



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. 83 DEL 31/10/2019

OGGETTO: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021.

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, acta vi: "completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio").

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

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

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

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 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 la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale sub Commissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

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

**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)**

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 che:

- assegna “al commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;
- individua nell'ambito del mandato sopra specificato alcune azioni o interventi come “acta” ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vi): “completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio”;

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;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 1230 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni di emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “ misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”;*

CONSIDERATO

- che la Regione Campania con DCA n.103 del 28.12.2018 ha approvato il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015;
- che occorre adottare un piano organico di programmazione dell'assistenza territoriale definendo in un documento complessivo l'offerta di assistenza territoriale attuale e programmata per tutte le tipologie di assistenza in coerenza con il DPCM del 12.01.2017 “definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTO il documento “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021”, allegato al presente provvedimento, che definisce l'offerta e il modello organizzativo funzionale dell'assistenza territoriale, e, in particolare, individua e descrive:

- il ruolo del distretto e dei dipartimenti strutturali (prevenzione, salute mentale, dipendenze);
- la riprogettazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale;
- la configurazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio;
- i percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio;
- gli strumenti di governante delle attività territoriali;



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)

- il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali a supporto della rete territoriale; nonché della telemedicina a domicilio;
- la definizione dei fabbisogni dell'offerta pubblica e privata accreditata, delle tariffe, nonché degli interventi di edilizia sanitaria programmati;
- il ruolo delle reti assistenziali in particolare di quelle connesse alle malattie croniche;
- il crono programma delle azioni di riorganizzazione, della pianificazione attuativa aziendale, e del relativo monitoraggio;
- la valutazione dell'impatto economico;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR.

DECRETA

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

1. di **APPROVARE** il documento "*Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021*", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di **NOTIFICARE** il presente provvedimento a tutte le Aziende Sanitarie;
3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, attraverso la procedura SIVEAS, al tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, con riserva di recepimento di eventuali indicazioni o prescrizioni formulate dai Ministeri vigilanti;
4. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, 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 ed il Coordinamento 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
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

REGIONE CAMPANIA



Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021

Sommario

Premessa	1
1 Situazione socio-demografica ed epidemiologica della Regione Campania	4
a. Le dinamiche demografiche in Regione Campania	4
b. Il territorio	11
c. La strategia regionale per le aree interne	12
d. La popolazione	13
e. Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione	20
2 Il ruolo del Distretto	34
a. Il contesto generale di riferimento	34
b. Lo stato attuale e le criticità dell'organizzazione distrettuale	35
c. Le funzioni del Distretto	36
d. I Distretti Sanitari della Campania	38
3 Il ruolo dei Dipartimenti Strutturali	41
a. Dipartimento di Prevenzione	41
b. Dipartimento di Salute Mentale	43
c. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	48
4 La governance delle attività territoriali	51
a. Il Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali	51
b. Le Aree di Coordinamento	52
c. Il Distretto	53
d. I Dipartimenti strutturali	53
e. Le Unità Operative	54
5 Le cure primarie	54
a. Ricognizione dello stato attuale dell'assistenza primaria	54
b. Definizione del modello di cure primarie	58
c. Strumenti di integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale	64
d. Azioni di organizzazione delle UCCP e AFT	65
e. Ospedale di Comunità	67
f. Poliambulatori	69
6 Le attività Consultoriali e l'Area Materno-infantile	70
a. I Consultori Familiari	70
b. L'Attuale offerta dei Consultori	73
c. Percorso Nascita	78
d. La fase prenatale	78

e.	La tutela della nascita	79
f.	I Primi 1000 giorni di vita e la presa in carico	81
g.	L'età della transizione della presa in carico	81
7	L'Area dell'assistenza sociosanitaria	83
a.	Assistenza sociosanitaria alla disabilità	83
b.	Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti.....	89
c.	Assistenza sociosanitaria a Malati Terminali e Cure Palliative.....	93
d.	Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari.....	97
e.	L'Assistenza per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva.....	100
8	Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e distrettuale	102
a.	Definizione del modello di monitoraggio della rete territoriale	102
b.	Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato di prestazioni specialistiche	103
c.	Ricognizione dell'offerta regionale di assistenza extraospedaliera pubblica e privata accreditata (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)	116
d.	Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)	132
e.	Aggiornamento manuali autorizzazioni e accreditamento	144
9	Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio. Esperienze realizzate e linee di sviluppo.	145
10	Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio	151
11	Edilizia sanitaria territoriale in coerenza con la programmazione	153
12	Il sistema informativo sanitario a supporto della rete di assistenza territoriale	157
13	Valutazione dell'impatto economico	171
a.	Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza	171
b.	Valutazione dell'impatto economico	174

