali problematiche operative dalla progettazione al collaudo, minimizzando nel contempo l'investimento iniziale. Una volta validato e standardizzato il format dell'intervento si procederà ad estenderlo su vasta scala.

Su entrambe le ipotesi è in corso una valutazione degli uffici regionali competenti.

3.5 La gestione delle liste di attesa

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato istituito, tra gli altri, un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzale secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale, regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018. Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l'Organismo Paritetico ALPI.

A supporto delle attività di governo dei tempi d'attesa, la Regione ha implementato l'adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- Performance prenotati;
- Performance erogati;
- Performance ricoveri;
- Prima disponibilità;
- Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI;

ed include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021.

Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di

gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Liste di Attesa, la Struttura regionale nell'analizzare gli aspetti organizzativi, gestionali e tecnologici dei CUP delle Aziende Sanitarie Campane ha evidenziato la necessità di dotare la Regione Campania di un sistema CUP regionale che sia assolutamente compliant con il modello di riferimento nazionale e che consenta una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Linee guida nazionali, predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e su cui è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali". Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010).

Primo obiettivo è consentire ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie presso una qualunque struttura sanitaria pubblica appartenente al SSR o alle strutture private accreditate (che entrano a far parte del circuito del CUP), inserite nel contesto territoriale di appartenenza del cittadino. Il primo livello cercherà di contemperare sia la celerità di erogazione della prestazione che il rispetto del vincolo territoriale. Nel caso non siano disponibili strutture sanitarie (sia pubbliche che del privato accreditato), che possano erogare le prestazioni in tempi compatibili con quelli previsti dalla legge, saranno prospettate al cittadino una serie di possibili alternative, che terranno conto sia del contesto territoriale che del rispetto delle liste di attesa, attingendo dall'elenco delle strutture comunque prossime geograficamente rispetto alla residenza del cittadino.

A breve verrà attivato il CUP regionale che sostituirà gradualmente entro il 2020 tutti i CUP aziendali.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Organismo Paritetico Regionale
- Numero di riunioni

b. Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
- Adozione del Decreto Dirigenziale

c. Adozione del PRGLA 2019-2021 con DCA
- Emanazione DCA

d. Adozione Piattaforma Regionale Liste di Attesa
- Numero di utenze attivate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

4. Programma 4: Strumenti per la qualità del SSR

4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale

La Regione Campania, al fine garantire ai cittadini un sistema di offerta di prestazioni specialistiche adeguato ai bisogni nonché facilmente e tempestivamente accessibile, intende intraprendere nel triennio 2019-2021 le azioni volte al perseguimento degli obiettivi ritenuti strategici:

- Organizzazione più efficiente del sistema di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica da attuarsi nell'ambito del più ampio progetto di sviluppo delle cure primarie basato sulla programmazione/attivazione delle AFT e delle UCCP. Infatti nelle UCCP l'assistenza ambulatoriale specialistica è assicurata all'interno di una organizzazione che, per la presenza di diverse figure professionali, garantisce la gestione integrata del paziente e la continuità dell'assistenza in rapporto alle necessità. Una efficiente organizzazione delle UCCP nell'ambito delle cure primarie costituisce inoltre un indispensabile filtro per gli accessi impropri alla rete ospedaliera e la governance nelle riacutizzazioni delle cronicità;
- Rimodulazione, laddove necessario, dell'offerta di prestazioni specialistiche in strutture pubbliche e private accreditate e relativa distribuzione delle risorse che tenga conto dell'analisi del fabbisogno regionale. Il documento di programmazione regionale per la rilevazione del fabbisogno, in adozione, ha tenuto conto della mutata situazione demografica ed epidemiologica, dell'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria, nonché dei nuovi criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica che richiedono la necessaria rivalutazione della disponibilità e della allocazione delle risorse. Laddove presenti sono stati utilizzati i valori standard di erogazione di prestazioni, derivanti da studi nazionali e ministeriali. La rimodulazione dell'offerta in rapporto al fabbisogno consente di perseguire l'obiettivo del pieno e tempestivo soddisfacimento della domanda espressa dai cittadini. Consente infatti di scongiurare la sospensione della erogazione di prestazioni specialistiche da parte delle strutture private accreditate in caso di superamento del numero massimo di prestazioni programmate in rapporto ai limiti di spesa fissati annualmente;
- Rilevazione corretta e completa, attraverso il flusso informativo Tessera Sanitaria delle prestazioni rese negli ambulatori territoriali ed ospedalieri pubblici al fine di consentire un attento monitoraggio del livello quantitativo e qualitativo dell'offerta di assistenza specialistica erogata. La corretta implementazione dei flussi informativi consente di perseguire due obiettivi strategici: valutare l'effettiva presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici e valutare il fabbisogno e l'offerta al fine di procedere ad eventuali interventi di riorganizzazione;
- Organizzazione del sistema dei controlli al fine di fornire linee di indirizzo comuni a tutte le Strutture del Servizio Sanitario Regionale per il controllo delle prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate dai produttori pubblici e privati, definendo un sistema omogeneo e condiviso a livello regionale a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione del documento che definisce la metodologia per la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale e che programma l'offerta

- Adozione DCA di programmazione

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Implementazione delle UCCP

- N. UCCP programmate/Numero UCCP attivate

c. Allineamento, per le strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza specialistica, tra i volumi di prestazioni erogate e i volumi di prestazioni programmate finalizzato alla riduzione dei casi di mancata erogazione delle prestazioni per sforamento del budget

- Adozione del documento di programmazione delle prestazioni

d. Miglioramento qualitativo dell'alimentazione dei flussi del Sistema Tessera Sanitaria con riduzione dello scostamento tra il valore dei ticket delle prestazioni ambulatoriali riscosso presso le strutture pubbliche trascritti nel modello CE ed il valore dei ticket registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Valore ticket modello CE / valore ticket flusso art. 50

e. Incremento 20% rispetto all'anno 2017, del numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche registrate sul Sistema Tessera Sanitaria

f. Implementazione delle linee operative sulle attività di controllo

- Predisposizione e adozione delle linee di indirizzo sul sistema dei controlli
- Numero incontri con i referenti aziendali e NOC
- Numero dei report sui controlli

Scadenze

a. Entro Settembre 2019 (con revisione biennale) – DCA in adozione
b. Entro dicembre 2019 (35%);
Entro Dicembre 2020 (70%);
Entro Dicembre 2021 (Completa attivazione)
c. Annuale - Entro il 31 Dicembre 2019-2020-2021
d. Da febbraio 2020 per il triennio di vigenza del piano
e. Da settembre 2019 per il triennio di vigenza del piano
f. Per l'anno 2020 e anno 2021

4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

L'erogazione di prestazioni sanitarie in modo sicuro ed efficace richiede interventi multidimensionali ed articolate relazioni che coinvolgono, in primo luogo, i pazienti e i professionisti, ma che si estendono ai diversi livelli del sistema. Tra le diverse questioni di politica sanitaria che devono essere affrontate, quelle riguardanti la qualità e la sicurezza delle cure con le correlate strategie di integrazione e collaborazione, occupano una posizione prioritaria nei sistemi sanitari dei vari Paesi.

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'intera struttura sanitaria e, poiché dipende dalle interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Nell'ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

La Regione Campania in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Le Aziende sanitarie ed ospedaliere campane si sono dotate di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico con individuazione di referenti e/o Coordinatori aziendali per la Gestione del Rischio Clinico (GRC), che costituiscono una rete regionale;
- Tra gli obiettivi fissati per la valutazione dei Direttori Generali sono stati previsti, nelle rispettive delibere di nomina, specifici obiettivi per il rischio clinico;
- Sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";

- E’ stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- Sono stati realizzati diversi percorsi regionali ed aziendali di formazione, qualificazione, accompagnamento e tutoraggio, rivolti agli operatori sanitari, opportunamente differenziati in base a specifiche esigenze, profili professionali e posizioni organizzative;
- E’ stato definito un programma informativo/formativo regionale rivolto alle Aziende sanitarie ed ospedaliere campane con l’obiettivo di implementare localmente le raccomandazioni ministeriali, in particolare, quelle relative alla prevenzione dei rischi in chirurgia;
- Nell’ambito della prevenzione e controllo delle infezioni legate all’assistenza sanitaria è stato pubblicato un piano regionale che ha visto la realizzazione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l’adesione ad uno studio di prevalenza europeo, la istituzione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle Antibiotico Resistenze;
- Realizzazione report di monitoraggio della diffusione del “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”;
- Monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell’occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- Approvazione di un Decreto Commissariale relativo alla centralizzazione dei farmaci antiblastici ed alla adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia;
- Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- Istituzione, con Decreto Commissariale di un gruppo di esperti per l’analisi degli eventi sentinella;
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati;
- Sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l’applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l’ASR Emilia Romagna “Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie”;
- Delibera di Giunta n. 767 del 28.12.2016 "Linee di Indirizzo e Coordinamento per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania sull’uso appropriato degli Antibiotici e sul controllo delle infezioni da organismi multi-resistenti, per l’attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018”; essa ha inoltre predisposto l’integrazione, ai sensi della DGRC n. 767/2016, della “Commissione tecnica di sorveglianza sul rischio infettivo correlato all’assistenza sanitaria e sull’antibiotico resistenza”, istituita con DD n. 49 del 30.08.2012.

Il Programma regionale per la gestione del rischio clinico, che viene definito per le annualità 2019-2021 si pone l’obiettivo di consolidare il modello regionale di gestione del rischio e di implementare azioni per la sicurezza dei pazienti e buone pratiche, in applicazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute e delle linee di indirizzo regionale. Inoltre, tenuto conto delle novità normative introdotte in materia dalla citata Legge n. 24/2017 si pone l’obiettivo di istituire il “Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”.

Obiettivi e Indicatori

a. Istituire il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

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

- Decreto Commissariale di istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente

b. Fornire alle aziende indicazioni univoche per la stesura del piano annuale risk management (parm) e per gli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

- Numero documenti di indirizzo emessi per le Aziende sanitarie

c. Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nelle aziende

- Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni azienda

d. Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico

- Decreto Regionale emissione linee di indirizzo

e. Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende

- Report annuale di attività

f. Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella

- Report annuale di attività

g. Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali: Completa implementazione del numero di raccomandazioni ministeriali presso ogni Azienda Sanitaria

- Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie delle 17 Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, da parte del 100% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione

h. Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale

- Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche

i. Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte delle Aziende Sanitarie, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana

- Numero di Aziende Sanitarie che hanno recepito e attuato le linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

g. Entro Dicembre 2019 (Conseguimento dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali da parte delle Aziende Sanitarie)
h. Entro Dicembre 2019 (Indicatore da raggiungere al 100%)
i. Entro Dicembre 2019 (Recepimento e attuazione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, delle linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici)

4.3 La comunicazione sanitaria

La Regione Campania ritiene fondamentale per l'area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate ai fini di attivare processi di empowerment dello stesso conoscenza e prevenzione, promozione della salute e conoscenza della diversificazione dell'offerta sanitaria, modalità di accesso e facilitazioni di percorso sono gli obiettivi di una buona comunicazione sanitaria.

L'obiettivo reale è quello di determinare, attraverso un buon livello di empowerment, la riduzione di patologie e la fidelizzazione al sistema sanitario Pubblico con conseguente soddisfazione dell'utente e anche appropriata allocazione della spesa sanitaria.

La Regione Campania programma di commissionare e produrre campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell'approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nella Regione.

La sanità campana riconosce la necessità di dover essere sempre più presente sul territorio, essere riconosciuta come Istituzione vicina al cittadino ed attenta ai suoi bisogni di salute: pertanto la comunicazione includerà le Associazioni dei pazienti, i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Ordini professionali (Medici, Veterinari, Farmacisti, Biologi, Professioni Sanitarie) e tutti gli attori che a contatto con la gente ne accolgono le richieste e le problematiche inerenti la salute.

Ogni iniziativa che riguardi la Comunicazione sarà condivisa con le Aziende Sanitarie nel rispetto e nella considerazione della diversità territoriale. Lo scopo è dare la stessa opportunità a tutti coloro che vivono nella Regione Campania.

Obiettivi e Indicatori

a. Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete. L'uso di immagini e slogan facilmente identificabili faciliteranno la creazione di community e imprimendosi nell'immaginario collettivo aiuteranno il sistema sanitario regionale alla fidelizzazione del cittadino/paziente: egli stesso naturalmente, per contro, riceverà la possibilità reale di riscoprire una sanità che programma, agisce, funziona, nell'interesse di quanti vi si rivolgono

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

b. Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

Per la realizzazione di quanto programmato, si ritiene indispensabile l'acquisizione di nuovi linguaggi e di nuove modalità di comunicazione che utilizzino i canali più vicini al mondo dei giovani, ad esempio l'utilizzo di testimonial che possano essere influenzer o blogger capaci di raggiungere con messaggi positivi un più vasto pubblico giovane.
Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione; differenziando di volta in volta il messaggio in base all'argomento, alla finalità ed al target.
L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social delle AASSLL.
Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

c. Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici sono da programmare con previsione periodica affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

d. La Relazione Medico/paziente va sostenuta e alimentata: scontato sembra l'approccio al paziente ed ai familiari che lo seguono, in realtà le regole della Comunicazione ci insegnano che particolare è e deve essere la relazione tra chi vive nella malattia un momento di particolare fragilità e chi questa fragilità accoglie; un linguaggio ed una modalità comunicativa altrettanto professionalmente attenta e precisa vanno rivolti ai familiari che accompagnano l'ammalato nel percorso di cura. Particolare considerazione all'acquisizione del consenso informato va curata con percorsi di formazione agli operatori sanitari. Il rispetto della privacy va perseguito con altrettanta attenzione e cura

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

e. "Umanizzazione delle cure" è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità campana desidera recuperare realmente l'aspetto "umano" della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l'aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

La Regione Predispone a inizio anno un Piano della Comunicazione Sanitaria a valenza Regionale su tematiche prescelte che saranno riprese dalle singole Aziende Sanitarie a seconda della specificità della mission aziendale e della popolazione di riferimento.

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Annuale – Entro Dicembre 2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
e. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia"

In Campo nazionale la materia del riordino delle strutture eroganti prestazioni di laboratorio è stata affrontata dalle "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale", emanate dall'AGENAS nel marzo 2009, e dai "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", recepiti in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23.03.2011.

Anche il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 interviene sulla programmazione della rete dei Laboratori di analisi applicando Standard minimi e massimi del numero di strutture per singola disciplina, ma definendo criteri a sé stanti per i Laboratori di Microbiologia e Virologia: il provvedimento nazionale, infatti, mentre per i Laboratori di analisi non specialistici prevede un parametro di 1 struttura ogni 0,15 – 0,3 milioni di abitanti, per i Laboratori di Microbiologia e Virologia prevede invece 1 struttura ogni 0,6 – 1,2 milioni di abitanti.

Sulla base di tali standard, il DCA n. 103/2018 ha identificato di fatto 39 strutture pubbliche (37 Laboratori di analisi + 2 Patologie Cliniche) rispettando sostanzialmente il parametro nazionale di una struttura/0,15 ml abitanti, mentre ha identificato per ora solo 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, applicando un parametro di una struttura ogni 1,5 ml abitanti, di fatto più restrittivo rispetto agli indirizzi dello stesso D.M. n. 70/2015.

Infatti quest'ultimo provvedimento, tenendo conto anche della necessità di trovare compatibilità con l'obiettivo generale di contenimento del numero complessivo di U.O.C. regionali, ha già identificato 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, le quali tuttavia non sono le sole strutture chiamate oggi a soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche in Campania. Di fatto, anche la maggior parte delle altre Strutture pubbliche non specialistiche di laboratorio, sia ospedaliere che territoriali, devono erogare anche prestazioni della Branca di Microbiologia e Virologia, per effetto della domanda sempre più ampia ed articolata.

In effetti, occorre considerare che l'attività diagnostica di Microbiologia e Virologia si colloca oggi in un contesto clinico-assistenziale di crescente complessità, contribuendo in generale al raggiungimento di diversi LEA.

Basti citare, solo a titolo esemplificativo:

- La progressiva diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, alla quale fa seguito l'accresciuta severità clinica dei processi infettivi in ambito ospedaliero;
- La necessità di rendere attuabili le Linee di indirizzo su alcuni screening, come quello sul cervico-carcinoma con HPV DNA;

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

- La necessità di migliorare le attività di prevenzione verso tutte le malattie infettive, ed in particolare di quelle che richiedono particolari misure preventive nella collettività, quali la tubercolosi o l'AIDS;
- L'emergente necessità di garantire il follow up delle nuove terapie anti HCV, ed in generale di assicurare la diagnostica virologica a supporto delle reti epatologiche;
- Le esigenze diagnostiche legate allo screening microbiologico e virologico per l'accesso dei pazienti alla Rete Trapianti;
- Alcuni aspetti delicati e complessi della diagnosi prenatale (es. approfondimenti del complesso TORCH), anche in funzione degli accertamenti collegati alla IVG;
- La necessità di assicurare adeguate attività diagnostiche nel caso di focolai epidemici, come ad esempio nei i casi di meningite, nonché nelle pandemie influenzali.

Una domanda così diffusa e complessa è oggi ripartita tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale, tenendo presente che i due ambiti possono sovrapporsi nella fase della continuità delle cure. A tale riguardo, nel dare corso ad un intervento di riordino della rete diagnostica di "Microbiologia e Virologia", occorre affrontare diverse criticità, alcune peculiari dell'ambito Ospedaliero, altre della Medicina territoriale.

In ambito ospedaliero:

- Va considerato che, a fronte delle accresciute necessità clinico-diagnostiche interne alla rete ospedaliera, non è ragionevole che su 9 grandi Aziende Ospedaliere ed Universitarie soltanto 4 debbano assicurare ai propri pazienti indagini di Microbiologia di profilo tecnico scientifico adeguato alle complesse esigenze clinico-assistenziali;
- Allo stesso modo, appare irrealistico che nessuno dei Presidi Ospedalieri sia in grado di garantire una sia pur minima diagnostica microbiologica autonoma, ormai indispensabile nel campo della gestione delle sepsi e nella gestione delle infezioni/colonizzazioni da batteri multi resistenti.

In ambito territoriale:

- Occorre considerare le attuali difficoltà nel dare adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, anche per il relativo disinteresse da parte della rete privata verso molte di queste attività diagnostiche le quali, potendo risultare poco lucrative, restano spesso di esclusivo appannaggio pubblico;
- Queste ultime difficoltà sono accresciute dal fatto che la domanda proviene da un Territorio regionale molto vasto e complesso: basta citare, ad esempio, la grande dispersione territoriale che caratterizza la provincia di Salerno, con distanze tra le strutture che in certi casi superano i 100 km, oppure le grandi criticità urbanistiche e demografiche della Città Metropolitana di Napoli, con oltre 3 milioni di abitanti e la più alta densità di popolazione d'Europa.

Inoltre, il DCA n. 103/2018, se non adeguatamente integrato e dettagliato, rischia di restare scollegato da precedenti provvedimenti regionali istitutivi di alcune Reti regionali diagnostiche, già faticosamente strutturate, quali ad esempio:

- La Rete per la diagnosi delle infezioni da Micobatteri (TBC), di cui alla DGRC n. 1577/2010, che ha attribuito competenze e funzioni diagnostiche di II livello ad alcuni laboratori distribuiti su tutto il territorio regionale: tale rete già fatica a sopravvivere, per difficoltà sorte soprattutto nelle aree regionali periferiche, e rischia di essere ulteriormente compromessa da una disattenta interpretazione del DCA n. 103/2018;
- La Rete Regionale di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR, di cui alla DGRC n. 767/2016, per certi versi tra le più efficienti d'Italia, ma allo stesso tempo anche tra le più frammentate e dispersive. Nell'arco dei 10 anni impiegati a costruirla si è tentato di utilizzarla come possibile volano di

deframmentazione e riorganizzazione della Rete Microbiologica campana, ma senza poter incidere più di tanto, in attesa di un provvedimento della forza istituzionale pari a quella del DCA n. 103/2018;

- La rete per lo screening del cervico-carcinoma con la determinazione del HPV DNA, di cui al il DCA n. 39 del 03.05.2019;
- La rete per l'offerta gratuita dei test per le infezioni da HIV, di cui alla DGRC n. 147/2016.