Premessa

Quando si affronta il tema della riorganizzazione dei sistemi sanitari, la raffigurazione della dinamica demografica, l'evoluzione delle componenti naturali (nascite e morti) o sociali (immigrazioni ed emigrazioni) che modificano la consistenza e la struttura della popolazione, la disponibilità di risorse economiche, nonché l'attuale situazione dell'offerta dei servizi sanitari pubblici e privati accreditati, sia in termini quantitativi che qualitativi, rappresentano elementi di valutazione di estrema importanza.

Questo è, appunto, l'incipit del nuovo Piano Territoriale, che affronta da subito l'aspetto più considerevole della dinamica demografica, o ancor di più la causa attuale del fenomeno sanitario più rilevante, ovvero l'invecchiamento della popolazione.

Inoltre, non va dimenticato che all'incremento della popolazione anziana, aumenta il peso delle risorse da investire nella salute, sia da parte pubblica, che da parte delle famiglie.

Si è partiti, quindi, dall'attuale eterogeneità del modello regionale Campano e dalla necessità di avviare una nuova fase di sviluppo dei servizi territoriali, così come indicato dal Piano Nazionale della Cronicità, che sottolinea l'esigenza di individuare *“un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza”*.

La presa in carico di questa tipologia di pazienti richiede la progettazione di modelli a rete, che tengano conto della molteplicità di variabili in gioco non solo di tipo clinico e professionale, ma anche di natura organizzativa e di sistema.

La semplice sommatoria dei singoli interventi tradizionali sinora offerti, infatti, offre risposte inefficaci per i pazienti e inefficienti per il sistema salute, soprattutto a livello territoriale.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il Piano, dopo aver descritto con chiarezza l'attuale modello organizzativo-funzionale delle strutture territoriali, le diverse attività sanitarie erogate, i molteplici attori coinvolti, nonché lo stato delle reti assistenziali ed in particolare della rete integrata ospedale-territorio, individua le linee di sviluppo per il raggiungimento degli obiettivi generali di salute prefissati.

Per ogni settore preso in rassegna dopo la rappresentazione dello stato attuale si è provveduto a configurare il nuovo modello organizzativo-funzionale tendenziale, precisando con chiarezza le diverse articolazioni funzioni da attivare, nonché i tempi di realizzazione e le modalità di verifica e monitoraggio.

In particolare, sono presi in rassegna:

- il ruolo del Distretto e segnatamente **la riprogrammazione della centralità del Distretto Sanitario** e il conseguente riallineamento degli attuali Dipartimenti Strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, delle Dipendenze), quale momento fondamentale per ridefinire la governance locale e l'assetto organizzativo degli ambiti distrettuali, nonché della individuazione delle

diverse linee assistenziali da prevedere in ogni singolo distretto ovvero in un ambito ancora più esteso, quali le aree interdistrettuali;

- la presa in carico unitaria del paziente;
- **la riprogettazione delle cure primarie**, finalizzata a garantire un riassetto, **del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale**. Tale spinta innovativa, che deve prevedere una revisione delle interdipendenze verticali e orizzontali all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale, attualmente si è indirizzata verso forme aggregative dei Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso la costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, fondamentali per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- **la attivazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio**, per tener conto della molteplicità di variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema in funzione della quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani;
- **la messa in atto**, da parte dei Dipartimenti Strutturali e delle Aree di Coordinamento, degli strumenti operativi previsti dal governo clinico, quali i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** per singole problematiche assistenziali e **i percorsi di cura personalizzati**. Mentre i PDTA rappresentano gli elementi più caratterizzanti della maggior parte dei nuovi modelli integrati di interventi sanitari e socio-sanitari (in quanto assumono anche una forte valenza di tipo organizzativo), i profili di cura sempre più personalizzati di presa in carico, quali i Piani Assistenziali Individuali, garantiscono soprattutto i pazienti in condizioni di più elevata complessità sanitaria e socio-assistenziale. Tali strumenti svolgono una funzione unitaria di sintesi e di connessione dell'ampia rete di strutture e soggetti disegnati intorno al paziente. Parimenti questa rete mira a rendere il paziente parte attiva e consapevole – insieme ai suoi familiari – delle scelte terapeutiche e dell'organizzazione dello stesso percorso a lui dedicato;
- la promozione del governo clinico e del miglioramento della qualità assistenziale, attraverso la promozione di strumenti di valutazione strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire misurazioni in itinere, considerando integralmente le dimensioni della qualità delle cure (efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità), al fine di indirizzare il sistema verso una logica degli esiti e di attenzione alla qualità della vita;
- una **più intensa alleanza pubblico-privato** per la riprogettazione congiunta dell'innovazione nell'assistenza territoriale;
- **il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali, nonché della telemedicina a domicilio**, come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, essenziali anche per potenziare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi e degli *outcomes* e dell'importante ruolo a supporto dei processi decisionali;

- la definizione di chiari percorsi e procedure per la valutazione e il monitoraggio della pianificazione attuativa aziendale;
- **la definizione** dei fabbisogni dell'offerta pubblica e privata accreditata, delle tariffe, nonché degli interventi di edilizia sanitaria programmati;
- il ruolo delle **reti assistenziali** in particolare di quelle connesse alle **malattie croniche** e all'integrazione territorio-ospedale e i diversi strumenti di governo clinico utilizzati, in un'ottica di forte intersettorialità.

A concludere, si è affrontata la valutazione dell'impatto economico, necessario per affrontare la sostenibilità delle nuove scelte di sistema.

Resta inteso che l'efficacia del nuovo Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità, Regione, Aziende Sanitarie e Comuni per quanto di competenza, tutti chiamati a trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli.

Investire nella qualificazione delle risorse umane, adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci, adeguare le attività sanitarie in termini di esiti clinici agli standard quantitativi e qualitativi prefissati dal livello centrale, garantendo in tal modo i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio regionale, rappresentano le effettive direttrici su cui si svilupperà l'intero agire nel periodo temporale di riferimento.

Il presente Piano, pertanto, mette in atto azioni fortemente innovative, finalizzate ad affrontare le nuove sfide che attendono l'assistenza territoriale nei prossimi anni, indispensabili per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute e per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario.

È dunque naturale che il nuovo Piano Territoriale si ponga in una ottica del tutto nuova e coerente con tutti i cambiamenti cui stiamo assistendo, sul versante demografico, epidemiologico, legislativo, economico e culturale, e quindi, sul versante sanitario, trasformandosi, pertanto, rispetto al precedente Piano, da atto programmatico per le Aziende Sanitarie in Progetto di Salute condiviso e attuato in modo sinergico e interattivo.

1 Situazione socio-demografica ed epidemiologica della Regione Campania

a. Le dinamiche demografiche in Regione Campania

Di seguito, si riportano alcuni indicatori demografici selezionati nel “Rapporto OsservaSalute 2018” dai quali si rileva, da un lato, come anche in Regione Campania il ricambio generazionale non sia più garantito e, dall'altro, come a livello regionale la speranza di vita alla nascita e il tasso di mortalità siano ancora sensibilmente lontani dal valore nazionale.