Pertanto, in Campania il panorama delle Strutture pubbliche regionali attualmente eroganti prestazioni diagnostiche nella Branca di Microbiologia e Virologia rende necessari ulteriori interventi di riordino, oltre quelli già avviati ai sensi del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, con il DCA n. 103 del 28.12.2018 recante il Piano regionale di Programmazione della rete ospedaliera, in quanto la sottorete delle Strutture non specialistiche realmente operante risente oggi di una eccessiva frammentazione, di una forte disomogeneità organizzativa, talvolta di un background scientifico inadeguato, risultando spesso anche poco efficiente dal punto di vista gestionale.

Occorre pertanto integrare l'intervento organizzativo avviato con il DCA n. 103/2018, con un ulteriore provvedimento ad hoc, con il quale si realizzi un complessivo riordino delle attività diagnostica di "Microbiologia e Virologia", ridefinendo in termini di efficientamento ed integrazione l'assetto organizzativo della rete. Possibile pensare, ad esempio, ad una riorganizzazione dipartimentale, che si avvalga i un Hub regionale con funzioni di centrale informativa e di centrale acquisti, oltre che di coordinamento e programmazione delle attività in funzione della domanda.

Pertanto, con Decreto della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n. 136 del 29.05.2019, è stata costituita "Commissione Tecnica regionale per la riorganizzazione della Rete regionale dei Laboratori di Microbiologia e Virologia", che per ciascun ambito di intervento avrà il compito di proporre alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del SSR le analisi ed i Documenti tecnici necessari ad attuare i provvedimenti di riorganizzazione della rete.

Obiettivi e Indicatori

a. Assicurare la funzionalità delle Reti regionali diagnostiche già costituite o previste: la rete per la diagnosi di tubercolosi (DGRC n. 1577/2009), la rete di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR (DGRC n. 767/2016), la rete per l'offerta dei test per le infezioni da HIV (DGRC n. 147/2016), la rete per lo screening del cervicocarcinoma con HPV DNA, (DCA n. 39 del 03.05.2019), ecc.

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

b. Supportare altre reti assistenziali operative sia in ambito ospedaliero che territoriale (es. Rete regionale dei trapianti, Reti epatologiche, ecc.)

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

c. Garantire adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, soprattutto a supporto di: attività consultoriali, screening, campagne vaccinali, prevenzione collettiva

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

d. Dare copertura ad un Territorio regionale che in alcune Aree Metropolitane è caratterizzato da alte densità abitative e forti criticità urbanistiche, in altre aree presenta forti dispersioni demografiche

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

e. Garantire nel campo dell'infection control e della gestione delle sepsi una diagnostica microbiologica di base in tutti i Presidi Ospedalieri, e una diagnostica specialistica in alcuni Laboratori di Riferimento ospedalieri

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f. Migliorare il livello complessivo di efficienza economico gestionale e di appropriatezza diagnostica della rete attualmente operativa

- Approvazione del Bando e del Regolamento per la gara regionale

Scadenze

a, b, c, d, e

- Entro tre mesi: vengono definiti i fabbisogni di prestazioni specialistiche per tutto il territorio regionale attraverso una ricognizione svolta presso le aziende del SSR
- Entro tre mesi: vengono definite le prestazioni diagnostiche microbiologiche di base da garantire in ciascun Presidio Ospedaliero e quelle a più elevato livello specialistico da affidare ai Laboratori di riferimento ospedalieri; inoltre vengono individuate le prestazioni diagnostiche più aderenti ai fabbisogni del setting della medicina territoriale, da affidare anche ai Laboratori territoriali
- Entro sei mesi: vengono definiti i requisiti minimi tecnologici e organizzativi, gli standard di qualità, i rapporti quantitativi con il territorio e le capacità operative dei laboratori della rete
- Entro nove mesi: vengono individuati i Laboratori specialistici e definite le interazioni tra le strutture eroganti le prestazioni e le strutture richiedenti, attraverso un modello integrato il più possibile aderente alle Linee di indirizzo AGENAS, con particolare attenzione all'integrazione informatica ed al sistema di trasporto dei campioni
- Entro 12 mesi: viene emanato il provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f.

- Entro nove mesi: viene approvato il Capitolato di gara regionale
- Entro 12 mesi: vengono approvati il Bando ed il Regolamento per l'espletamento delle gare da parte della Centrale di Committenza regionale e delle Aziende

4.5 La rete della genetica medica

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato - Regioni (CSR) il 26 novembre 2009 riguardante "Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica" si stabilisce di promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a linee guida scientificamente validate che prevedano un'adeguata consulenza genetica pre e post test ed una comprensiva ed esaustiva informazione ai pazienti e ai familiari e di avviare una programmazione delle attività di genetica che definisca la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche delle strutture accreditate ed il loro adeguato assetto organizzativo, al fine di concentrare la casistica presso strutture e operatori che garantiscano un adeguato volume di attività associato ad un costante aggiornamento delle conoscenze e delle tecnologie.

Con la delibera n. 556 del 22 luglio 2010, la Regione Campania ha recepito gli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato - Regioni per l'attuazione delle linee guida per le attività di Genetica medica.

La Genetica Medica è una branca della Medicina ad alta specializzazione con aspetti peculiari ed esclusivi e nessuna delle sue attività specifiche può essere effettuata da strutture di altra specializzazione. E' una disciplina trasversale a tutte le altre branche mediche, in quanto le malattie ad etiologia genetica coinvolgono tutti gli organi ed apparati.
Come tutte le branche mediche, si avvale di laboratori altamente specializzati, oggi ancora più complessi sia dal punto di vista tecnologico che interpretativo ed è altamente complessa in quanto si occupa non solo della diagnosi e della terapia (quando possibile) di un singolo paziente ma estende le sue competenze ai suoi familiari.
In accordo con quanto stabilito dalle Linee Guida nazionali per le attività di Genetica Medica, le strutture di Genetica Medica offrono alle persone e alle loro famiglie la consulenza genetica ed i test genetici finalizzati ad individuare o escludere alterazioni associate a patologie genetiche.
Questi elementi rendono ragione della necessità di organizzare le attività di genetica in maniera strutturata e definire ruoli e responsabilità in percorsi multidisciplinari condivisi.
Pertanto la Regione Campania, con DCA n. 58 del 05.07.2018, ha istituito la Rete di Genetica Medica Clinica e di Laboratorio. Tale Rete Regionale è costituita dalle U.O. di Genetica Medica e dalle U.O. Laboratori di Genetica Medica, in relazione tra loro secondo il modello organizzativo di Coordinamento non gerarchico con struttura capofila.
Un Tavolo Tecnico Regionale permanente di Governance ha il compito di coordinare le attività di audit clinico delle strutture e monitorare i servizi erogati con l'obiettivo di rendere ottimali ed uniformi, all'interno del territorio regionale, i percorsi assistenziali per le persone con malattie genetiche, di garantire sostegno alle loro famiglie, di favorire lo sviluppo della ricerca e della diffusione delle conoscenze e di predisporre una carta regionale dei servizi disponibili.

Le linee di programma sono:

- Definizione delle reti funzionali con i relativi percorsi e dell'offering dei test genetici in relazione alle competenze e del expertise delle varie strutture regionali;
- Monitoraggio dei servizi erogati per la valutazione della qualità dei percorsi e dell'impatto sulla riduzione delle liste di attesa;
- Elaborazione di una carta regionale delle strutture, delle reti funzionale e prestazioni disponibili su carta e su web, dandone massima diffusione alle strutture del Servizio Sanitario Regionale, alle rappresentanze degli operatori sanitari e soprattutto alle Associazioni di pazienti;
- Definizione delle strategie migliori per la prevenzione dei rischi genetici nella popolazione;
- Attività volte a garantire l'uniformità dei processi e dei percorsi.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento con risorse umane delle strutture cliniche e di laboratorio pubbliche presenti in Regione

- Numero di avvisi di concorso pubblicati dalle aziende

b. Controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso i flussi regionali

- Inserimento dei pacchetti di prestazione realizzati per i vari test genetici sulla piattaforma Sinfonia
- % di richieste appropriate

c. Omogenizzazione dell'attività prescrittiva di test genetici con definizione di pacchetti di prestazioni

- Numero di pacchetti di prestazioni sviluppati

d. Costituzione gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- N. di riunioni effettuate dai 3 gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali

e. Elaborazione di PDTA per ciascuna delle attività specialistiche (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- Numero di PDTA specialistici adottati

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2020

5. Programma 5: I rapporti con i fornitori del SSR

5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

Il Servizio Sanitario Nazionale, sin dalla propria istituzione, è organizzato in modo da favorire l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro. La normativa prevede una articolata relazione tra soggetti erogatori privati e SSN che individua i propri elementi costitutivi nelle autorizzazioni, nell'accreditamento istituzionale e negli accordi contrattuali.

Le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie e sottendono la presenza di standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni.

L'accreditamento istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale ed è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, in presenza di requisiti di qualificazione, della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Gli accordi contrattuali consentono alle strutture, preventivamente autorizzate ed oggetto di accreditamento istituzionale, l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La stipula di tali accordi attribuisce ai soggetti potenziali erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale la qualifica di concessionari del pubblico servizio sanitario.

5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie

Il sistema di accreditamento regionale campano è di tipo istituzionale e fortemente agganciato alla programmazione del fabbisogno sanitario e alle risorse pubbliche rese disponibili in sede di programmazione; uno dei requisiti di accoglimento della domanda di accreditamento è infatti la funzionalità alla programmazione svolta.

Tale collegamento è altresì confermato dal fatto che gli accordi che conseguono all'accreditamento sono stipulati dalle AASSLL per integrare i livelli di assistenza che esse garantiscono e devono osservare criteri relativi al grado di fabbisogno da soddisfare, alla qualità delle prestazioni da fornire e ai vincoli di carattere economico.

Infine, gli accordi sono stabiliti in osservanza delle tariffe definite in sede regionale, che condizionano anche le quantità di prestazioni da rendere a carico del Servizio Sanitario.

Si profila così un sistema di accreditamento dell'offerta privata che è integrativa e strumentale a quella pubblica.

Tratto caratterizzante del sistema regionale Campano, quindi, è il rapporto tra regolazione e programmazione dell'offerta, che, in questo contesto, si traduce nella correlazione tra programmazione e individuazione del fabbisogno sociale e sociosanitario e rilascio dell'accreditamento. Ne deriva che l'accreditamento, in quanto strumento selettore e regolatore dell'offerta, è riferito pienamente e prevalentemente ad un modello organizzativo ed è connesso al fabbisogno nonché alla disponibilità di bilancio.

In Regione Campania si sta concludendo la stagione della ridefinizione del Piano Ospedaliero, del Piano Territoriale e delle Reti Assistenziali Tempo Dipendente. In conseguenza di tale complessa riforma normativa

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

e al fine di garantire, in ossequio alle disposizioni normative nazionali, una corretta governance del sistema di accreditamento istituzionale, strettamente connesso alle diverse fasi di programmazione della rete di assistenza, si considera opportuno individuare un unico percorso che consenta di rideterminare e rivalutare l'effettivo fabbisogno assistenziale regionale di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in relazione alla programmazione territoriale e regionale, alla luce del nuovo assetto territoriale determinato dai citati Piani assistenziali.

Obiettivi e indicatori

a. Aggiornare, a seguito della conclusione della nuova programmazione sanitaria e in relazione ai bacini territoriali delle Aziende Sanitarie, l'attuale fabbisogno autorizzatorio e di accreditamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie relativamente alle attività ospedaliere ed extra-ospedaliere

- Predisposizione documento tecnico di analisi e definizione del fabbisogno sanitario autorizzativo e di accreditamento funzionale alle procedure connesse al sistema di accreditamento istituzionale

b. Emanare i provvedimenti periodici di programmazione delle attività connesse alla assegnazione dei budget alle strutture private per i diversi setting assistenziali e relativa attività di sottoscrizione dei contratti da parte delle AASSLL

- Completamento dei provvedimenti aventi ad oggetto tutti i setting assistenziali

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro la fine dell'anno precedente la Programmazione

5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti

Il sistema delle autorizzazioni e degli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie ha lo scopo di garantire ai cittadini prestazioni sicure e di qualità. Esso rappresenta oltre che un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori di prestazioni per conto del SSN anche uno strumento di miglioramento continuo della qualità.
Il processo è stato avviato in Campania con l'approvazione dei Regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007 con i quali sono stati definiti i requisiti ulteriori generali e specifici e le procedure per il rilascio del provvedimento di accreditamento.
Per quanto attiene il rilascio degli accreditamenti istituzionali alle strutture private che hanno inoltrato richiesta ai sensi delle disposizioni di cui ai Regolamenti regionali 3/2016 e 1/2017 la Regione ha completato il percorso di accreditamento delle strutture di ricovero e delle strutture sanitarie ambulatoriali con la sola eccezione di 1 struttura di ricovero e di 7 strutture ambulatoriali per le quali si è in attesa della risoluzione del contenzioso in atto tra le strutture private e le aziende sanitarie competenti per territorio. Per tali tipologie di strutture la Regione pone come obiettivo per la conclusione del processo in atto entro il 31.12.2020.
La normativa nazionale in materia ha subito in seguito notevoli modifiche, principalmente finalizzate ad uniformare il sistema su tutto il territorio nazionale, attraverso l'adozione di modalità operative e requisiti di qualità omogenei. Sono intervenute, quindi, l'Intesa Stato Regioni del 2012 e l'Intesa Stato Regioni del 2015 che hanno introdotto nuovi requisiti generali di accreditamento ed hanno definito le modalità di funzionamento degli "Organismi Tecnicamente Accreditanti"
I nuovi requisiti rispondono alla necessità di verificare, in particolare, la presenza - nelle strutture sanitarie - di processi di controllo sulla qualità e sicurezza dell'organizzazione e dei servizi erogati, adottando un sistema in grado di fornire un livello di prestazioni qualitativamente più elevato e orientato al soddisfacimento dei

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

bisogni dei cittadini. Pertanto il nuovo sistema di accreditamento si focalizza in particolare sui seguenti elementi: centralità del cittadino/ paziente, leadership, responsabilità e commitment, cultura del miglioramento, evidenza dei risultati delle prestazioni, utilizzo degli outcome per valutare quantità e qualità delle cure, propensione alle buone pratiche, trasparenza del sistema.
L'Organismo Tecnicamente Accreditante, in quanto organismo "terzo", garantisce il rispetto del principio di imparzialità e trasparenza e assicura che le procedure di verifica predeterminate siano omogenee e superino la variabilità organizzativa delle Regioni.
La Regione Campania, al fine di adeguare il proprio assetto normativo a quanto sancito dalle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, ha istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante e, con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 5 febbraio 2019, ne ha regolamentato le modalità di funzionamento definendo in particolare:

- la missione e la funzione
- l'organizzazione interna
- le modalità di valutazione delle proprie attività anche al fine del loro miglioramento
- le modalità di scelta formazione addestramento aggiornamento e gestione dei valutatori

Nel rispetto delle scadenze previste nel crono programma sotto riportato, con DCA 51 del 4 luglio 2019, il percorso di adeguamento del sistema regionale alla normativa nazionale è proseguito attraverso la revisione ed aggiornamento dei requisiti ulteriori generali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. I requisiti già in uso, approvati con i citati Regolamenti 3/2006 e 1/2007, sono stati integrati con tutti quelli di cui alle Intese Stato/Regioni citate. E' stato pertanto approvato un documento unico integrato accompagnato dalle check list quali strumenti tecnici per la rilevazione - attestazione del possesso dei requisiti da parte dei team di valutatori.
Si procederà quindi ad una revisione dei requisiti ulteriori specifici delle diverse tipologie di strutture, già adottati con i Regolamenti del 2006 e del 2007, al fine di aggiornarli e integrarli, laddove necessario, in ragione di intervenuti provvedimenti normativi o in considerazione di eventuali innovazioni tecnologiche e strumentali.
La revisione del sistema di accreditamento regionale, che sta interessando sia i requisiti che il modello organizzativo e le procedure di accreditamento, rende necessaria la programmazione e la realizzazione di un corso con il quale formare nuovi valutatori e aggiornare i dirigenti già formati al fine di integrarli nel nuovo Organismo Tecnicamente Accreditante.
Per le strutture sanitarie private già accreditate o in attesa di risoluzione del contenzioso, i nuovi requisirti e le nuove procedure di accreditamento saranno applicati in fase di rinnovo dell'accreditamento.
Per l' accreditamento delle strutture private sociosanitarie, per quello delle strutture private sociosanitarie oggetto di riqualificazione dell'offerta assistenziale (quali le strutture residenziali e semiresidenziali dell'area adulti e anziani non autosufficienti e dell'area della disabilità e riabilitazione) e per l'accreditamento delle strutture private sociosanitarie che rispondono al riconoscimento di nuovi bisogni assistenziali (hospice ,ospedali di comunità) oggetto dei necessari aggiornamenti normativi che attengono ai requisiti, alle procedure, ai criteri di arruolamento ecc., il piano territoriale descrive analiticamente i percorsi attivati e le fasi da realizzare. In coerenza con quanto programmato nel piano territoriale 2019 – 2021 l'accreditamento di tali strutture sarà completato entro il 2021.
Inoltre in considerazione delle riconversioni in corso per alcune strutture private la Regione provvederà al rilascio dell'accreditamento istituzionale al termine del processo di riconversione e comunque entro il 2021.
Per quanto attiene l'accreditamento delle strutture pubbliche, sensi del comma 2 dell'art.4 del Regolamento Consiliare n.1 del 22 giugno 2007, è previsto per le strutture pubbliche che rientrano nei programmi degli interventi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della L. 67/88 – Completamento della III fase, la conclusione del procedimento di accreditamento entro un anno dall'ultimazione di detti programmi. Pertanto viene fissata la scadenza del 31.12.2021 per le strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge

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

67/88, e approvati con DCA 100 del 20.12.2019 terminano entro l'orizzonte temporale del citato Piano di investimenti.

Obiettivi e indicatori

a. Armonizzazione dei requisiti generali regionali di accreditamento con quanto richiesto dalla normativa nazionale

- Redazione documento tecnico che adegua le procedure e i requisiti generali di accreditamento alla normativa nazionale

b. Revisione e Integrazione dei requisiti regionali specifici di accreditamento delle diverse tipologie di strutture

- Redazione di un documento tecnico che aggiorna e integra i requisiti specifici di accreditamento

c. Formazione dei valutatori sulle nuove procedure e requisiti per l'accreditamento

- Realizzazione di un corso volto a formare i valutatori sulle nuove procedure e requisiti

d. Completamento delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie private (Case di Cura e strutture ambulatoriali)

- N. strutture accreditate / Numero di strutture da accreditare

e. *C*ompletamento delle procedure di accreditamento delle strutture sociosanitarie private e delle strutture private oggetto di riconversione

- N. strutture accreditate / N. strutture da accreditare

f*.* Accreditamento delle strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge 67/88, terminano entro l'orizzonte temporale del presente Piano triennale

- N. strutture pubbliche accreditate / N. Numero strutture pubbliche

Scadenze

a. Entro luglio 2019
b. Entro aprile 2020
c. Entro ottobre 2020
d. Entro dicembre 2020
e. Entro dicembre 2021
f. Entro dicembre 2021

5.2 Tempestività dei pagamenti

La Regione Campania, intende proseguire, nel triennio 2019-2021, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione: i) entrata

a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni; ii) azzeramento della debitoria pregressa.

In merito alla residua posizione debitoria pregressa per alcune aziende, So.Re.Sa. ha realizzato e messo a disposizione delle Aziende Sanitarie e dei loro creditori una apposita piattaforma informatica, sulla quale far affluire con criteri standard le richieste di pagamento dei debiti pregressi, in modo da effettuare il monitoraggio dei fabbisogni finanziari straordinari di alcune Aziende in funzione dell'attività di riconoscimento / rifiuto del debito da parte delle AA.SS. Si confida che il supporto fornito dalla piattaforma possa consentire una più agevole chiusura delle partite debitorie non oggetto di contenzioso e/o di contestazioni.

Obiettivi e indicatori

a. Adozione del SIAC e successiva adesione alla Centrale dei Pagamenti da parte delle AASSLL che non hanno ancora aderito

- Numero aziende aderenti alla Centrale dei Pagamenti

b. Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico

- Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2020, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)

c. Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa

- Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso

Scadenze

a. Entro Luglio 2020 per l'adozione del SIAC
Entro Dicembre 2020 per l'adesione alla CUP di tutte le Aziende
b. Entro Giugno 2020 e per la durata del periodo di vigenza del Piano triennale 2019 - 2021
c. Entro Dicembre 2021

6. Programma 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

L'adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l'efficienza dei processi aziendali e l'attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie. Relativamente le procedure di contabilità analitica, l'implementazione di apposite linee guida a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie, saranno necessarie per definire le modalità di alimentazione della contabilità analitica declinando anche le modalità di riconciliazione per ciascuno dei sottosistemi alimentanti, come ad esempio il processo di riconciliazione della stessa con la contabilità generale.

Relativamente lo sviluppo del SIAC, con riferimento alla GSA, sono state avviate attività volte al perfezionamento degli elementi operativi da implementare nell'ambito del SIAC, sviluppando gli elementi necessari all'adeguamento dei sistemi informativi, con l'obiettivo di creare un modello di integrazione e raccordo tra i documenti di programmazione aziendali (budget, rendiconto finanziario preventivo, ect) ed i documenti di programmazione sanitaria regionali (Programma Operativo, Bilancio preventivo Consolidato Sanità, Bilancio di previsione) e di implementare un modello di raccordo tra gli strumenti contabili presenti, come ad esempio il piano dei conti, e gli schemi di bilancio di cui ai Titoli I e III e Titolo II del D.Lgs 118/2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci
- Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate

b. Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile
- Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Marzo 2020

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

7. Programma 7: Modello di governance Sistema Informativo Sanitario

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quanto concerne la governance dei sistemi informativi, intende intraprendere le azioni volte al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e Realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi sanitari a supporto della Direzione Generale Tutela della salute;
- Realizzazione del Sistema Anagrafi Centrali Sanitarie;
- Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino;
- Realizzazione interventi di Digitalizzazione in ambito sanitario.

7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale

Negli ultimi anni, la Regione Campania ha intrapreso una serie di progettualità per migliorare non solo la propria posizione in tema di adempimenti informativi ma, soprattutto, per sfruttare, dal punto di vista gestionale e manageriale, tutte le potenzialità e i benefici che un sistema informativo integrato e strutturato può generare. Con il progetto SINFONIA, in particolare, sta realizzando una piattaforma unica per raccogliere e sistematizzare tutti i flussi informativi del sistema sanitario regionale. È proprio in questo contesto che la presente progettualità si inserisce. Gli obiettivi che si perseguono, infatti, sono:

- Incrementare il potenziale in termini di capacità di analisi delle soluzioni di governo e gestione centralizzata dei flussi;
- Realizzare un set dinamico ed integrato di analisi (a partire dall'attività ospedaliera per poi estendersi agli ambiti dell'assistenza extra ospedaliera) fruibili attraverso dashboard evoluti basati sulla convergenza nella soluzione regionale del patrimonio informativo dei flussi che possa rappresentare, a tendere, la piattaforma di data analytics.

Attraverso l'uso delle tecnologie di data analytics applicate ai flussi informativi sanitari, infatti, è possibile prevedere l'impatto delle principali patologie sul Sistema Sanitario e mettere in atto strategie utili a gestire, in maniera ottimale, l'offerta di servizi sanitari, l'andamento dei costi sanitari ed assistenziali, nonché l'aumento di complessità nella gestione del paziente/assistito causata da una serie di fattori quali il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento dell'aspettativa di vita e l'invecchiamento demografico.

L'analisi dei fenomeni, effettuata attraverso l'osservazione dei dati e supportata da adeguati modelli di analisi e dalle tecnologie applicate ai dati, consente, in ultima istanza, di specializzare gli strumenti a disposizione degli operatori sanitari per indirizzarli in modo ottimale nelle scelte terapeutiche che quotidianamente questi sono chiamati a compiere. Un enorme impulso che si articola quindi, in maniera sistematica e diffusa, su tutti i punti di decisione e di azione delle strutture sanitarie. Aumenta la capacità operativa del sistema di dare, con approccio sistemico, risposte sempre più calzanti alla casistica specifica del singolo paziente/assistito.

Obiettivi e Indicatori

a. Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e unificazione Banche dati nel sistema di accoglienza SINFONIA

- Qualità e tempestività di alimentazione dei flussi

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

b. Creazione di un sistema di monitoraggio a supporto della Direzione Generale della Tutela della Salute per la verifica e per la programmazione sanitaria e realizzazione sistemi di cruscotti e data analytics del SSR campano

- Sistema di reportistica standard e cruscotto di monitoraggio

Scadenze

a. Annuale - Dicembre 2019-2020-2021
b. Dicembre 2019 (Con reportistica annuale)

7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA)

La realizzazione del sistema di anagrafi centrali sanitarie, rivolto ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario della regione Campania, prevederà la creazione delle seguenti anagrafi:

- **Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)**: contenente tutte le informazioni di carattere anagrafico-sanitario dei cittadini in modo da renderli i veri attori del processo assistenziale;
- **Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie (AUREAS):** contenente l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Campania in modo da assolvere agli adempimenti della legge 326/2003 – articolo 50 e di catalogare in modo strutturato, tutte le strutture sanitarie regionali, i servizi disponibili, nonché tutte le informazioni utili per i cittadini e per gli operatori della sanità.
- **Anagrafe Unica Regionale degli Operatori Sanitari (AUREOS):** contenente tutte le informazioni relative agli operatori sanitari che interagiscono nel sistema e che appartengono al Servizio Sanitario Regionale, sia in ambito pubblico, che privato.

Inoltre, al fine di consentire la cooperazione di tutte le figure del comparto e di rispondere ai reali bisogni del cittadino, verrà realizzato il Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA). La piattaforma mette in comunicazione tutto il network di operatori facenti capo alle aziende sanitarie pubbliche, alle strutture accreditate, agli uffici della sanità campana e ad altri organismi regionali, permettendo loro di operare come fornitori e fruitori di informazioni.

Particolare attenzione sarà rivolta alla gestione della mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva, che consente alla sanità campana la valorizzazione delle prestazioni da addebitare alle altre Regioni e il controllo di quelle da erogare ad assistiti extraregionali, gestendo anche contestazioni e controdeduzioni.

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)

- Avvio nel 100% delle AASSL

b. Attivazione dei servizi di scelta e revoca dei MMG e PLS

- Numero servizi attivi di scelta e revoca dei MMG/PLS

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Giugno 2020

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino

L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino sarà specificamente rivolta a:

- Definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
- Creare le condizioni affinché il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
- Coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.

Inoltre, al fine di rendere il cittadino il reale attore dell'intero percorso assistenziale, verrà attivata una specifica sezione all'interno del portale istituzionale della Regione Campania, interamente dedicato alla Sanità.

Tale portale rappresenterà il canale di comunicazione istituzionale per i pazienti, gli addetti ai lavori ed i media. Esso consentirà, sia ai cittadini che agli operatori sanitari, di accedere ai dati in esso archiviati, secondo policy di accesso e protezione delle informazioni che saranno definite a livello regionale, anche sulla base delle regole stabilite a livello nazionale per l'accesso ai servizi sanitari approvate dal Garante della Privacy.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione strategie di coinvolgimento (MMG, PLS e Farmacie) nel percorso di attivazione Fascicolo Elettronico
- Numero consensi acquisiti

b. ICT Assessment ASL LIS, RIS, CIS, stato di informatizzazione, presenza CDA2
- Numero strutture attivabili

c. Integrazione software Aziende Sanitarie ADT per CDA2, interoperabilità con INI
- Numero strutture interoperabili

d. Invio referti di laboratorio in CDA2
- Numero referti inviati

e. Attivazione Portale del Cittadino
- Numero servizi attivi

f. Piano di comunicazione
- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Ottobre 2020
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Marzo 2020

7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale

Tra le condizioni abilitanti dei percorsi volti al potenziamento dei LEA vi è anche la tecnologia, fattore indispensabile per una ottimale organizzazione dei processi erogativi delle prestazioni e per una più efficace fruizione da parte degli assistiti dei servizi offerti. Da tale consapevolezza ne è derivata la necessità di formulare un Programma Regionale di investimenti in Sanità Digitale che è stato concepito, per la prima volta, come un corpo organico di una pluralità di iniziative che nel loro insieme consentiranno di recuperare il gap tecnologico rispetto ai target richiesti dal Piano nazionale di sanità digitale e rispetto al livello di digitalizzazione dei SSR più evoluti.

Il contesto in cui si sviluppano le iniziative configura, di per sé, uno scenario molto articolato, rappresentato da una pluralità di entità giuridiche e organizzative coinvolte (la Regione, la So.Re.Sa., gli enti del SSR, la GSA), da una pluralità di ambiti nei quali si sviluppano le dinamiche evolutive del SSR (ambito economico, ambito degli adempimenti connessi ai Livelli Essenziali di Assistenza, ambito degli interventi di edilizia sanitaria, ambito di azione dei Programmi Operativi e dei piani sanitari settoriali), da una pluralità di vincoli connessi al regime dei Piani di rientro sanitari, alle esigenze di coordinamento a livello di SSN e agli obblighi informativi nei confronti dei ministeri vigilanti.

Per tutti questi motivi, l'obiettivo di tale linea di intervento è anche quella di coadiuvare lo sviluppo di una funzione centrale, presso la Direzione Generale Tutela della Salute e presso la So.Re.Sa. in grado di coordinare le iniziative di sviluppo tecnologico e digitalizzazione, mantenendo sempre evidenza e consapevolezza delle ricadute a livello di sistema e delle interazioni con tutte le altre iniziative che sostanziano le politiche regionali in ambito di salute.

In tale ambito la Regione Campania ha manifestato l'esigenza di avviare un programma di evoluzione del proprio sistema CUP che, mettendo al centro del progetto il cittadino, permetta di conseguire un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia dei risultati (riduzione dei tempi di attesa, miglior rapporto domanda-offerta, customer satisfaction) ed economicità della gestione.

La razionalizzazione del servizio CUP, in un approccio di unificazione di soluzione e di processi su scala regionale, ha delle importanti ricadute in termini di consolidamento delle risorse, abilitando la razionalizzazione dell'approccio organizzativo e rimuovendo i possibili ostacoli (di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post), per consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini campani nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale, per la prenotazione delle prestazioni.

Le direttrici fondamentali per la realizzazione del nuovo modello di CUP Regionale sono dunque da ricondursi a:

- Il consolidamento e la razionalizzazione a livello centrale dei processi e delle soluzioni tecnologiche;
- La maggiore vicinanza al cittadino, sia in termini di prossimità di nuovi canali (coinvolgimento di MMG e Farmacie, canali innovativi convergenti sul portale del cittadino di SINFONIA e su AIDA) sia in termini di omogeneità dell'esperienza di ingaggio per tutto il territorio;
- La capacità di integrare nativamente gli altri asset principali del nuovo ecosistema di servizi digitali del SSR (su tutti il SIAC e l'anagrafe regionale);
- L'abilitazione nativa di un livello superiore di controllo e monitoraggio di tutti i parametri legati ai processi CUP (a livello aziendale ma anche a livello Regionale; su tutto si pensi al monitoraggio delle liste d'attesa);
- La capacità di integrare strutturalmente il privato accreditato.

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020
fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'analisi funzionale e modellazione
- Numero soluzioni individuate

b. Avvio della reingegnerizzazione dei processi in ambito CUP
- Numero processi abilitati e/o implementati ex novo

c. Avvio dell'implementazione della componente CUP Centrale
- Numero componenti applicative realizzate

d. Avvio della gestione elettronica dei consensi al trattamento dei dati personali
- Numero consensi

e. Avvio del roll-out servizi CUP centralizzato presso le Aziende
- Numero record recuperati

f. Avvio del supporto e affiancamento operativo presso le Aziende
- Numero Aziende

g. Avvio del cruscotto di monitoraggio
- Numero processi monitorati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Aprile 2021
f. Entro Giugno 2021
g. Entro Dicembre 2020

7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale

Partendo da un caposaldo ben strutturato, cioè dalla disponibilità di una soluzione di Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) a supporto del governo delle attività di vaccinazione (soluzione basata sulla tecnologia della piattaforma GEVA), la Regione Campania intende valorizzare il sistema esistente, estendendone le funzionalità, le integrazioni, i servizi per poter dar seguito all'attuazione del PNPV 2017-2019 (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale).

L'obiettivo è offrire la disponibilità ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai servizi regionali competenti, di soluzioni e servizi volti al fine di garantire una gestione uniforme su tutto il territorio regionale della programmazione, pianificazione, accettazione, e consuntivazione delle attività di vaccinazione, nonché di rispondere alle finalità previste con la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la produzione di elaborati statistici e flussi informativi regionali e ministeriali, e l'alimentazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN).

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

Per il raggiungimento di tale obiettivo, l'AVR dovrà essere dotata di una serie di funzionalità sottoelencate saranno, in tempi successivi con start come da scadenza corrispondente, rivolte agli operatori (sanitari e amministrativi) e ai cittadini, dovrà essere integrata con le componenti del sistema informativo regionale e quelle delle AASSLL, necessarie per garantire un'erogazione delle prestazioni omogenea sul territorio e coerente con le informazioni condivise, e dovrà mettere a disposizione tutti i dati necessari per il monitoraggio e la valutazione delle attività vaccinali circa la copertura della popolazione in rapporto al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Obiettivi e Indicatori

a. Estrazione dati
- Numero record

b. Migrazione DB a Sistema SINFONIA – Porting nuova anagrafe
- Numero funzionalità

c. Open e Big Data – Integrazione portale regionale
- Numero data set

d. Calendario vaccinale dinamico e Prenotazioni
- Numero servizi attivati

e. Integrazione applicativi MMG e PLS
- Numero cartelle integrate

f. Cruscotto vaccinazioni, Statistiche aggregate MMG e PLS
- Numero funzionalità

g. Libretto vaccinale e bilanci di salute ed evoluzione dei primi 1000 giorni di vita
- Numero libretti attivi

h. Malattie infettive e sorveglianza regionale
- Numero segnalazioni

i. Gestione differenziata dei lotti: disattivazione/riattivazione del farmaco
- Numero attivazioni/disattivazioni

j. Gestione fabbisogno dei magazzini vaccinali
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Settembre 2020
g. Entro Dicembre 2020

h. Entro Dicembre 2020
i. Entro Dicembre 2020
j. Entro Dicembre 2020

7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico

I programmi di screening oncologico rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e devono essere garantiti alla totalità della popolazione target. Conseguentemente, la Regione Campania ha previsto di adottare, all'interno del Piano regionale di prevenzione e in recepimento delle direttive del Piano nazionale, delle azioni volte ad aumentare l'estensione reale dei programmi di screening, rispetto alla popolazione target e ha attivato delle azioni specifiche a riguardo, volte anche alla misurazione del livello di efficacia raggiunto. Tra le azioni attivate, si ricorda la campagna di informazione sul programma di prevenzione "Mi voglio bene", che prevede l'offerta di assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita per tre tipi di screening che consentono la prevenzione del tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto.

Gli screening oncologici costituiscono un percorso complesso, che coinvolge un elevato numero di professionalità e strutture che devono integrarsi per raggiungere gli obiettivi di salute proposti, ovvero la diminuzione della mortalità specifica e/o l'incidenza delle lesioni neoplastiche. Nell'ambito di tali percorsi organizzati, il soggetto destinatario è contattato dalla ASL di pertinenza e invitato a effettuare il test di screening e, in caso di test sospetto o positivo, il soggetto viene inserito in un percorso atto all'approfondimento diagnostico fino all'eventuale trattamento assistenziale/terapeutico (anche chirurgico) nelle strutture di riferimento. L'intero percorso deve essere monitorato e valutato attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito, sia a livello di singola ASL sia a livello regionale e quindi nazionale.

In riferimento allo screening oncologico, rientrano, quindi, tra gli obiettivi della Regione:

- Migliorare la capacità di copertura e coinvolgimento della popolazione target, integrando in un flusso unico i canali di ingaggio;
- Standardizzare ed omogeneizzare le modalità e i processi di erogazione delle prestazioni previste nei programmi di screening e gli strumenti informatici a supporto, garantendone la massima automazione ed efficienza;
- Monitorare le attività delle AASSLL ed effettuare dei controlli su tempi e performance dei programmi;
- Garantire la cooperazione di tutti gli attori che operano nell'erogazione dei programmi in un processo strutturato e organico che garantisca l'efficacia degli scambi informativi tra questi e gli altri soggetti coinvolti;
- Strutturare i necessari canali di integrazione a livello regionale e/o nazionale ingaggiando in modo strutturato le risorse legate alla ROC (Rete Oncologica Campana) o l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening).

In tale contesto la Regione Campania è impegnata nell'analisi e nella progettazione di una nuova piattaforma software di gestione dei programmi di screening oncologico con l'obiettivo di:

- Dotare la Regione e le AASSLL di un sistema di governo delle informazioni unico e centralizzato in grado di accedere in modo federato alle informazioni logicamente e fisicamente distribuite;
- Permettere alle singole AASSLL di utilizzare un sistema standard per gestire i processi relativi ai programmi di screening, dall'individuazione e contatto della popolazione target (sfruttando le potenzialità

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

di contatto omni-canale offerto dalle nuove tecnologie digitali), all'esecuzione dei test e alla registrazione degli esisti clinici/delle refertazioni, fino agli eventuali follow-up sanitari se necessari;

- Permettere alla Regione di monitorare centralmente le attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL, effettuando dei controlli statistici su tempi e performance dei processi e delle valutazioni di lungo periodo sull'efficacia sanitaria delle azioni intraprese, nonché di adempiere alla reportistica informativa richiesta a livello nazionale o dagli altri soggetti preposti.
- Abilitare l'integrazione delle altre soluzioni dell'ecosistema di servizi digitali della sanità regionale per realizzare nuovi servizi legati per gestire ed erogare i programmi di screening (ad esempio l'integrazione con il nuovo modello di CUP regionale, con l'anagrafe regionale degli assistiti, con l'Hub regionale per la gestione e fruizione dei dati clinico/sanitari).

In sintonia con la Programmazione degli interventi di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania, la piattaforma software realizzata consentirà, in sintesi, di digitalizzare l'intera area degli screening oncologici, riconoscendo una centralità specifica al paziente e integrandosi con le altre piattaforme del SSR e/o previste dal Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA).

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment dei processi di screening oncologico
- Numero procedure

b. Definizione del modello standard dei processi di screening oncologici e advisory strategico-funzionale verticale
- Numero fasi attività

c. Progettazione tecnica di dettaglio
- Numero interfacce

d. Implementazione della piattaforma software e integrazione
- Numero applicazioni

e. Supporto specialistico e supporto agli utenti
- Numero ticket

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020

7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa

La Regione Campania, in tema di dipendenze, è organizzata in 7 AASSLL e 42 Serd (servizi per le Dipendenze).

Il monitoraggio sulle Dipendenze, realizzato dalla Regione Campania nell'ambito del SID (Sistema Informativo Dipendenze), avviene attraverso il sistema informativo HTH.