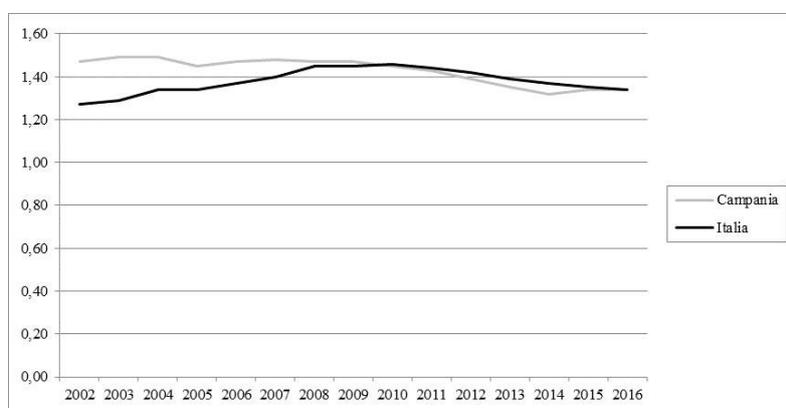
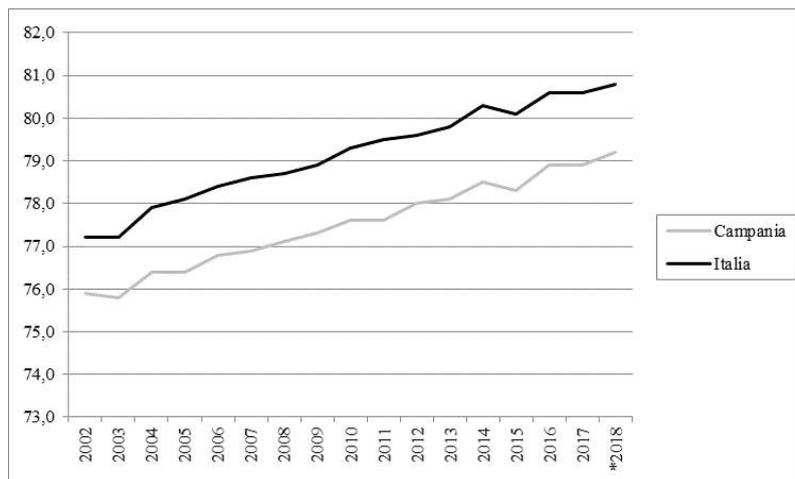


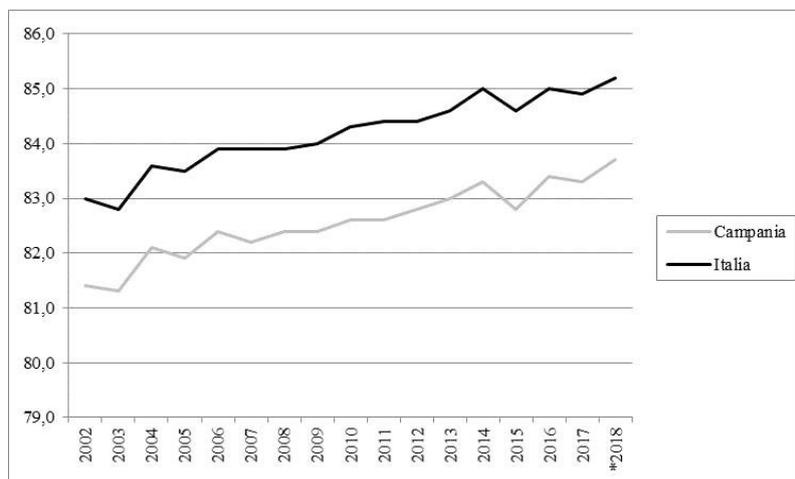
Figura 1 – Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna) di cittadine italiane e di cittadine straniere residenti - Anni 2002-2016

Il tasso di fecondità totale, nel 2016, è pari a 1,34 figli per donna (sovrapponibile al valore nazionale) risultando inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Nell'arco temporale 2002-2016, si osserva che la ripresa dei livelli di fecondità, in atto a livello nazionale fino al 2010, mostra in Campania un andamento caratterizzato da dati maggiori rispetto ai dati Italia fino al 2009 e da dati minori dal 2010 al 2014. Dal 2011, i valori diminuiscono sia a livello nazionale che nella regione in esame, mentre si assiste ad un lieve aumento ed una seguente stabilità dal 2014. Considerando l'intero periodo, in Campania il tasso di fecondità è diminuito dell'8,8%, in controtendenza rispetto all'andamento nazionale (+5,5%).