In seguito a diversi interventi di natura tecnologica e consulenziale, il sistema di monitoraggio dei dati sulle dipendenze è stato in grado di innalzare notevolmente la qualità del processo di alimentazione delle informazioni contenute all'interno del sistema HTH, con una inevitabile ricaduta in termini di efficacia sul debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

Ciò nonostante, permangono alcuni ambiti di miglioramento su cui intervenire e operare che rendono necessaria una riprogettazione del framework tecnologico-organizzativo attuale.

In particolare:

- Presenza di un sistema informativo non sempre rispondente alle specifiche esigenze che emergono dalle prassi operative adottate e di un'interfaccia poco user friendly rispetto alle aspettative degli utenti;
- Permanenza presso i Serd di modalità e strumenti sviluppati internamente per il monitoraggio delle attività e dei servizi erogati. Tali modalità sono spesso utilizzate in maniera parallela o sostitutiva ad HTH, contribuendo alla frammentazione informativa e ad una scarsa propensione al pieno utilizzo del sistema;
- Esistenza presso i Serd di Cartelle Cliniche Cartacee (diverse per ciascuna ASL), regolarmente utilizzate dagli operatori, con dati e informazioni non allineati con la struttura dati del sistema informativo.

Tali criticità obbligano spesso a sforzi consistenti da parte della Regione nel recuperare i dati e garantire così un buon livello qualitativo dei dati relativi alle dipendenze ai fini dell'invio al Ministero della Salute per il SIND.

La Regione Campania, nell'ambito degli interventi di sanità digitale del progetto SINFONIA sta mettendo in campo su tale attività:

- Re-ingegnerizzazione del sistema in uso per renderlo maggiormente rispondente alle esigenze del sistema regionale e dei relativi attori (Ente Regione, ASL e Serd);
- Affiancamento al processo di innovazione attraverso l'attivazione di azioni di accompagnamento;
- Supporto e formazione sia ai dipendenti regionali che agli operatori dei Serd.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment organizzativo e affiancamento

- Numero processi da reingegnerizzare

b. Analisi e progettazione funzionale delle soluzioni da reingegnerizzare

- Numero funzionalità

c. Supporto strategico e funzionale

- Numero disallineamenti

d. Progettazione tecnica di dettaglio della soluzione

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero soluzioni

e. Implementazione soluzione target

- Numero componenti

f. Migrazione verso la soluzione reingegnerizzata

- Numero record

g. Messa in campo soluzione reingegnerizzata

- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso

La gestione delle liste di attesa e il relativo monitoraggio è stato più volte oggetto di regolamentazione a livello nazionale, come nella legge 23 dicembre 1994, nella legge 23 dicembre 2005, nel piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012 e in successivi aggiornamenti e nelle altre fonti emanate a livello di governo centrale e linee guida e indicazioni ministeriali. La Regione Campania a riguardo ha istituito, con il Decreto n. 34 del 8/8/2017, il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), al quale spetta il compito di individuare le modalità più idonee per effettuare il monitoraggio periodico degli indicatori di performance relativi alle liste di attesa. Il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa risulta, inoltre, strettamente correlato con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'efficacia nel governo delle liste di attesa richiede che le AASSLL siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita, in modo da abilitare un modello di programmazione sanitaria integrato nell'ambito della singola ASL e su scala regionale. Conseguentemente, nel citato Decreto n.34 del 8/8/2017, viene sottolineato che "risulta necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa e l'agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali".

Le AASSLL della Campania e la Regione hanno già cominciato nel tempo a dotarsi di strumenti per il monitoraggio delle liste di attesa. Rientra tra questi AsapBI, cruscotto applicativo inizialmente sviluppato per monitorare le performance e le liste di attesa, secondo le linee guida regionali, di un'Azienda Ospedaliera e successivamente esteso al monitoraggio delle liste di attesa a livello regionale.

In tale contesto si andrà a potenziare l'attuale soluzione regionale per il monitoraggio delle liste di attesa e si procederà con le attività di evoluzione e adeguamento in coerenza con l'evoluzione complessiva del modello di digitalizzazione della sanità campana con l'obiettivo di:

- Garantire la valorizzazione delle soluzioni già nelle disponibilità di Regione Campania;

- Indirizzare le evoluzioni di tale soluzione in considerazione ed in coerenza con l'evoluzione del modello CUP Regionale prevista nel medesimo livello progettuale e la necessità di includere nel monitoraggio delle liste d'attese i dati relativi al privato convenzionato;
- Completare i cruscotti di monitoraggio delle liste di attesa ed estenderli in termini di capacità di analisi, monitoraggio e reportistica e di servizi sanitari presidiati, includendo ad esempio i dati relativi al pronto soccorso;
- Dare pieno adeguamento alle linee guida nazionali e regionali e garantire la coerenza dei flussi informativi in ambito, anche nell'ottica complessiva degli interventi di digitalizzazione del SSR.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione del modello di monitoraggio e advisory strategico funzionale
- Numero modelli individuati

b. Progettazione tecnica di dettaglio
- Numero processi da monitorare

c. Implementazione del sistema e integrazione
- Numero componenti

d. Gestione applicativa
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020

7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE

La Regione ritiene indispensabile agevolare il processo di diffusione delle soluzioni di Cartella Clinica Elettronica sul territorio (attualmente la diffusione di CCE nelle strutture sanitarie è caratterizzata da una situazione "a macchia di leopardo"), al fine di ottimizzare i processi di convergenza e gestione di tutti i dati clinici dei pazienti e di abilitare, oltre alle dinamiche di alimentazione del FSE, la disponibilità per la fruizione, in servizi innovativi, dei dati clinico-sanitari.

In tale direzione si colloca la duplica azione di Regione Campania:

- La definizione e implementazione di un catalogo di CCE regionali;
- La parallela realizzazione di un Hub per la fruizione standardizzata dei dati clinico-sanitari nel SSR.

Le due azioni costituiscono i cardini del progetto regionale, che attraverso una strategia complessiva e partecipata di sviluppo dell'ecosistema dei servizi digitali del SSR, è volto a garantire:

- La coerenza della diffusione delle CCE;
- La rispondenza e funzionalità dell'adozione della CCE da parte delle aziende.

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

La progettazione e l'implementazione del catalogo regionale realizza, di fatto, la definizione del modello di conformità e qualificazione delle soluzioni di CCE affinchè siano, al di là dell'autonomia delle Aziende che le adottano, pienamente integrate in un paradigma regionale in cui partecipare in modo coerente alla costruzione di servizi innovativi per la fruizione di dati clinico sanitari.

L'Hub di integrazione delle CCE (e più in generale dei dati clinico sanitari) è l'oggetto che tecnologicamente realizza il tessuto connettivo standard per la disponibilità - in termini di servizi innovativi di fruizione – dei dati clinico sanitari.

Il modello così perseguito si caratterizza per la funzionalità e complementarietà al FSE e per l'essere incentrato, ancora una volta assecondando il fil rouge dell'intera iniziativa di digitalizzazione regionale, su principi di consolidamento e standardizzazione che creano valore di sistema, contrapponendosi alla frammentazione e alla diseconomicità di iniziative autonome, non rispondenti ad una logica coerente.

Il modello così perseguito ha il valore, inoltre, di considerare i dati (in questo caso quelli originati dalla CCE in particolare) dal punto di vista del loro potenziale nella costruzione di servizi innovativi per il cittadino e per gli operatori.

La costruzione dell'Hub è, infine, l'elemento abilitante per la valorizzazione tempestiva, sempre in termini di fruibilità per cittadino e operatori, del patrimonio dematerializzato delle Cartelle Cliniche Cartacee.

In quest'ottica l'Hub costituisce un asset chiave per la realizzazione di servizi innovativi e di prossimità a cittadini e operatori del SSR nel valorizzare la messa a sistema dei diversi interventi progettuali previsti per la digitalizzazione della sanità campana, implementando la necessaria cerniera tra l'ambito operativo clinico/sanitario e le sue ricadute in termini di flussi informativi rilevanti nei procedimenti amministrativi.

L'Hub costituisce dunque un formidabile acceleratore rispetto alla capacità dell'intero ecosistema di servizi digitali della sanità di produrre benefici per cittadini e operatori, valorizzando il potenziale di componenti principali quali l'FSE e incrementando ulteriormente le possibilità di governo (controllo e indirizzo) a livello regionale. La disponibilità di informazione clinico/sanitaria strutturata e standardizzata attraverso l'Hub consente inoltre di ottenere servizi di analytics orientati al controllo ed al supporto decisionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment soluzioni CCE
- Livelli di copertura

b. Definizione di un catalogo CCE
- Indicatore: numero soluzioni individuate

c. Piattaforma Hub di convergenza delle Cartelle Cliniche e dei Dati clinico/sanitari
Implementazione piattaforma di interoperabilità "Piattaforma Hub HIE – Health Information Exchange
- Numero componenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020

7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione

A valle della realizzazione del modello regionale per la CCE di cui all'intervento 7.9, basato sulla definizione del catalogo e sulla realizzazione parallela dell'Hub per la fruizione dei dati clinico-sanitari, potranno esser offerti, in rispondenza a quanto previsto nel piano dei fabbisogni, servizi volti a:

- Realizzare funzionalità e servizi evoluti di analytics orientati al controllo e al supporto decisionale;
- Sviluppare ulteriori moduli funzionali per le CCE disponibili a catalogo;
- Realizzare una implementazione aziendale pilota di CCE a catalogo;
- Supportare (in termini tecnici e organizzativi) l'adozione da parte delle Aziende delle soluzioni di CCE a catalogo.

Obiettivi e Indicatori

a. Servizi di Data Analytics basati su dati sanitari
- Numero componenti

b. Sviluppo moduli complementari CCE
- Numero moduli sviluppati

c. Implementazione delle soluzioni di CCE presso due strutture pilota
- Numero soluzioni implementate

d. Affiancamento operativo e change management nell'adozione della CCE
- Numero aziende

e. Re-engineering organizzativo informativo e di processo
- Numero processi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2021

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

8. Programma 8: L'informazione e l'Audit come strumento di programmazione e indirizzo

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi informativi, così come descritto precedentemente, ha come mission quella di: analizzare la spesa ed il consumo dei determinanti sanitari al fine di monitorare ed ottimizzare l'appropriatezza degli interventi in sanità (Health Tecnology Assessment); elaborare specifici indicatori a supporto della Direzione Generale per la definizione e verifica dei programmi sanitari nonché per recuperare l'appropriatezza; valutare l'impatto delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica.

In tal modo sarà possibile fornire alla Governance Regionale un'informazione precisa e puntuale in modo da rendere il governo clinico, oltre a quello finanziario, il reale decisore. Al fine di trasferire le evidenze che emergono nella reale pratica clinica a tutti gli operatori sanitari, in modo da promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza, saranno messi in atto processi di audit clinico.

In particolare, saranno realizzati:

- Audit di processo, volti a valutare l'appropriatezza degli interventi clinico-assistenziali nella reale pratica clinica relativi alle patologie croniche (diabete, cardiovascolare, etc.) in cui sarà prevista la partecipazione delle associazioni di pazienti in modo da coinvolgerli attivamente nei processi assistenziali e decisionali;
- Audit di esito volti a misurare l'effetto che le attività di assistenza hanno avuto sulla salute dei pazienti.

Obiettivi e indicatori

a. Promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza attraverso una continua formazione/informazione a tutti gli operatori sanitari

- Numero di audit di processo attuati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

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

9. Programma 9: Governance per il Sistema Sanitario della Regione Campania

9.1 Assetto organizzativo del SSR

Quale presupposto del ragionamento sulla rivisitazione dell'assetto organizzativo del SSR della Regione Campania c'è l'idea che l'uscita dal Commissariamento, richiesta con la presentazione dei Programmi Operativi relativi al triennio 2019-2021, ed anche la futura uscita dal Piano di Rientro (PdR) non saranno definitive se la struttura regionale non diventerà autosufficiente nel realizzare e monitorare le azioni programmate e che, quindi, sia necessaria la progettazione di un'adeguata governance regionale a prescindere dai meccanismi straordinari di vigilanza e supporto previsti dalla fase commissariale e dal PdR.

Il dibattito sulla governance adeguata ad esercitare questa autonomia è centrale nella attuale fase del Servizio Sanitario Regionale (SSR) campano e non può prescindere dalla considerazione degli orientamenti di fondo (driver) per lo sviluppo della sanità campana.

9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana

Secondo il citato piano triennale, i driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Centralità del cittadino;
- Riduzione della mobilità passiva.

9.1.2 La Governance regionale

Questa sezione nonché il piano nel suo complesso e l'agire concreto di numerosi attori del sistema sanitario negli ultimi anni sembrano assumere che il punto centrale del futuro modello di governance regionale sia la creazione di un efficace sistema informativo a livello regionale che permetta al decisore regionale di:

- Conoscere praticamente in tempo reale quanti più dettagli possibili dell'attività amministrativa e sanitaria delle aziende;
- Aggregare questi dati, confrontarli e analizzarli per trarne conoscenza;
- Utilizzare questa conoscenza per attività di audit, programmazione sanitaria e indirizzo strategico.

Questa strada è largamente condivisibile. D'altronde sarebbe in ogni caso impensabile per la Direzione Generale regionale riprendere pienamente le sue funzioni senza disporre di dati affidabili e aggiornati per monitorare e programmare. Senza avere qui a disposizione lo spazio per elogiare a sufficienza gli aspetti positivi di questa impostazione e l'immenso e prezioso lavoro che le persone che lo portano avanti stanno

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

svolgendo, di seguito si elencano le principali problematiche, ad oggi prevedibili, che sono state considerate e gestite nell'ambito della progettazione del nuovo assetto organizzativo:

- La complessità di far davvero funzionare procedure informatiche in modo tale che simultaneamente le considerino affidabili tutte le aziende per la loro attività quotidiana e la "holding regionale" per le esigenze di audit e programmazione, è alta.
- La disponibilità ed affidabilità dei dati è la premessa perché questa impostazione funzioni ma quello che conta davvero è saperli utilizzare efficacemente per effettuare valutazioni e prendere decisioni.
- Il sistema può essere costruito focalizzando l'attenzione di chi lo progetta e lo utilizza sull'uso dei dati come strumento operativo che facilita il coordinamento e il miglioramento continuo. Un approccio che punta al coinvolgimento delle aziende ha più probabilità di produrre decisioni migliori e concretamente attuate rispetto ad un approccio che pone l'accento sull'utilizzo dei dati a livello regionale come strumento di controllo.

9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania

A partire dal triennio 2008-2010, nel SSN si assiste a una progressiva evoluzione e trasformazione verso un sistema di holding regionali: le reti di aziende in competizione che erano state disegnate dal D.lgs. 502/92 sono progressivamente diventate, in ogni Regione, sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale.

Indagare gli assetti istituzionali e organizzativi con cui si stanno strutturando le capogruppo regionali in altre Regioni può essere utile per identificare elementi di interesse e confronto per delineare strategicamente la struttura più coerente per la Regione Campania. Non bisogna, quindi, assumere che siano necessariamente modelli efficaci e/o adattabili alle esigenze campane. Il ridisegno istituzionale dei SSR è stato spesso argomentato con la necessità di:

- Generare economie di scala e controllare le dinamiche della spesa;
- Garantire "logiche di sistema" con una programmazione unitaria;
- Affrontare la ridondanza, sovrapposizione, duplicazione di strutture di erogazione di servizi e cura (laboratorio unico, aggregazione di aree per intensità di cura);
- Riorientare i servizi verso filiere integrate di offerta (ad esempio, case della salute, ospedali di comunità, long term care, ambulatori di cure primarie, etc.).

In funzione della distribuzione dei poteri e dei profili di responsabilità tra il livello centrale e il livello locale si possono identificare le tipologie di "capogruppo" indicare nella tabella che segue.

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali

Tabella 7 – Distribuzione poteri e profili di responsabilità

Diverse tipologie di capogruppo regionali hanno deciso di centralizzare servizi e aree strategiche, quali:

- Servizi di acquisto (Centrale Acquisti Lazio, EGAS Friuli Venezia Giulia, ESTAR Toscana);
- Pianificazione: obiettivi di sistema ed allocazione delle risorse (DEP Lazio Oss. Epid., ESTAV Toscana, AliSA Liguria, Lombardia);
- Strategie di sviluppo delle reti e delle principali macrostrutture a livello di ogni singola Azienda cui compete la traduzione operativa e la responsabilità gestionale;
- Gestione completa delle funzioni direzionali, lasciando alle Aziende solo le funzioni erogative di aderenza alle procedure predeterminate.

Rispetto alle classificazione proposte, lo studio condotto ha permesso di rilevare il posizionamento di alcune regioni italiane e di proporre, alla luce delle caratteristiche specifiche del contesto locale, un'ipotesi di posizionamento per il modello della Regione Campania.

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			X	X			X
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale							
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	X	X			X	X	

** Ipotesi di posizionamento del modello organizzativo del SSR campano*

Tabella 8: Posizionamento Regionii

La scelta del modello adottabile per la Regione Campania si poggia su alcune constatazioni di base:

- Rafforzamento dell'azione di governance regionale, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute;
- Superamento della situazione critica dell'Assessorato, svuotato di personale da anni di blocco del turnover, con la copertura, attraverso le procedure in corso di finalizzazione, di molte posizioni chiave scoperte;

- Blocco del turnover all'interno delle aziende che iniziano ad assumere nuove persone con conoscenze e competenze che hanno bisogno di tempo e investimenti per formarsi;
- Crescita dimensionale della So.Re.Sa che, grazie alla forma giuridica e alle competenze del management, ha iniziato a gestire un numero crescente di funzioni accentrate;
- Regione di grandi dimensioni con realtà aziendali molto diverse (es: Ospedale Cardarelli vs ASL di Benevento), un territorio complesso ed una storia recente che ha ridotto le opportunità di sviluppare competenze di governo strategico a livello aziendale e regionale.
- Rafforzamento dei sistemi operativi di coordinamento tra le parti del SSR, al massimo discutendo l'ulteriore accentramento di alcune limitate funzioni aziendali "no-core", piuttosto che ridiscutere la struttura organizzativa del sistema disegnando nuovi organismi o stravolgendo l'allocazione delle competenze tra quelli esistenti;
- Potenziamento dell'autonomia e delle competenze del middle management delle Aziende e della capogruppo.

La stessa rappresentazione può essere maggiormente articolata se si fa riferimento alle tre principali funzioni che devono essere considerate ai fini della conduzione di un sistema sanitario regionale: funzione sanitaria, funzione amministrativa e funzione logistica.

	Poteri e funzioni della capogruppo	Poteri e funzioni delle aziende controllate	Profili di responsabilità delle aziende controllate	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania*
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			FxS FxL	FxS FxA FxL	FxS		FxS FxL
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale	FxS	FxS	FxA			FxS	
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	FxA FxL	FxA FxL			FxA FxL	FxA FxL	FxA

FxS – Funzione Sanitaria
FxA – Funzione Amministrativa
FxL – Funzione Logistica

** Ipotesi di posizionamento delle funzioni esercitate*

Tabella 9: Distribuzione dei compiti

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

La distribuzione dei compiti all'interno della capogruppo tra la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.

Una volta operate le scelte sul ruolo della capogruppo è necessario dedicarsi all'assetto della capogruppo al cui interno oggi in Campania è possibile identificare due soggetti principali: la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.. Come già discusso, So.Re.Sa. rispetto all'Assessorato è caratterizzata da maggiore flessibilità amministrativa e dal gestire una parte importante dei dati che servono alla programmazione. D'altra parte, l'Assessorato è il soggetto in ultima analisi giuridicamente legittimato alle attività di pianificazione e programmazione sanitaria e la minore flessibilità di un Assessorato rispetto ad una Spa è motivata anche dalla rilevanza pubblica delle decisioni che pone in essere.

La revisione dell'assetto istituzionale interno al livello centrale del SSR può ispirarsi a differenti modelli istituzionali. Tra questi, quello che maggiormente consente di valorizzare le peculiarità del contesto campano è il Modello ispirato al rafforzamento tecnico-specialistico di So.Re.Sa e al ruolo di supporto di questa alla funzione di Internal Audit

Tale modello, sulla base dell'analisi degli assetti istituzionali di altre esperienze (in particolare, Emilia-Romagna) prevede non solo un significativo rafforzamento del ruolo di So.Re.Sa. delle attività tecnico-amministrative di tipo specialistico, ma soprattutto un crescente ruolo nel supporto alla DG Salute nelle attività di controllo di gestione ed economico-finanziario, mantenendo una netta separazione con le attività di pianificazione strategica e programmazione sanitaria in capo alla Direzione Generale Sanità, alla quale fornisce costantemente i dati per la valutazione.

La Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale mantiene le attività di:

- Coordinamento, pianificazione e organizzazione del sistema sanitario regionale;
- Cura del governo economico finanziario del SSR;
- Attuazione e alla regolamentazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali;
- Coordinamento, programmazione e pianificazione degli interventi socio-sanitari nel campo delle dipendenze patologiche, della salute mentale, della riabilitazione e della non autosufficienza;
- Istruttoria relativa ai programmi di ricerca sanitaria;
- Altre attività previste dall'attuale disegno organizzativo (attività farmaceutiche e inerenti alla farmaco-vigilanza; adempimenti connessi ai sistemi informativi in materia sanitaria, alla prevenzione e all'igiene sanitaria, all'igiene dei luoghi di lavoro e alla prevenzione sanitaria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, alla sicurezza alimentare e all'assistenza veterinaria; programmazione e pianificazione degli interventi relativi all'assistenza consultoriale, alla tutela materno-infantile, alla medicina penitenziaria, alla medicina scolastica, alle malattie sociali e alla medicina dello sport.
- Attività di "Internal audit" di tipo contabile: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e coordinamento delle attività di Internal audit delle singole aziende.

Le attribuzioni tipiche di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito, sono ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società, quali:

- Creazione Banca Dati Unificata;
- Centrale Unica di Pagamento;

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

- Supporto alla Regione nelle procedure di Accreditamento Istituzionale delle Strutture del SSR;
- Supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle Strutture del SSR;
- Supporto alla DG Salute nelle attività di pianificazione e programmazione sanitaria, attraverso la produzione e l'analisi dei dati;
- Attività di "Internal audit" di tipo operativo: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e monitoraggio delle funzioni di controllo operativo delle singole aziende.

9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie

Le Aziende Sanitarie campane sono 17, divise tra 7 AASSLL, 2 AOU, 1 AORN/AOU, 1 IRCCS, e 6 AORN (di cui una pediatrica). Esse nascono dalla fusione di Aziende più piccole, con aggregazione di presidi ospedalieri a vocazioni differenziate. Alcuni di essi hanno mantenuto il ruolo di P.S. nella rete ospedaliera. Delle 7 AASSLL solo una è esclusivamente territoriale (avendo solo presidi ospedalieri accreditati) e diventa per questo, in Regione Campania un laboratorio sperimentale per i LEA territoriali. Tutte le Aziende sono costantemente monitorate dagli Uffici regionali nei percorsi esecutivi.

Obiettivo e Indicatori

a. LA GOVERNANCE DI "SISTEMA": Data la diversità di mission, si ritiene che le Aziende Sanitarie campane si giovino anche di una governance comune "di Sistema". Un processo di governance aziendale in rete regionale non è ancora declinato in maniera formale ma resta necessario per rendere coerente la programmazione e la strategia regionale e poter mettere in relazione le Aziende con i contesti locali. Va perciò rafforzata l'azione di governance regionale corrente, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute.

Azioni comuni da rafforzare per una buona governance di Sistema e rispondere al livello di complessità delle Aziende, sono rappresentate dalla possibilità per la Regione e insieme per le Aziende di:

- Predisporre e condividere percorsi amministrativo-contabili
- Accedere con diversi livelli di ingressi a piattaforme informatizzate regionali per la verifica della propria collocazione nell'ambito delle performance di sistema
- Predisporre e adottare percorsi clinico-assistenziali regionali (PDTA) e adattarli alla singola Azienda per una necessaria continuità assistenziale e riconciliazione terapeutica
- Predisporre l'adeguamento in coerenza temporale alle innovazioni amministrative e gestionali
- Individuare e condividere le best pratice per migliorare la qualità del sistema sanitario
- Individuare le criticità interaziendali e superarle con metodologia di concertazione e di indirizzo
- Monitorare l'andamento degli indicatori di performance, dei LEA, del PNE ed adottare indicazioni e azioni correttive ove necessario
- Monitorare gli indicatori economico-finanziari per il rispetto dei parametri programmati
- Condividere, mediante le infrastrutture di servizio, processi di approvvigionamento, trasporti, diagnostica centralizzata, preparazione farmaci, analisi e reportistica
- Promuovere e governare i processi di valutazione HTA
- Promuovere e sostenere la formazione manageriale diffusa, specie rivolta al middle management
- Monitorare il fenomeno della mobilità passiva e programmare strategie di intervento

Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

- Accesso al cruscotto regionale

b. LE RELAZIONI INTERISTITUZIONALI: La Regione ritiene che i processi di governance propri delle Aziende siano già ampiamente nel dominio delle Direzioni strategiche, a cui restano affidate nella ordinaria quotidianità e per i necessari adattamenti correlati al bisogno organizzativo e gestionale aziendale.
Anche le relazioni con i Comuni sono ampiamente disciplinate dalle normative vigenti, sia attraverso il Collegio dei Sindaci sia dalla normativa 328/2000 relativa all'integrazione socio-sanitaria.

Le AASSLL normalmente si interfacciano con gli Enti e le Agenzie del territorio e tutti gli stakeholders per amplificare messaggi di prevenzione, diffondere buone pratiche in tema di salute, svolgere azioni di protezione di comunità ed interventi di sanità pubblica. In questa dimensione la Regione Campania auspica che tutte le proprie articolazioni e tutte le Direzioni che abbiano ad essere interfaccia con le Aziende Sanitarie offrano la massima collaborazione istituzionale per azioni condivise, finalizzate a migliorare la salute e l'empowerment del cittadino.

- Numero di protocolli di Intesa su tematiche di salute sottoscritti con Enti e Agenzia del territorio di riferimento

c. LE RELAZIONI INTERAZIENDALI: Fenomeni di condivisione di processi omologhi o complementari sono già attivi tra varie Aziende, ove per complementarietà di funzioni, ove per completamento di percorsi assistenziali, ove per la condivisione di risorse rispetto a processi comuni. Le sinergie organizzative risultano efficaci quando è condiviso un obiettivo o quando entrambe le Aziende trovano comunque un giovamento, anche diverso, ma preordinato.

La Regione intende promuovere e sviluppare percorsi di integrazioni interaziendali che conducano ad un miglioramento dei percorsi assistenziali, ad una economia di scala, all'appostamento appropriato di risorse. In tal senso valuterà con attenzione prioritaria forme di intesa programmatoria rispetto all'accesso a fondi dedicati.

- Protocolli di intesa e collaborazioni operative tra aziende per ottimizzazione delle risorse e/o miglioramento dei servizi

d. LE RELAZIONI TRA AZIENDE OMOLOGHE EXTRAREGIONE – i network sovraregionali: La complessità sanitaria e sociale rappresentata dalla assistenza specialistica e oncologica non può più trovare risposte coerenti e complete nelle singole organizzazioni, ma deve trovare nuove scale dimensionali entro cui organizzare la risposta erogativa. Pare perciò opportuno promuovere la creazione di Network sovraregionali per Aree Vaste di tipo funzionale, che rendano più velocemente percorribili gli sviluppi della ricerca, della assistenza, e delle sperimentazioni gestionali.
A tal fine, così come previste nella 288 regolatoria degli IRCCS, il Pascale di Napoli con il consenso della Regione Campania ha promosso la costituzione della rete "AMORe" - Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete - per mettere insieme le competenze di ricerca, professionali ed organizzative dei tre IRCCS oncologici del Sud Italia e, precisamente, l 'Istituto Pascale di Napoli, Giovanni Paolo II di Bari e il CROB di Rionero in Vulture. A questa unione ha chiesto di affiancarsi anche la Regione Calabria, con la partecipazione della Azienda Ospedaliera di Cosenza. L'obiettivo è la creazione di un Network sovraregionale: una sorta di Area Vasta Oncologica entro cui dispiegare innovative partecipazioni gestionali, sui temi di:

- Ricerca: le direzioni scientifiche hanno già condiviso la piattaforma informatica del catalogo prodotta e già sperimentata presso l'Istituto Pascale di Napoli, e questo consente ai ricercatori di poter dialogare

tra loro con modalità fortemente innovativa, di valutare e condividere esiti di sperimentazioni, nonchè di esprimere pareri condivisi sulle nuove opportunità, e poter contare su bacini di potenziali pazienti con casistiche sempre più ampie e articolate

- Clinica: ci si propone la condivisione su scala allargata dei PDTA, e la loro certificazione, percorso questo già completato nel Pascale e IRCCS di Bari, per quanto concerne il PDTA per il carcinoma prostatico, e nel Pascale per il Ca del testicolo
- Infrastrutture: è prevista la adesione alla piattaforma informatica costruita in sede dal Pascale di Napoli e già in uso
- Consulenza/confronto: possibilità che i professionisti possano, su particolari patologie, effettuare tra di loro second opinion fino a poterne prevedere l'impiego sulla base di accordi trilaterali all'interno dei vari istituti
- Organizzazione: E' stata già avanzata ai Presidenti delle Regioni interessati ed al Ministero la richiesta per il comitato etico unico, dedicato ai tre IRCCS facenti parte dell'alleanza

- Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione
- Accesso alla piattaforma
- Avvio consulenze in second opinion

Scadenza

a. Entro Settembre 2019 con revisione annuale (Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende); a partire da Dicembre 2019 (Accesso al cruscotto regionale)
b. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2020 (Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione); A partire dal 2020 (Accesso alla piattaforma); A partire da Luglio 2019 (Avvio consulenze in second opinion)

Tendenziali 2019-2021

I Conti Economici tendenziali

Nel seguito, si riporta il dettaglio e le ipotesi di calcolo per la costruzione dei tendenziali 2019-2021.

Per la costruzione dei tendenziali 2019, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento rispetto al Consuntivo 2018 dell'1,2%, pari al Tasso di Inflazione Programmata (di seguito TIP), riportato in data 29 Ottobre 2019 sul sito del Dipartimento del Tesoro[1]. Mentre per la costruzione dei tendenziali 2020-2021, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento dell'0,8%, pari al TIP, rispetto al costo tendenziale dell'anno precedente.

Per le voci di costo relative al Personale dipendente e convenzionato, alla farmaceutica convenzionata, alle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, alla mobilità extra regionale e internazionale, ai prodotti farmaceutici, agli specialisti ambulatoriali, agli altri servizi sanitari e non sanitari, ai beni non sanitari, agli ammortamenti, al pay-back, agli accantonamenti per il personale convenzionato, al fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

Per le voci di ricavo relative al F.S.R. indistinto e vincolato, alla mobilità extra regionale e internazionale e alle entrate, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinto

Per l'importo del FSR 2019 è stato riportato il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88/2019 e n.90/2019. Per l'anno 2020-2021 tale quota è stata incrementata della stima di crescita del fondo sanitario nazionale (pari rispettivamente a ca. 2.000.000 €/000 per il 2020 e ca. 1.500.000 €/000 per il 2021), desumibile dalla Legge 145/18, moltiplicata per la quota di accesso per la Regione Campania desunta dall'Intesa n. 89/2019, pari a 9,32 %. Tale quota di accesso non tiene conto dell'incidenza percentuale, a favore della Regione Campania, relativa alla quota dello 0,25% dell'indistinto che negli ultimi anni è stata ripartita tra le regioni ai fini di riequilibrio, sostenendo in particolare le regioni Liguria e Campania, in quanto regioni che si distanziano maggiormente dall'indice di vecchia medio nazionale.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per quanto riguarda i contributi a destinazione vincolata, per gli anni 2019 e 2021 è stato riportato il valore indicato dal Ministero della Salute, nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019.

Per il 2020, rispetto alle quote previste per il 2019 e 2021, sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni

[1] Fonte: http://www.dt.tesoro.it/it/attivita_istituzionali/analisi_programmazione_economico_finanziaria/inflaz_programmata/

Deliberazione del Direttore Generale A.S.L. Napoli 3 sud n. 674 del 23.09.2020 fonte: http://burc.regione.campania.it

assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019.

Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro

Per il 2019-2020-2021 tale voce è pari a ca. 5.677 €/000 come da comunicazione del Ministero della Salute del giorno 8.11.2019.

Saldo mobilità extraregionale e internazionale in compensazione

Per il triennio 2019-2020-2021 le relative voci di ricavo e di costi sono state mantenute stabili in via prudenziale. A tal proposito è stato preso come riferimento per la mobilità extra-regionale il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019.

Il saldo della mobilità internazionale per l'anno 2019 è pari al valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019. Mentre per il biennio 2020-2021 è stata riportata una stima prudenziale del saldo pari a ca. -8.250 €/000, basato sugli addebiti riferiti agli anni 2013/2017.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati anni precedenti

Per la voce relativa all'utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, il tendenziale degli anni 2019-2020-2021 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018 che ammonta a ca. 61.102 €/000.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale degli anni 2019 e 2020 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018, mentre nel 2021 è stato previsto l'ulteriore utilizzo delle quote relative al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, riferite alle annualità 2016-2019, pari a ca. 18.150 €/000 a copertura dei costi operativi che saranno sostenuti nell'anno.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale per gli anni 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, a cui è stata aggiunta la quota relativa al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, pari a ca. 4.655 €/000 e la quota relativa all'intesa CSR n. 151/2019 finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, pari a ca. 4.211 €/000. L'importo relativo al gioco patologico è stato accantonato nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2020. La quota relativa all'intesa alla CSR n. 151/2019 è stata accantonata nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2021.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro

Il tendenziale per il solo 2019 è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018 comprensiva la quota relativa al 2019 del Progetto ex Articolo 79. Tale importo è riportato anche per il solo 2019 tra le consulenze non sanitarie da privato. Per il 2020 il tendenziale è pari a quanto iscritto in sede di Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta

una quota di ca. 3.751 €/000 relativa all'estensione per il 2020 del Progetto ex Articolo 79. Per il 2021 la voce è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018.

Altre entrate

Rispetto al Consuntivo 2018 per il tendenziale degli anni 2019-2020-2021, tali voci, compreso il saldo dell'intramoenia, sono state mantenute prudenzialmente stabili, al netto di fenomeni che si ritiene specifici dell'anno 2018 (riferibili alle voci "Altri proventi diversi" e "Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici" per un totale di 11.855 €/000).

Pay-back

La quota relativa al Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, per il tendenziale 2019-2020-2021, è stato posto pari a zero; mentre per l'ulteriore pay-back è stato riportato per il triennio 2019-2020-2021 il valore iscritto a CE in sede di Consuntivo 2018. Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170 €/mln (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze).

COSTI

Beni e Servizi

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, la stessa è stata effettuata come di seguito riportato:

- Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato di un tasso di crescita annuo pari al CAGR rilevato negli anni 2015-2016-2017 (3%). Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici anti Epatite C invece è stato mantenuto costante nel triennio e pari al valore rilevato al Consuntivo.
- Il costo tendenziale 2020-2021 per l'acquisto degli altri beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici e i dispositivi, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018 (16,2%). Mentre per il 2019 il costo tendenziale è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per l'anno 2019.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei dispositivi è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021. Ciò tenuto conto anche degli andamenti dei conti economici trimestrali del 2019 (II e III Trimestre 2019).
- Il costo tendenziale per l'acquisto di beni non sanitari, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei costi per servizi appaltati, utenze e consulenze (ad eccezione dell'indennità al personale universitario e degli specialisti ambulatoriali) è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del

TIP per gli anni 2019-2021. Per il costo tendenziale del 2019 delle sole consulenze non sanitarie si è tenuto conto della quota relativa al progetto ex Art 79 pari a ca. 12.650 €/000.

- Il costo tendenziale degli specialisti ambulatoriali (sumai) è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno.
- Il costo tendenziale 2020-2021 degli altri servizi sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 3,5%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019.
- Il costo tendenziale 2020-2021 dei rimanenti servizi non sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 1,6%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019. Si precisa che nell'ambito di tale valutazione si è tenuto conto della quota della convenzione So.Re.Sa., relativa all'anno 2019, pari a ca. 4.252 €/000.

Costo del Personale dipendente

Nei tendenziali del triennio 2019-2020-2021, il costo del personale dipendente è stato definito sulla base di quanto iscritto a CE nel Consuntivo 2018, al netto dello sforamento dei fondi contrattuali rilevati nel medesimo anno, stimando che le AA.SS. assumano il 100% del personale cessato dell'anno precedente.

Medicina di base

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della medicina di base è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Farmaceutica convenzionata

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della farmaceutica convenzionata è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Prestazioni sanitarie da privato

Per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica il costo tendenziale è stato costruito tenendo in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review, quindi procedendo all'abbattimento del 2% del valore rilevato al Consuntivo 2011. L'importo così determinato è stato mantenuto costante per il triennio 2019-2020-2021.

Per l'assistenza riabilitativa il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

Per l'assistenza psichiatrica e socio-sanitaria, il valore tendenziale 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018, tale valore è stato mantenuto costante nel triennio di riferimento.

Per l'assistenza integrativa e protesica il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

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

Accantonamenti a fondi rischi

Il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi per il 2019-2020-2021 è stato stimato partendo dal dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata per situazioni specifiche relative all'anno 2018.

Altri accantonamenti

Il valore tendenziale degli altri accantonamenti per il 2019-2020-2021 è pari al dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata, pari a ca. 14.000 €/000.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Per l'anno 2019 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, sono pari al valore rilevato al Consuntivo 2018. Per il 2020 la voce è pari al 70% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019, a tale importo sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019. Per il 2021 la voce è pari al 30% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019.

Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il costo tendenziale 2019 è pari al valore rilevato al Consuntivo 2018 incrementato delle quote relativa al gioco d'azzardo patologico 2016-2019 (ex legge 208/2015) pari a ca. 13.495 €/000 con riferimento agli anni 2016-2018 e a ca. 4.655 €/000 con riferimento all'anno 2019. A tale importo sono stati aggiunti ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019 (riferita alla riduzione dei tempi di attesa). Per il 2020 il costo tendenziale è pari al Consuntivo 2018 incrementato della quota relativa al gioco d'azzardo patologico 2020 (ex legge 208/2015) pari a ca. 4.655 €/000 e a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019. Per il 2021 il valore è relativo a quanto iscritto nel Consuntivo 2018, a tale importo è stata aggiunta una quota pari a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019.

Accantonamenti per rinnovi personale

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale e dei relativi accantonamenti, rilevati in sede di Consuntivo 2018, moltiplicato per 1,3 % che costituisce la quota da applicare per il 2019. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2019, moltiplicato per 1,65 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2020, moltiplicato per 1,9 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018.

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

Per il comparto gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,3%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, al valore di costo e relativo accantonamento rilevato nel 2018. Per l'anno 2020 gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,65%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2019. Per l'anno 2021 gli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,95%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2020.

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,3% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e del relativo accantonamento 2018.

Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,65% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2019.

Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,9% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2020.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Gli oneri e i proventi straordinari sono pari a quanto iscritto nel CE Consuntivo 2018, fatta eccezione per le insussistenze attive e passive stimate prudenzialmente pari a zero; delle altri sopravvenienze passive alle quali, solo per il 2019, è stata aggiunta una quota pari a 1.845 €/000, relativa agli stanziamenti degli STP, come da indicazioni del Ministero della Salute nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019 e delle altre sopravvenienze attive v/terzi. Queste ultime sono state incrementate con riferimento al solo costo tendenziale 2019 delle quote relative al GAP 2016-2018 pari a ca. 13.495 €/000 e al Pay-back 2017 pari a ca. 13.951 €/000.Tale quota non risulta rilevata sul Consuntivo 2017 e si riferisce alla quota accertata e riscossa nel 2017, ma non impegnata alla data di chiusura del Consolidato 2017 Sanità (novembre 2018), che su indicazioni ministeriali non era stata rilevata come ricavo dell'esercizio 2017. Tuttavia in sede di chiusura di rendiconto finanziario 2017 della Regione, avvenuta successivamente al tavolo di verifica Ministeriale di novembre 2018, a seguito di interpretazione dei principi di contabilità finanziaria da parte della Corte dei Conti, la predetta quota è stata oggetto di impegno tecnico a "sfondamento" e pertanto sul rendiconto finanziario 2017 risulta accertata, riscossa ed impegnata.

I proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

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

Le imposte, ad eccezione dell'IRAP, sono state stimate in crescita di un tasso annuo del 1,2%, mentre l'IRAP relativa al personale dipendente è pari al valore rilevato a Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta una quota pari all'8,5% degli accantonamenti del personale registrati in sede di Consuntivo 2018.

Sintesi delle manovre di sviluppo e riqualificazione

Di seguito si riporta una tabella di sintesi in cui si evidenziano gli impatti economici delle singole manovre riportate all'interno del documento, e i risultati tendenziali e programmatici previsti per il prossimo triennio.

Si precisa che nella tabella di seguito i maggiori costi e/o i minori ricavi sono indicati con segno negativo mentre i maggiori ricavi e/o minori costi sono indicati con segno positivo, in modo da riflettere l'effetto del risultato economico.

Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione			
€/000	**2019**	**2020**	**2021**
Risultato economico tendenziale	**-6.334**	**151.926**	**275.465**
I servizi socio-sanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali	-6.220	-59.177	-132.579
Fabbisogno del personale	-24.187	-208.704	-482.074
Riduzione del personale flessibile	15.515	44.216	72.392
Gli investimenti in Sanità - capitalizzazioni	15.924	37.155	53.079
Gli investimenti in Sanità - ammortamenti	-15.924	-37.155	-53.079
Rettifica contributi - Investimenti articolo 20	-	-	8.000
La politica del farmaco	7.000	33.000	45.000
Accant./ Utilizzo Fondi potenziamento LEA	35.000	49.000	85.541
Utilizzo Fondi Vincolati - Anni precedenti (obiettivi di piano)	28.000	36.789	172.310
Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie	-46.711	-44.104	-41.476
Totale impatto manovre	**8.397**	**-148.980**	**-272.886**
Risultato economico programmatico	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 10: Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione

Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione sia la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170.000 €/000 (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze), sia lo smobilizzo della quota relativa al fondo rischi di ca. 22.000 €/000, iscritta in sede di Consuntivo 2018 su indicazioni del Ministero, riferita agli incassi del 2018 di rimborso del pay-back ospedaliero 2016.

I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Ai fini della valorizzazione dell'impatto economico previsto per il triennio 2019-2021, a seguito dell'attivazione del piano territoriale, si è provveduto ad una ricognizione delle tariffe, disciplinate e in fase di definizione.

Di seguito il dettaglio delle tariffe e i relativi riferimenti normativi:

Riabilitazione	Tariffa	Quota a carico Utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Ambulatoriale	42,04 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Domiciliare	45,78 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Alto	183,53 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Medio	150,27 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Base	141,65 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Alto livello	90,00 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Medio livello	74,81 €	0%	DCA 153/2014	Conferma

Tabella 11: Tariffe Riabilitazione

Sociosanitario disabili non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - RD3	131,64 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	131,64 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - RD3	107,21 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	107,21 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2)				In fase di definizione
Centro Diurno	77,57 €	30%	DCA110/2014	Conferma

Tabella 12: Tariffe Disabilità

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

Sociosanitario Adulti/Anziani non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - R3	121,26 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	121,26 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - R3	105,83 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	105,83 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale modulo Demenze	119,64 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno Anziani	64,93 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno per Demenze	70,65 €	50%	DCA110/2014	Conferma
R2 estensiva	151,00 €	0%	DCA 74/2019	Conferma
Ospedale di comunità				In fase di definizione
Residenziale spettro autistico				In fase di definizione
R2D	173,00 €	0%	DCA 97/2018	Conferma
R2D con abbattimento dopo 60 gg	147,00 €	0%	DCA 97/2019	Conferma
R1 - SUAP	192,12 €	0%	DCA 79/2017	Conferma

Tabella 13: Tariffe Adulti non autosufficienti

Salute Mentale	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	196,14 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP2_Residenziale intensiva	176,67 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP3_Residenziale estensiva	161,06 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
Centro Diurno Psichiatrico	112,74 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SIRMIV intensiva	182,00 €	0%	DCA 45/2015	Conferma
SIRMIV estensiva	165,00 €	0%	DCA 45/2016	Conferma
SISEM	70,00 €	0%	DCA 45/2017	Conferma
Comunità Alloggio (compartecipato)	88,67 €	60%	DGRC 666/2011	Conferma

Tabella 14: Tariffe attività Salute Mentale

Hospice-Cure palliative	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Hospice	252,15 €	0%	DCA 128/2012	Conferma

Tabella 15: Tariffa Hospice (cure palliative)

Dipendenze patologiche	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Terapeutico riabilitativa	67,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	13,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Residenziale Pedagogica riabilitativa	54,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Pedagogica giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	10,80 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza residenziale	80,75 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD residenziale	105,12 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi residenziale	111,89 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi residenziale	123,42 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Madre bambino residenziale	115,67 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico riabilitativa	41,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	8,20 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA riabilitativa	32,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	6,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza semiresidenziale	42,65 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD semiresidenziale	68,54 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi semiresidenziale	73,79 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	84,97 €	0%	DCA 94/2012	Conferma

Tabella 16: Tariffe Dipendenze Patologiche

Cure Domiciliari Integrate	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Cure domiciliari I livello	Basso	1.586,31 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	1.732,27 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	2.159,12 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari II livello	Basso	2.439,09 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.979,74 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.488,06 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari III livello	Basso	2.893,60 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.977,56 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.061,69 €	DCA 1/2013	Conferma

Tabella 17: Tariffe Cure Domiciliari Integrate

Cure Palliative Specialistiche (DCA 1/2013)	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio delle Tariffe
Cure Domiciliari Palliative	Basso	2.737,77 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	3.191,49 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.613,47 €	DCA 1/2013	Conferma
Le tariffe delle cure domiciliari palliative di base sono ricomprese nelle tariffe dei livelli assistenziali < 0,50				

Tabella 18: Tariffe Cure Palliative Specialistiche

Valutazione dell'impatto economico

Nel presente paragrafo è stato elaborato l'impatto economico che lo sviluppo dell'assistenza territoriale avrà nell'arco del triennio 2019-2021, attraverso la valorizzazione a tariffa della nuova ed incrementale assistenza erogata. Le variabili produttive considerate al fine della valorizzazione sono:

- Posti letto
- Giornate erogate
- Prestazioni erogate

Nel Piano Territoriale, approvato con DCA n. 83/19, il fabbisogno per l'assistenza territoriale della Regione Campania è stato definito in termini di nuovi Posti letto e relative giornate/prestazioni erogabili, per i seguenti setting assistenziali:

- Adulti non autosufficienti;
- Disabilità;
- Salute Mentale;
- Dipendenze Patologiche;
- Hospice – cure palliative;
- Riabilitazione estensiva residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, cosiddetta ex art. 26;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Per ogni setting sono state quantificate e valorizzate le diverse **intensità di cura** e **carico assistenziale**, laddove previste dalla normativa regionale, e le relative **Tariffe**, adottate o in corso di adozione, per la parte a carico del SSR.

Per il calcolo del differenziale tra il fabbisogno dei setting assistenziali relativo al Piano Territoriale e l'attuale offerta sono stati analizzati; i dati, estratti in data 09.09.2019, delle seguenti fonti:

- Attraverso i Flussi NSIS (STS e RIA) è stata possibile l'analisi sulla base della produzione effettiva (in termini di giornate) per l'assistenza sociosanitaria e riabilitativa;
- Attraverso il Flusso SIAD sono state estratte le prestazioni relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'anno 2018 sono state rilevate, quindi, le giornate erogate (tracciate attraverso i flussi informativi di cui sopra) mentre per il triennio successivo sono state stimate le giornate erogabili su una base di 365 giorni per i posti letto residenziali e su 300 giorni per i posti letto semiresidenziali, considerando in entrambi i casi un **Tasso di occupazione** dei posti letto al 75%.

Si stima di soddisfare, per i setting già disciplinati nel triennio 2019-2021 il 35% del valore economico emerso dall'analisi e di raggiungere il 100% negli anni successivi al 2021. Per i tre setting per i quali si disciplineranno, entro i 12 mesi, requisiti e le tariffe si prevede di attivarli nel corso del 2021.

La stima della ripartizione nel tempo delle nuove attivazioni è stata fatta considerando:

- L'effettiva capacità di Regione e AASSLL di sostenere il carico amministrativo legato ai procedimenti di autorizzazione e accreditamento dei nuovi setting;

- La sostenibilità economico-finanziaria del piano del comparto sanità tenendo conto sia dei Fondi all'uopo accantonati (cd. Fondo per Potenziamento LEA) sia del graduale riequilibrio delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio;
- Compatibilità economico-finanziaria relativa alla compartecipazione sociale a carico degli utenti e/o Comuni.

Nelle tabelle che seguono, si rappresenta, per singolo setting assistenziale, una sintesi della programmazione delle nuove attivazioni nel triennio 2019-2021, con il relativo impatto economico-finanziario di competenza:

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

	Fabbisogno Posti Letto (A)	Fabbisogno Giornate erogabili (A1)	Offerta Attuale Posti Letto (B)	Offerta Attuale Giornate Erogate (B1)	Valore Economico 2018	Posti Letto da attivare (E) = (A) - (B)	Giornate da attivare (F) = (A1) - (B1)
Totale							
Adulti non autosufficienti	**10.754**	**2.828.517**	**1.937**	**357.145**	**19.585.647**	**8.817**	**2.471.372**
Residenziale	8.388	2.296.192	1.757	343.618	19.117.573	6.631	1.952.574
R3	**4.947**	**1.354.204**	**1.667**	**337.429**	**19.117.573**	**3.280**	**1.016.775**
Residenziale Alto carico - R3	-	*268.806*	-	*66.979*	*4.060.918*	-	*201.827*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*11.604*	-	*2.891*	*350.618*	-	*8.713*
Residenziale Medio carico - R3	-	*865.906*	-	*215.759*	*11.416.893*	-	*650.147*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*14.324*	-	*3.569*	*377.709*	-	*10.755*
Residenziale modulo Demenze	-	*191.802*	-	*47.792*	*2.858.890*	-	*144.010*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	*1.763*	-	*439*	*52.545*	-	*1.323*
R2 Estensiva	**2.151**	**588.784**	**-**	**-**	**-**	**2.151**	**588.784**
R2 estensiva al netto di ODC	*1.651*	*451.909*	**-**	**-**	-	*1.651*	*451.909*
Ospedale di Comunità (*)	*500*	*136.875*	**-**	**-**	-	*500*	*136.875*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	**108**	**29.439**	**-**	**-**	-	**108**	**29.439**
R2D	**538**	**147.196**	**-**	**-**	**-**	**538**	**147.196**
R1	**295**	**80.756**	**-**	**-**	**-**	**295**	**80.756**
SUAP	**350**	**95.813**	**90**	**6.189**	**-**	**260**	**89.624**
Semiresidenziale	2.366	532.325	180	13.527	468.074	2.186	518.798
Centro Diurno Anziani	**2.043**	**459.736**	**150**	**3.415**	**110.874**	**1.893**	**456.320**
Centro Diurno per Demenze	**323**	**72.590**	**30**	**10.112**	**357.200**	**293**	**62.478**
Disabilità	**5.128**	**1.403.691**	**2.001**	**427.520**	**48.826.014**	**3.127**	**976.171**
Residenziale	2.214	606.139	1.172	306.443	26.622.673	1.042	299.696
RD3	**1.923**	**526.384**	**1.172**	**306.443**	**26.622.673**	**751**	**219.941**
Residenziale Alto carico - RD3	-	*278.832*	-	*162.327*	*15.434.309*	-	*116.505*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*356*	-	*207*	*28.161*	-	*149*
Residenziale Medio carico - RD3	-	*246.346*	-	*143.414*	*11.105.475*	-	*102.932*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*850*	-	*495*	*54.728*	-	*355*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	**291**	**79.755**	**-**	**-**	-	**291**	**79.755**
Semiresidenziale	2.913	797.551	829	121.077	22.203.341	2.084	676.474
Centro Diurno	**2.913**	**797.551**	**829**	**121.077**	**22.203.341**	**2.084**	**676.474**
Salute Mentale	**3.550**	**921.990**	**3.247**	**839.385**	**96.043.868**	**303**	**82.605**
Residenziale	2.528	692.040	2.232	611.010	70.296.871	296	81.030
SIR	**1.309**	**358.339**	**1.263**	**345.746**	**59.225.900**	**46**	**12.593**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	*44.792*	-	*43.218*	*8.476.834*	-	*1.574*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	*134.377*	-	*129.655*	*22.906.121*	-	*4.722*
SRP3_Residenziale estensiva	-	*179.169*	-	*172.873*	*27.842.946*	-	*6.296*
Comunità Alloggio (compartecipato)	**1.175**	**321.656**	**925**	**253.219**	**8.981.163**	**250**	**68.438**
Semiresidenziale	1.022	229.950	1.015	228.375	25.746.998	7	1.575
Centro Diurno Psichiatrico	**1.022**	**229.950**	**1.015**	**228.375**	**25.746.998**	**7**	**1.575**
Hospice	**291**	**79.661**	**154**	**42.158**	**10.630.014**	**137**	**37.504**
Hospice	291	79.661	154	42.158	10.630.014	137	37.504
Dipendenze Patologiche	**1.355**	**344.509**	**575**	**151.264**	**9.129.551**	**780**	**193.245**
Residenziale	813	222.559	449	122.914	8.064.401	364	99.645
Residenziale Terapeutico	*284*	*77.745*	*401*	*109.774*	*7.354.841*	- *117*	- *32.029*
Residenziale Pedagogica	*106*	*29.018*	*48*	*13.140*	*709.560*	*58*	*15.878*
Accoglienza residenziale	*195*	*53.381*	-	-	-	*195*	*53.381*
Minore TD residenziale	*24*	*6.570*	-	-	-	*24*	*6.570*
Doppia diagnosi residenziale	*163*	*44.621*	-	-	-	*163*	*44.621*
Minore doppia diagnosi residenziale	*32*	*8.760*	-	-	-	*32*	*8.760*
Madre bambino residenziale	*9*	*2.464*	-	-	-	*9*	*2.464*
Semiresidenziale	542	121.950	126	28.350	1.065.150	416	93.600
Semiresidenziale Terapeutico	*191*	*42.975*	*78*	*17.550*	*719.550*	*113*	*25.425*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	*71*	*15.975*	*48*	*10.800*	*345.600*	*23*	*5.175*
Accoglienza semiresidenziale	*131*	*29.475*	-	-	-	*131*	*29.475*
Minore TD semiresidenziale	*17*	*3.825*	-	-	-	*17*	*3.825*
Doppia diagnosi semiresidenziale	*109*	*24.525*	-	-	-	*109*	*24.525*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	*23*	*5.175*	-	-	-	*23*	*5.175*
Riabilitazione	**2.331**	**643.188**	**3.540**	**722.599**	**269.818.685**	**462**	**129.349**
Residenziale estensiva	1.282	350.923	820	221.574	34.248.576	462	129.349
Residenziale Alto	-	*148.922*	-	*94.030*	*16.497.414*	-	*54.892*
Residenziale Medio	-	*92.263*	-	*58.255*	*8.368.553*	-	*34.008*
Residenziale Base	-	*109.738*	-	*69.289*	*9.382.610*	-	*40.449*
Semiresidenziale estensiva	1.049	287.119	2.720	495.878	16.396.108	- 1.671	- 208.759
Semiresidenziale - Alto livello	-	*75.606*	-	*130.579*	*4.930.598*	-	- *54.972*
Semiresidenziale - Medio livello	-	*211.512*	-	*365.299*	*11.465.510*	-	- *153.787*
Assistenza Domiciliare	**-**	**-**	**-**	**-**	**120.631.882**	**-**	**-**
CIA 1	-	-	-	-	15.658.500	-	-
CIA 2	-	-	-	-	61.988.916	-	-
CIA 3	-	-	-	-	10.144.751	-	-
CIA 4	-	-	-	-	32.839.715	-	-

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 19: Posti letto e giornate da attivare sulla base del fabbisogno e dell'offerta attuale

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

	Posti Letto 2019	Posti Letto 2020	Posti Letto 2021	Giornate 2019	Giornate 2020	Giornate 2021	Valore Economico Cumulato al 2019 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2020 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2021 (€/000)
Totale	-	**1.927**	**2.659**	-	**546.626**	**753.442**	**6.219.681**	**59.177.651**	**132.577.088**
Adulti non autosufficienti	-	**1.231**	**1.703**	-	**345.759**	**477.643**	-	**30.159.754**	**72.035.903**
Residenziale	-	904	1.265	-	267.939	373.883	-	27.606.533	66.078.385
R3	-	**492**	**656**	-	**152.516**	**203.355**	-	**8.641.047**	**20.162.443**
Residenziale Alto carico - R3	-	-	-	-	*30.274*	*40.365*	-	*1.835.515*	*4.282.867*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.307*	*1.743*	-	*158.478*	*369.781*
Residenziale Medio carico - R3	-	-	-	-	*97.522*	*130.029*	-	*5.160.378*	*12.040.882*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.613*	*2.151*	-	*170.723*	*398.353*
Residenziale modulo Demenze	-	-	-	-	*21.602*	*28.802*	-	*1.292.204*	*3.015.143*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	-	-	-	*199*	*265*	-	*23.750*	*55.416*
R2 Estensiva	-	**248**	**380**	-	**67.786**	**104.069**	-	10.235.744	25.252.153
R2 estensiva al netto di ODC	-	*248*	*330*	-	*67.786*	*90.382*	-	*10.235.744*	*23.883.403*
Ospedale di Comunità (*)	-	-	*50*	-	-	*13.688*	-	-	*1.368.750*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	-	-	**11**	-	-	**2.944**	-	-	294.392
R2D	-	**81**	**108**	-	**22.079**	**29.439**	-	**3.819.738**	**8.912.721**
R1	-	**44**	**59**	-	**12.113**	**16.151**	-	**2.327.234**	**5.430.212**
SUAP	-	**39**	**52**	-	**13.444**	**17.925**	-	**2.582.770**	**6.026.463**
Semiresidenziale	-	328	437	-	77.820	103.760	-	2.553.222	5.957.518
Centro Diurno Anziani	-	**284**	**379**	-	**68.448**	**91.264**	-	**2.222.166**	**5.185.055**
Centro Diurno per Demenze	-	**44**	**59**	-	**9.372**	**12.496**	-	**331.055**	**772.463**
Disabilità	-	**425**	**596**	-	**134.462**	**187.259**	-	**8.287.500**	**22.288.440**
Residenziale	-	113	179	-	32.991	51.964	-	2.777.717	9.432.279
RD3	-	**113**	**150**	-	**32.991**	**43.988**	-	**2.777.717**	**7.956.809**
Residenziale Alto carico - RD3	-	-	-	-	*17.476*	*23.301*	-	*1.610.362*	*3.757.511*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*22*	*30*	-	*2.938*	*6.856*
Residenziale Medio carico - RD3	-	-	-	-	*15.440*	*20.586*	-	*1.158.706*	*2.703.648*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*53*	*71*	-	*5.710*	*13.324*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	-	-	**29**	-	-	**7.976**	-	-	1.475.470
Semiresidenziale	-	313	417	-	101.471	135.295	-	5.509.783	12.856.160
Centro Diurno	-	**313**	**417**	-	**101.471**	**135.295**	-	**5.509.783**	**12.856.160**
Salute Mentale	-	**45**	**61**	-	**12.391**	**16.521**	-	**714.298**	**1.666.695**
Residenziale	-	44	59	-	12.155	16.206	-	687.663	1.604.547
SIR	-	**7**	**9**	-	**1.889**	**2.519**	-	**323.562**	**754.978**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	-	-	-	*236*	*315*	-	*46.310*	*108.058*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	-	-	-	*708*	*944*	-	*125.140*	*291.994*
SRP3_Residenziale estensiva	-	-	-	-	*944*	*1.259*	-	*152.111*	*354.926*
Comunità Alloggio (compartecipato)	-	**38**	**50**	-	**10.266**	**13.688**	-	**364.101**	**849.569**
Semiresidenziale	-	1	1	-	236	315	-	26.635	62.148
Centro Diurno Psichiatrico	-	**1**	**1**	-	**236**	**315**	-	**26.635**	**62.148**
Hospice	-	**21**	**27**	**0**	**5626**	**7501**	-	**1.418.486**	**3.309.800**
Hospice	-	21	27	-	5.626	7.501	-	1.418.486	3.309.800
Dipendenze Patologiche	-	**135**	**179**	-	**28.987**	**38.649**	-	**2.257.225**	**5.266.858**
Residenziale	-	72	96	-	14.947	19.929	-	1.510.717	3.525.006
Residenziale Terapeutico	-	-	-	-	- *4.804*	- *6.406*	-	- *321.889*	- *751.074*
Residenziale Pedagogica	-	*9*	*12*	-	*2.382*	*3.176*	-	*128.608*	*300.085*
Accoglienza residenziale	-	*29*	*39*	-	*8.007*	*10.676*	-	*646.580*	*1.508.688*
Minore TD residenziale	-	*4*	*5*	-	*986*	*1.314*	-	*103.596*	*241.723*
Doppia diagnosi residenziale	-	*24*	*33*	-	*6.693*	*8.924*	-	*748.901*	*1.747.435*
Minore doppia diagnosi residenziale	-	*5*	*6*	-	*1.314*	*1.752*	-	*162.174*	*378.406*
Madre bambino residenziale	-	*1*	*2*	-	*370*	*493*	-	*42.747*	*99.744*
Semiresidenziale	-	62	83	-	14.040	18.720	-	746.508	1.741.852
Semiresidenziale Terapeutico	-	*17*	*23*	-	*3.814*	*5.085*	-	*156.364*	*364.849*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*24.840*	*57.960*
Accoglienza semiresidenziale	-	*20*	*26*	-	*4.421*	*5.895*	-	*188.566*	*439.988*
Minore TD semiresidenziale	-	*3*	*3*	-	*574*	*765*	-	*39.325*	*91.758*
Doppia diagnosi semiresidenziale	-	*16*	*22*	-	*3.679*	*4.905*	-	*271.455*	*633.395*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*65.958*	*153.902*
Riabilitazione	-	**69**	**92**	-	**19.402**	**25.870**	-	**669.290**	**1.561.676**
Residenziale estensiva	-	69	92	-	19.402	25.870	-	3.137.139	7.319.990
Residenziale Alto	-	-	-	-	*8.234*	*10.978*	-	*1.511.148*	*3.526.012*
Residenziale Medio	-	-	-	-	*5.101*	*6.802*	-	*766.552*	*1.788.621*
Residenziale Base	-	-	-	-	*6.067*	*8.090*	-	*859.439*	*2.005.357*
Semiresidenziale estensiva	- 50	- 347	- 700	-	- 31.314	- 41.752	-	- 2.467.849	- 5.758.314
Semiresidenziale - Alto livello	-	-	-	-	- *8.246*	- *10.994*	-	- *742.126*	- *1.731.626*
Semiresidenziale - Medio livello	-	-	-	-	- *23.068*	- *30.757*	-	- *1.725.723*	- *4.026.687*
Assistenza Domiciliare	-	-	-	**0**	**0**	**0**	**6.219.681**	**15.671.099**	**26.447.716**
CIA 1	-	-	-	-	-	-	2.428.865	6.683.212	10.408.048
CIA 2	-	-	-	-	-	-	2.137.651	4.613.764	7.208.635
CIA 3	-	-	-	-	-	-	1.131.496	1.997.983	4.600.423
CIA 4	-	-	-	-	-	-	521.669	2.376.140	4.230.610

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 20: Valorizzazione dell'impatto economico nel triennio 2019-2021

A sostegno dello sviluppo del sistema socio-sanitario secondo le linee descritte nel Piano Territoriale, la Regione garantirà la erogazione delle prestazioni tramite sia strutture pubbliche che soggetti privati accreditati.

In particolare, in riferimento alle risorse umane necessarie a garantire l'assistenza territoriale pubblica programmata, il fabbisogno sarà totalmente soddisfatto attraverso l'attuazione del Piani triennali del Fabbisogno di personale, come già previsti nel presente piano.

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

Nel medio-lungo periodo le risorse economico-finanziarie necessarie al completo sviluppo ed al mantenimento sostenibile dell'assistenza territoriale campana, dovranno essere recuperate attraverso un graduale "spostamento" delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio.

Nel breve periodo, si attingerà a fonti di finanziamento dedicate, quale quota parte del fondo per il potenziamento dei LEA, e dai processi di riconversione dei PL delle strutture private socio-sanitarie, così come programmati. Con riguardo alla prima fonte di finanziamento si fa riferimento, segnatamente, al **Fondo per il potenziamento dei LEA:** considerando le risorse presenti nello stato patrimoniale 2018, al netto delle risorse da destinare a specifiche ulteriori attività di potenziamento LEA, risultano disponibili ca. 170 €/mln.

In attesa delle nuove ripartizioni in termini di attività/attivazioni tra erogatori pubblici e privati, così come esplicitato nel piano territoriale, i predetti importi sono stati riportati nelle manovre e nei CE programmatici per un valore pari al 50% dell'importo totale nel conto BA1510 "Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione", conto utilizzato al solo fine di dare una specifica evidenza a tale previsione di spesa.

Il restante 50% è stato iscritto, invece, secondo lo schema riportato di seguito nei conti:

- BA0680 – "Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa (da privato intraregionale)";
- BA1140 – "Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (da privato intraregionale)";
- BA0940 – "Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale (da privato intraregionale)".

Si precisa che le percentuali di ripartizione su indicate sono da intendersi quali ipotesi accademiche, in quanto le stesse saranno suscettibili di modifica a seguito dell'approvazione da parte della Regione dei piani attuati aziendale della rete territoriale. A seguito dell'attuazione dei predetti piani sarà perfezionata la quota di ripartizione tra pubblico e privato della nuova assistenza territoriale.

Inoltre si rappresenta che la stima della manovra relativa alle attività/attivazioni da parte degli erogatori pubblici (basata sul calcolo delle prestazioni a tariffa) è oltremodo prudenziale, atteso che la componente di costo inerente le risorse umane è già inclusa nella manovra "Fabbisogno del personale".

Assistenza territoriale: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2019	**2020**	**2021**
Area della disabilità e riabilitazione	-	*670*	1.562
Altro	*6.220*	*57.794*	*129.349*
Area strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali	-	*714*	1.667
Totale	6.220	59.178	132.577

Tabella 21: Valorizzazione manovre e CE programmatici

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

Fabbisogno del personale

Attraverso l'applicazione della metodologia di determinazione delle dotazioni organiche di personale, emanata con DCA n. 67/2016, le aziende sanitarie della Regione hanno provveduto ad emanare i propri Piani Triennali di Fabbisogno di Personale per il triennio 2018/2020 parametrati rispetto al personale in servizio al 31.12.2017, nello specifico risultano autorizzate, oltre il personale cessato:

- n. 2.511 unità per l'anno 2018;
- n. 3.532 unità per l'anno 2019;
- n. 1.708 unità per l'anno 2020.

In considerazione dei piani delle singole aziende approvati con DCA, nonché delle reali tempistiche di immissione in servizio osservate al 30.09.2019, si è proceduto a valorizzare il fabbisogno di personale necessario al raggiungimento dello standard definito in base al suddetto DCA n. 67/2016, al netto del personale che cesserà negli anni di riferimento.

La suddetta valorizzazione è stata effettuata secondo la programmazione di seguito riportata:

- nell'anno 2018 sono stati immesse in servizio 2.511 unità di personale, così come autorizzate con i suddetti DCA, già ricomprese quindi nei valori tendenziali del costo del personale;
- per l'anno 2019, alla luce delle assunzioni effettivamente effettuate al 30.09.2019, si è proceduto a programmare l'immissione in servizio di 544 unità di personale, a fronte delle 3.532 unità di personale autorizzate con i suddetti DCA;
- per l'anno 2020, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 4.696 unità di personale, pari alla somma delle unità autorizzate con i suddetti DCA per l'annualità in oggetto (1.708 unità) e le unità che residuano sulle autorizzazioni 2019 (2.988 unità);
- infine, nell'anno 2021, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 3.169 unità di personale, pari alle unità necessarie al raggiungimento della dotazione standard regionale così come derivante dal DCA n. 67/2016.

Di seguito si riporta il dettaglio dei profili da assumere nel triennio 2019-2021.

PROFILI	FABBISOGNO 2019	FABBISOGNO 2020	FABBISOGNO 2021
RUOLO SANITARIO	**448**	**3.166**	**2.626**
Dirigenti Medici	294	1.060	869
Dirigenti Sanitari	17	170	92
Personale del comparto area sanitaria	137	1.936	1.665
RUOLO TECNICO	**56**	**930**	**240**
Dirigenti	1	22	6
Personale del comparto area tecnica	55	908	234
RUOLO PROFESSIONALE	**5**	**49**	**31**
Dirigenti	4	44	31
Personale del comparto area professionale	1	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO	**35**	**551**	**272**
Dirigenti	7	101	41
Personale del comparto area amministrativo	28	450	231
TOTALE	**544**	**4.696**	**3.169**

Tabella 22: Dettaglio fabbisogni per profili

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

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando i costi del personale a tempo indeterminato riportati a Consuntivo 2018, rispetto al personale in servizio al 31.12.2018.

Costo medio da CE	
Qualifica	**Ciosto medio annuo**
Dirigenti medici	104.006
Dirigenti non medici	90.125
Comparto	43.951

Tabella 23: Costo medio

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale entri in servizio a partire dal secondo semestre degli anni 2019-2021, per cui è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista, tale ipotesi scaturisce dalla necessità di legare le procedure di reclutamento a quelle di riorganizzazione sia della nuova Rete ospedaliera (DCA n. 103/2018) sia della nuova rete territoriale (DCA 83/2019).

Si determinano quindi i valori riportati nella seguente tabella:

Stima impatto manovra			
	2019	**2020**	**2021**
Valorizzazione 2019	21.446	42.893	42.893
Valorizzazione 2020		142.811	285.623
Valorizzazione 2021			99.659
Valorizzazione	**21.446**	**185.704**	**428.174**

Tabella 24: Stima impatto manovra – fabbisogno

L'impatto economico stimato è pari a:

- maggiori costi per 21.446 €/000 nel 2019;
- maggiori costi per 185.704 €/000 nel 2020;
- maggiori costi per 428.174 €/000 nel 2021.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che sulla base dell'aliquota di riferimento (8,5% del costo) calcolata rispetto al valore della manovra a cui è stata aggiunta la relativa quota di accantonamento per il mancato rinnovo del contratto 2016/2018, comporta maggiori oneri:

- ca. 1.886 €/000 nel 2019;
- ca. 16.334 €/000 nel 2020;
- ca. 37.661 €/000 nel 2021.

IRAP			
	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021
IRAP (8,5% della manovra)	1.886	16.334	37.661
Totale	**1.886**	**16.334**	**37.661**

Tabella 25: Stima impatto manovra IRAP

Infine, la presente manovra comporterà costi aggiuntivi anche in relazione agli accantonamenti per rinnovi contrattuali, che applicando le percentuali di rinnovo desumibili dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017 per il triennio 2016/2018 (3,48%) e le percentuali desumibili dalla legge di bilancio 2019 per il triennio 2019-2021 (1,3% per il 2019, 1,65% per il 2020, 1,9% per il 2021) risultano, come di seguito dettagliate:

- ca. 856 €/000 nel 2019;
- ca. 6.666 €/000 nel 2020;
- ca. 16.237 €/000 nel 2021.

Si evidenzia che a seguito dell'attuazione della manovra esposta, i costi del personale risulteranno all'interno del tetto di spesa fissato, in base a quanto disposto dall'art. 11 comma 1 D.L. n. 35/2019, nel costo dell'anno 2004 ridotto del 1,4%.

Ai fini del suddetto comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa del personale cessato e cessabile negli anni:

- **2018**: come riportato nelle tabelle del Conto Annuale 2018;
- **2019-2020-2021**: in funzione delle cessazioni previste sulla base delle informazioni desumibili dal Flusso SinfoPers (di cui al DCA n. 53/2019) relative all'età anagrafica e/o all'anzianità contributiva.

PROFILI	CESSATI 2018	STIMA CESSATI 2019	STIMA CESSATI 2020	STIMA CESSATI 2021
- Medici	928	85	140	272
- Dirigenti non medici	105	17	38	79
- Personale non dirigente	2.037	2.542	2.867	3.404
- Personale contrattista	8	-	-	-
TOTALE	**3.078**	**2.644**	**3.045**	**3.755**

Tabella 26: Riepilogo personale cessato 2018-2021

Utilizzo fondi vincolati anni precedenti

La Regione ha provveduto ad effettuare un'analisi volta al monitoraggio degli "utilizzi fondi vincolati anni precedenti" che si prevede saranno contabilizzati dalle Aziende nelle annualità 2019-2021.

Come già esposto in precedenza gli utilizzi relativi ai conti tendenziali 2019, 2020 e 2021 sono stati mantenuti costanti, pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2018 (pari a ca. 61.102 €/000).

Tale previsione tendenziale si basa sull'ipotesi di pieno utilizzo della quota incassata dei fondi vincolati (obiettivi di piano e piano della prevenzione) relativi alle annualità fino al 2018 (compreso) principalmente per la sola parte incassata dalla Regione, al 10 Ottobre 2019. Le manovre del triennio 2019-2021 riguardano utilizzi relativi ai fondi vincolati ad anni precedenti per un importo complessivo pari a ca. 420.406 €/000, di cui utilizzi maggiori di ca. 237.100 €/000 rispetto a quanto previsto dai conti tendenziali 2019,2020 e 2021.

Alle nuove attività sanitarie implementate tramite il maggior utilizzo dei fondi vincolati, relativi ad anni precedenti, corrisponde un incremento dei costi operativi. Tali costi non crescono in modo proporzionale ai ricavi in quanto le Aziende sono impegnate in un utilizzo più efficiente di tutte le risorse a disposizione. Si sottolinea infatti che la realizzazione di un progetto non comporta necessariamente un aumento direttamente proporzionale dei relativi costi, in quanto la maggior parte delle attività ad esso correlate rientrano nelle attività "ordinarie" di erogazione LEA.

Anni	Manovra €/000	Tendenziale €/000	Delta
Utilizzi 2019	89.102	61.102	28.000
Utilizzi 2020	97.890	61.102	36.789
Utilizzi 2021	233.412	61.102	172.310
Totale	**420.406**	**183.306**	**237.100**

Tabella 27: Dettaglio manovra

Di seguito si rappresenta il dettaglio degli utilizzi:

- **Utilizzi 2019**: ca. 89.102 €/000 di cui 56.305 €/000 quale residuo fondo delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano triennio 2014-2016, e ca. 32.797 €/000 quale ca. il 35% della quota incassata sugli obiettivi di piano FSN 2017;
- **Utilizzi 2020**: ca. 97.890 €/000 imputabili principalmente a ca. 36.789 €/000 quale 45% delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano sull'annualità FSN 2018 e ca. 61.102 €/000 quale 65% della quota residua incassata dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano annualità FSN 2017
- **Utilizzi 2021**: ca. 233.412 €/000 imputabili principalmente a ca. 46.049 €/000 quale quota residua dei saldi degli obiettivi di piano dell'annualità 2014 che si prevede di incassare anche in considerazione del documento programmatico triennale 14-16 (DCA n.134 del 2016) e della trasmissione e rendicontazione dei progetti ai Ministeri competenti, ca. 45.963 €/000 quale 55% della quota residua incassata sugli obiettivi di piano annualità FSN 2018, ca. 82.000 €/000 corrispondente a ca. il 100% della quota residua degli obiettivi di piano annualità FSN 2019 e ca. 59.400 €/000 corrispondente al 70% della quota relativa agli obiettivi di piano annualità FSN 2020.

Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale derivante dall'abbattimento delle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro e delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), è stata ipotizzata una riduzione percentuale della spesa per singola AA.SS., rispetto a quella rilevata a Consuntivo 2018, alla luce della normativa europea sugli orari di lavoro ed alle procedure di reclutamento poste in essere dalla Regione in esecuzione dei Piani del Fabbisogno Triennali del Personale 2018/2020.

In particolare, per quanto riguarda le *prestazioni aggiuntive* erogate fuori dall'orario di lavoro il valore rilevato a Consuntivo 2018 è pari a 38.523 €/000 così suddiviso:

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CE CONS 2018
BA1380	***B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato***	**A**
BA1390	*B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000*	
201	*ASL AV*	1.550
202	*ASL BN*	163
203	*ASL CE*	-
204	*ASL NA1*	6.835
205	*ASL NA2*	1.833
206	*ASL NA3*	240
207	*ASL SA*	14.539
901	*AO CARDARELLI*	1.031
902	*AO SANTOBONO*	1.656
903	*AO DEI COLLI*	787
904	*AO RUGGI*	4.840
905	*AO MOSCATI*	2.090
906	*AO RUMMO*	717
907	*AO SAN SEBASTIANO*	754
908	*AOU SUN*	577
909	*AOU FEDERICO II*	873
910	*IRCCS PASCALE*	39
Totale		**38.523**

Tabella 28: Prestazioni aggiuntive Consuntivo 2018

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Il risparmio stimato per il triennio 2019-2021 è stato calcolato considerando i dati riportati dalle singole Aziende nel CE Consuntivo della voce nella voce “B.2.A.15.3.A) - Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000”.

Applicando le suddette percentuali di abbattimento delle prestazioni aggiuntive si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 a ca. 3.899 €/000;
- per il 2020 a ca. 11.789 €/000;
- per il 2021 a ca. 19.806 €/000.

Si precisa che a seguito di ricognizione, le Aziende della Regione hanno rappresentato, che ad oggi la mancata progressiva riduzione della voce di costo in oggetto, è dovuta principalmente sia ai tempi di conclusione delle procedure di reclutamento di personale nonché alla contestuale cessazione di personale dipendente a seguito dei collocamenti in quiescenza, nell’ultimo triennio il cui trend permane anche nel primo semestre 2019. Dall’analisi dei dati pervenuti è emerso che le aziende fanno ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall’orario di lavoro prevalentemente per le seguenti discipline:

- Anestesia e rianimazione;
- Medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza;
- Radiologia.

Si segnala che le avviate procedure concorsuali, sia a tempo indeterminato che determinato, registrano un numero insufficiente di domande di partecipazione rispetto al numero dei posti messi a concorso che non riescono a soddisfare le reali esigenze delle aziende e comportano di fatto, al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, l’utilizzo dell’istituto contrattuale di che trattasi.

A seguito dell’attuazione dei processi di reclutamento finalizzati alla copertura del fabbisogno di personale regionale, la Regione Campania ha come obiettivo una graduale riduzione anche dei costi legati al ricorso a *forme di lavoro alternative* (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), il cui valore rilevato Consuntivo 2018 è pari a 102.280 €/000 così suddiviso:

Manovra 2019		
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**CONSUNTIVO 2018**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.641
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.697
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.025
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.520
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.441
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.118
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.660
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.178
Totale		**102.280**

Tabella 29: Forme di lavoro alternative Consuntivo 2018

E' disposto quindi a livello regionale un progressivo abbattimento dei costi destinati alle forme di lavoro alternative nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Si rileva che la percentuale di riduzione prevista per l'anno 2019 risulta in linea con la proiezione dei costi registrati al III trimestre 2019, in quanto nell'ambito delle procedute di reclutamento le Aziende hanno privilegiato nei limiti consentiti la riduzione di tale forma di lavoro.

Manovra 2019				
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**TENDENZIALE 2019**	**MANOVRA 2019**	**PROGRAMMATICO 2019**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.805	1.381	12.424
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.922	1.892	17.030
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.481	3.848	34.633
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.598	660	5.938
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	28.276	2.828	25.448
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.131	113	1.018
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.740	674	6.066
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.204	220	1.984
Totale		**116.157**	**11.616**	**104.541**

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

Manovra 2020				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2020	MANOVRA 2020	PROGRAMMATICO 2020
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.915	4.175	9.740
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.073	5.722	13.351
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.789	11.637	27.152
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.651	1.995	4.656
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.751	4.725	11.026
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.140	342	798
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.794	2.038	4.756
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.222	667	1.555
Totale		**104.335**	**31.301**	**73.034**

Manovra 2021				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2021	MANOVRA 2021	PROGRAMMATICO 2021
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	14.026	7.013	7.013
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.226	9.613	9.613
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	39.099	19.550	19.549
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.704	3.352	3.352
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.877	7.939	7.938
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.149	575	574
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.848	3.424	3.424
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.240	1.120	1.120
Totale		**105.169**	**52.586**	**52.583**

Tabella 30 : Stima impatto manovra costi forme di lavoro alternative

Applicando le suddette percentuali di abbattimento ai costi legati al ricorso a forme di lavoro alternative si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 ammonterà a ca. 11.616 €/000;
- per il 2020 ammonterà a ca. 31.301 €/000;
- per il 2021 ammonterà a ca. 52.586 €/000.

Gli investimenti in Sanità

Di seguito si riporta l'impatto economico derivante dall'attuazione degli interventi previsti in materia di investimenti in Sanità.

A tal proposito sono stati analizzati gli investimenti programmati nell'ambito del DCA 100/18 "Documento programmatico accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari art 20 Legge 67/88" che ammontano a ca. 1.029.300 €/000, derivanti:

- dal residuo della Delibera Cipe n. 52/1998 per 417.800 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 65/2002 per 43.700 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 98/2008 per 255.200 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 97/2008 per 312.700 €/000.

Tali importi non comprendono la quota di cofinanziamento regionale pari a 54.173 €/mln, come di seguito dettagliato:

Quadro finanziario: Risorse disponibili [€/1000]				
Tipologia investimento	Quota Stato	Quota Regione	Totale	Coefficiente ammortamento D.Lgs. 118/11
	A	B	C=A+B	
Edilizia	914.296	48.121	962.417	3%
Attrezzature	114.982	6.052	121.034	20%
Totale	**1.029.278**	**54.173**	**1.083.450**	

Tabella 31: Quadro Finanziario

A tali tipologie di investimento sono stati applicati i coefficienti di ammortamento previsti dall'allegato 3 del D.Lgs.118/11, pari rispettivamente, al 20% per gli investimenti relativi alle attrezzature e al 3% per gli investimenti relativi all'edilizia.

La tabella di seguito riporta la valorizzazione economica della manovra che prevede per l'anno:

- 2019 l'attivazione del 30% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca.15.924 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2020 l'attivazione del 70% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 37.155 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2021 l'attivazione di tutti gli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 53.079 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11.

Sintesi manovra investimenti in Sanità [€/1000]			
	2019	**2020**	**2021**
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	**15.924**	**37.155**	**53.079**
B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	8.662	20.210	28.872
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.262	16.945	24.207
Impatto a CE	-	-	-

Tabella 32: Sintesi manovra

Si precisa che per il 2021 tali investimenti trovano riscontro anche nella minore rettifica dei contributi FS per investimenti (stimata in ca. 8.000 €/000), dal momento che le Aziende ricorrono in misura inferiore al finanziamento corrente per la realizzazione degli investimenti.

La politica del farmaco e dei dispositivi medici

Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

L'utilizzo dei farmaci biosimilari rappresenta un obiettivo primario per la Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso l'utilizzo di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari e mediante una reportistica da inviare alle Direzioni Generali delle AA.SS. dalla quale si evince l'andamento prescrittivo dei Medici e la spesa sostenuta. La Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali di seguito dettagliato.

In sintesi sulla base della spesa sostenuta per alcune classi di biosimilari nell'anno 2018 considerando l'introduzione sul mercato di nuovi farmaci biosimilari ad alto impatto economico e di consumo si sono effettuate delle stime di risparmio.

Per il 2019 il risparmio è stimato in ca 11.708 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo). Risparmio: 2.533 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilaredal 20% al 35% di consumo). Risparmio: 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo). Risparmio 2.906 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo). Risparmio 2.583 €/000

Per il 2020 il risparmio è stimato in ca 37.820 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo).Risparmio 6.312 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo). Risparmio 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.405 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo).Risparmio 2.583 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25 % di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 8.574 €/000
- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 15.260 €/000

Per il 2021 il risparmio è stimato in ca 12.553 €/000 così ripartiti:
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.284 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo). Risparmio 8.574 €/000

- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo). Risparmio 2.695 €/000

Analisi biosimilari - Risparmio simato [€/000]				
Dettaglio	2019	2020	2021	Totale
EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)	2.533	6.312		**8.845**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)	3.686	3.686		**7.371**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 20% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)	2.906	1.405		**4.311**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)	2.583	2.583	1.284	**6.449**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		8.574	8.574	**17.148**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo)				
TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		15.260	2.695	**17.956**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo)				
Totale	**11.707**	**37.819**	**12.553**	**62.080**
Totale cumulato	**11.707**	**49.527**	**62.080**	

Tabella 33: Tabella di dettaglio

Ulteriori potenziali risparmi si effettueranno grazie all'utilizzo di altri biosimilari quali il pegfilgastrim i fattori di crescita leucocitari (questi ultimi già vedono un utilizzo % vicino al 90 in Regione Campania) EBPM.

Tenuto conto del risparmio atteso nel triennio 2019-2021, si è ritenuto comunque prudenziale considerare nell'ambito dei conti economici programmatici i seguenti risparmi:

- per il 2019 pari a ca. 6.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 30.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 40.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

L'attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto rappresenta un obiettivo primario per la, Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso la riduzione della fuga dei farmaci A-PHT in regime di convenzionata la Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali per circa 5 €/000. La centralizzazione degli approvvigionamenti permette di

ottimizzare le risorse economiche tanto per quanto concerne la residuale fuga dei farmaci in regime convenzionato tanto per quanto concerne la gestione delle giacenza e degli scaduti.

Il risparmio pari a ca. 5.000 €/000 è stato calcolato sull'ulteriore efficientamento del sistema, che permetterebbe di evitare la fuga in convenzione dei farmaci A-PHT, tale dato è stato elaborato dal CIRFF attraverso il report Pharma Campania Report anno 2018 al quale si aggiungerebbe il risparmio progressivo annuale correlato alle procedure centralizzate di acquisto e stoccaggio descritte nel presente Piano effettuate mediante una analisi dell'andamento degli acquisti, della gestione delle giacenze, degli indici di rotazione dei farmaci e dei consumi delle sette AA.SS.LLL. effettuata dal Gruppo di esperti Regionale DPC.

In sintesi nell'ambito dei conti economici programmatici si è ritenuto prudenziale considerare esclusivamente il risparmio di 5.000 €/000 così suddiviso:

- per il 2019 pari a ca. 1.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 3.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 5.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

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

Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

In materia la Regione ha emanato:

- il DCA n.41 del 29/05/2018 avente ad oggetto “Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macro-area della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78”;
- il DCA n.43 del 31/05/2018 avente ad oggetto: “Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza termale e presa d’atto dei consuntivi della spesa termale 2015-2017”;
- il DCA n.48 del 21/06/2018 avente ad oggetto: “Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.;
- il DCA n.53 del 29/06/2018 avente ad oggetto: “Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP” successivamente integrato con DCA n.96 del 16/11/2018;
- il DCA n.84 del 31/10/2018 avente ad oggetto: “Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l’esercizio 2018 e altre disposizioni relative all’assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private”.

Con riferimenti ai tetti dell’assistenza ospedaliera e specialistica si conferma il rispetto dei vincoli previsti dal decreto legge n. 95/2012, come illustrato nel Quadro Spending Review del DCA n. 48/2018 e nelle successive note di chiarimento invitate dalla Struttura Commissariale.

Per l’assistenza ospedaliera il budget previsto è pari a ca. 861.168 €/000 all’anno, relativo alle Case di Cura private accreditate, agli Ospedali Classificati e all’IRCCS Maugeri, e agli ulteriori 54.000 €/000 annui, così come previsto dal DCA n.48/2018. Di conseguenza si rilevano maggiori costi per:

- ca. 54.687 €/000 per il 2019;
- ca. 54.687 €/000 per il 2020;
- ca. 54.687 €/000 per il 2021.

Per l’assistenza specialistica ambulatoriale, la dialisi e le prestazioni di FKT il budget previsto è pari a ca. 538,3 €/mln all’anno, comprensivo della quota riconosciuta agli Ospedali Classificati per le prestazioni fornite (stimata pari a ca. 8,2 €/mln, pari al Consuntivo 2018), come previsto dal DCA n.84/2019. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 6.552 €/000 per il 2019;
- ca. 6.552 €/000 per il 2020;
- ca. 6.552 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 il budget previsto è pari a ca. 302,4 €/mln all'anno. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 5.768 €/000 per il 2019;
- ca. 8.234 €/000 per il 2020;
- ca. 10.720 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza termale il budget previsto è pari a ca. 22 €/mln all'anno. Di conseguenza i maggiori costi stimati sono pari a:

- ca. 4.344 €/000 per il 2019;
- ca. 4.203 €/000 per il 2020;
- ca. 4.061 €/000 per il 2021.

Tipo Assistenza	Tetti 2019	Tetti 2020	Totale 2021
Ass. ospedaliera	861.168	861.168	861.168
Ass. Riabilitativa	302.430	302.430	302.430
Ass. Specialistica	538.392	538.392	538.392
Ass. Termale	22.000	22.000	22.000

Tabella 34: Tetti di spesa anno 2019-2021

Valorizzazione economica dei Programmi Operativi

Consolidato SSR Campania										
ID	CONTO ECONOMICO	Tendenziale 2019	Tendenziale 2020	Tendenziale 2021	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021	Programmatico 2019	Programmatico 2020	Programmatico 2021
	€/000	C	D	E	F	G	H	I=C+F	L=D+G	M=E+H
A.1.1	Contributi F.S.R. Indistinto	10.296.899	10.483.299	10.623.099	0	0	0	10.296.899	10.483.299	10.623.099
A.1.2	Contributi F.S.R. Vincolato	263.277	267.758	263.277	0	0	0	263.277	267.758	263.277
A1	Contributi F.S.R.	10.560.176	10.751.057	10.886.376	0	0	0	10.560.176	10.751.057	10.886.376
A.2.A	Saldo Mobilità Infra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.B	Saldo Mobilità Extra	- 319.012	- 319.021	- 319.030	0	0	0	- 319.012	- 319.021	- 319.030
A.2.5	Saldo Infragruppo Regionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.6	Saldo Mobilità Internazionale	- 25.986	- 8.250	- 8.250	0	0	0	- 25.986	- 8.250	- 8.250
A2	Saldo Mobilità	- 344.999	- 327.271	- 327.280	0	0	0	- 344.999	- 327.271	- 327.280
A.3.1	Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contribut	70.794	70.794	88.944	63.000	85.789	257.851	133.794	156.583	346.795
A.3.2	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	70.464	61.565	57.814	0	0	0	70.464	61.565	57.814
A.3.3	Ticket	54.685	54.685	54.685	0	0	0	54.685	54.685	54.685
A.3.4	Altre Entrate Proprie	132.935	132.935	132.935	0	0	0	132.935	132.935	132.935
A3	Entrate Proprie	328.878	319.979	334.378	63.000	85.789	257.851	391.878	405.768	592.229
A4	Saldo Intramoenia	7.387	7.387	7.387	0	0	0	7.387	7.387	7.387
A5	Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Investi	- 89.725	- 89.725	- 89.725	0	0	8.000	- 89.725	- 89.725	- 81.725
A	**Totale Ricavi Netti**	**10.461.718**	**10.661.427**	**10.811.136**	**63.000**	**85.789**	**265.851**	**10.524.718**	**10.747.216**	**11.076.987**
B.1.A	Personale Dipendente	2.524.084	2.524.084	2.524.084	21.445	185.704	428.175	2.545.529	2.709.788	2.952.259
B.1.B	Personale Non Dipendente	151.655	152.177	152.703	- 6.527	- 19.739	- 33.162	145.128	132.438	119.541
B1	Personale	2.675.739	2.676.261	2.676.787	14.918	165.965	395.013	2.690.657	2.842.226	3.071.800
B2	Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	1.237.230	1.274.382	1.312.777	- 6.000	- 30.000	- 40.000	1.231.230	1.244.382	1.272.777
B.3.1	Altri Beni Sanitari	524.126	537.649	552.793	0	0	0	524.126	537.649	552.793
B.3.2	Beni Non Sanitari	22.305	22.482	22.662	0	0	0	22.305	22.482	22.662
B.3.3	Servizi	1.186.337	1.192.770	1.204.641	- 5.878	5.112	27.059	1.180.459	1.197.882	1.231.700
B3	Altri Beni E Servizi	1.732.768	1.752.901	1.780.096	- 5.878	5.112	27.059	1.726.890	1.758.013	1.807.155
B.4.1	Ammortamenti E Sterilizzazioni	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.4.2	Costi Sostenuti In Economia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.3	Rettifica Contributi F.S.R. Per Destinazione A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.4	Rettifica Contributi Pubblici Per Destinazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.5.1	Accantonamenti Rischi	337.610	337.610	337.610	0	0	0	337.610	337.610	337.610
B.5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	9.148	9.148	9.148	0	0	0	9.148	9.148	9.148
B.5.3	Altri Accantonamenti	19.630	19.630	19.630	0	0	0	19.630	19.630	19.630
B.5.4	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	117.467	130.350	139.453	856	6.666	16.238	118.324	137.016	155.691
B.5.5	Accantonamenti per quote inutilizzate di conti	179.361	117.391	61.160	0	0	0	179.361	117.391	61.160
B5	Accantonamenti	663.215	614.129	566.999	856	6.666	16.238	664.071	620.795	583.237
B6	Variazione Rimanenze	- 26.977	- 26.977	- 26.977	0	0	0	- 26.977	- 26.977	- 26.977
B	**Totale Costi Interni**	**6.294.528**	**6.303.249**	**6.322.235**	**3.896**	**147.743**	**398.310**	**6.298.424**	**6.450.991**	**6.720.545**
C1	Medicina Di Base	651.808	651.808	651.808	0	0	0	651.808	651.808	651.808
C2	Farmaceutica Convenzionata	810.140	810.140	810.140	- 1.000	- 3.000	- 5.000	809.140	807.140	805.140
C.3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	806.481	806.481	806.481	54.687	54.687	54.687	861.168	861.168	861.168
C.3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	776.180	778.030	779.895	- 6.552	- 6.552	- 6.552	769.628	771.478	773.343
C.3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra O	308.198	310.664	313.150	- 5.768	- 7.900	- 9.939	302.430	302.765	303.211
C.3.4	Altre Prestazioni Da Privato	501.549	503.888	506.246	7.454	33.456	69.570	509.003	537.344	575.816
C3	Prestazioni Da Privato	2.392.408	2.399.063	2.405.772	49.821	73.692	107.766	2.442.229	2.472.755	2.513.538
C	**Totale Costi Esterni**	**3.854.357**	**3.861.012**	**3.867.721**	**48.821**	**70.692**	**102.766**	**3.903.178**	**3.931.704**	**3.970.487**
D	**Totale Costi Operativi**	**10.148.885**	**10.164.261**	**10.189.956**	**52.717**	**218.434**	**501.076**	**10.201.602**	**10.382.695**	**10.691.032**
E	**Margine Operativo**	**312.833**	**497.167**	**621.180**	**10.283**	**- 132.645**	**- 235.225**	**323.116**	**364.521**	**385.955**
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni e Svalutazio	10.018	10.099	10.180	0	0	0	10.018	10.099	10.180
F2	Saldo Gestione Finanziaria	42.338	42.338	42.338	0	0	0	42.338	42.338	42.338
F.3.1	Irap	206.439	206.641	206.844	1.886	16.334	37.661	208.325	222.975	244.505
F.3.2	Ires	2.710	2.732	2.754	0	0	0	2.710	2.732	2.754
F.3.3	Altri Oneri Fiscali	20.795	20.962	21.130	0	0	0	20.795	20.962	21.130
F3	Oneri Fiscali	229.944	230.335	230.728	1.886	16.334	37.661	231.830	246.669	268.389
F.4.1.a	Componenti Straordinarie Attive	47.306	19.860	19.860	- 0	- 0	- 0	47.306	19.860	19.860
F.4.1.b	Componenti Straordinarie Passive	84.174	82.329	82.329	0	0	0	84.174	82.329	82.329
F4	Saldo Gestione Straordinaria	36.868	62.469	62.469	0	0	0	36.868	62.469	62.469
F	**Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie**	**319.167**	**345.240**	**345.714**	**1.886**	**16.335**	**37.661**	**321.054**	**361.575**	**383.376**
	Totale Costi	**10.468.052**	**10.509.501**	**10.535.671**	**54.604**	**234.769**	**538.737**	**10.522.655**	**10.744.270**	**11.074.408**
G	**Risultato Economico**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**
H	**Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
I	**Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 35: Programmatico 2019-2021

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
sig. Antonio Nocera

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

_____

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ / _____ A:

	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE		DISTRETTO N. 34
	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.		DISTRETTO N. 48
	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE		DISTRETTO N. 49
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE		U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INT. ED EST.		DISTRETTO N. 50
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. VAL. RISORSE UMAN E PERFORMANCE		DISTRETTO N. 51
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO		DISTRETTO N. 52
	U.O.C. AFFARI LEGALI		U.O.C. RISK MANAGEMENT		DISTRETTO N. 53
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.C. COORD.TO SOCIO SANITARIO		DISTRETTO N. 54
	U.O.C. GOVERNO ASSISTENZA OSPED.		U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPED. AREA SUD		DISTRETTO N. 55
	U.O.C. COORD. ATT. RIABILITATIVE		U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPED. AREA NORD		DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE		U.O.C. ASS.ZA FARMAC. OSP. AREA NORD		DISTRETTO N. 57
	U.O.C. EMERGENZA SANITARIA 118		U.O.C. ASS.ZA FARMAC. OSP. AREA SUD		DISTRETTO N. 58
	U.O.C. CURE PRIMARIE E ATT. TERRIT.		U.O.C. ASS.ZA FARMC. DISTR. AREA NORD		DISTRETTO N. 59
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		U.O.C. ASS.ZA FARMAC. DISTR AREA SUD		P.O. NOLA + STAB. POLLENA
	U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI		DIP.TO SCIENZE MEDICHE, ASS.ZA RIAB.VA OSP.RA E POST OSPEDALIERA		P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DIPARTIMENTO AREA CRITICA		P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DIPARTIMENTO DIAGN.CA PER IMMAGINI		U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE		DIPARTIMENTO MED. LAB. E ANATOMIA PAT.		U.O.S.D. PSICOLOGIA INT.TA DELLA DONNA E DEL BAMBINO
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE		DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE		U.O.S.D. NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC		DIPART. ATT. TERRIT ED INTEG. SOC. SAN.		COORD.TO COMITATO ETICO
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA
	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA		DIPARTIMENTO PREVENZIONE		U.O.C. CONTROLLI INTEG. INTERNI ED ESTERNI
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE IMPIANTI TECNOLOGICI – CENS. IMM.				