*Dato provvisorio

Figura 2 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita. Maschi - Anni 2002-2018



*Dato provvisorio

Figura 3 – Speranza di vita (valori in anni) alla nascita. Femmine – Anni 2002-2018

In Regione Campania, la speranza di vita alla nascita, nel 2018, è pari a 79,2 anni per gli uomini e a 83,7 anni per le donne (valore nazionale: uomini 80,8 anni e donne 85,2 anni), valori minori tra le regioni italiane per entrambi i generi. Evidente è il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur risultando ancora consistente (+4,5 anni) a favore delle donne. Nel periodo 2002-2018, si osserva, per il genere maschile, un trend in aumento (+3,3 anni), con andamento simile a quello nazionale, ma con valori nettamente inferiori. Anche per il genere femminile si osserva un trend in aumento (+2,3 anni) ed i valori sono tutti inferiori rispetto ai valori Italia. A livello nazionale, inoltre, l'incremento nel periodo temporale considerato è stato pari a +3,6 anni per gli uomini e +2,2 anni per le donne. È da segnalare l'andamento altalenante degli ultimi quattro anni per entrambi i generi (più marcato per il genere femminile) a livello sia nazionale che regionale.

La mortalità

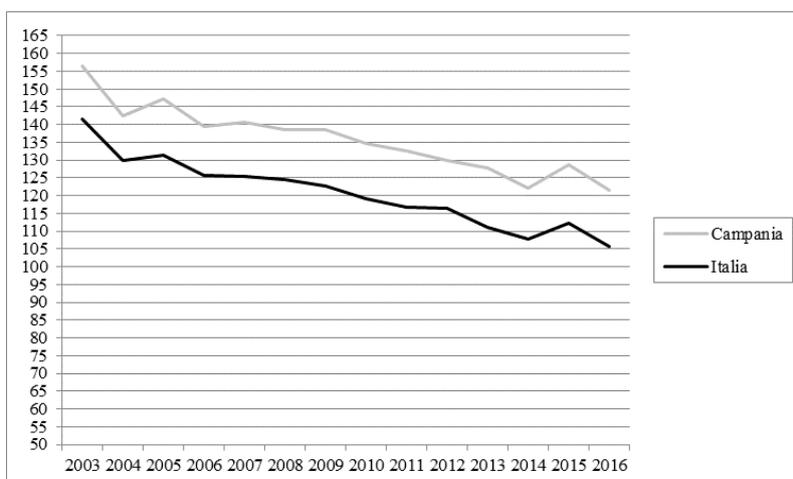


Figura 4 – Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Maschi – Anni 2003-2016

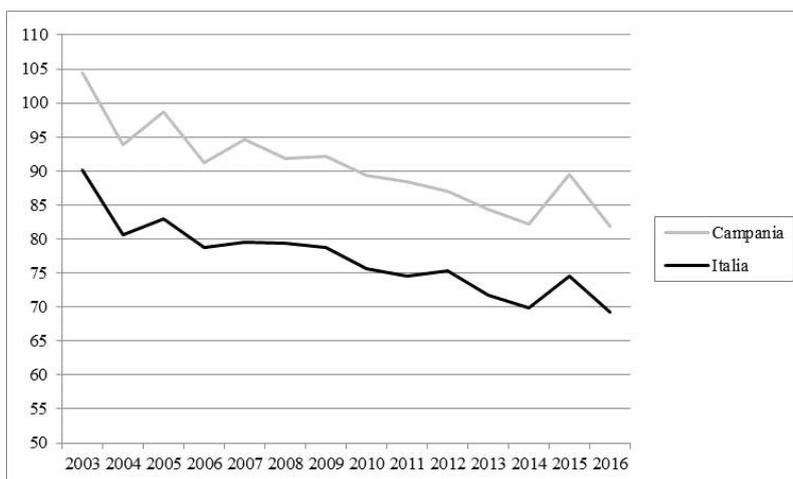


Figura 5 – Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Femmine – Anni 2003-2016

I dati di mortalità, nel 2016, risultano pari a 121,6 per 10.000 per gli uomini e a 81,8 per 10.000 per le donne (valore nazionale: uomini 105,8 per 10.000 e donne 69,2 per 10.000), valori più elevati tra tutte le regioni. Il decremento registrato nell'ultimo anno disponibile ritorna a seguire l'andamento di diminuzione che si era evidenziato (dal 2005 per gli uomini, dal 2007 per le donne) e che era stato interrotto dal valore in aumento registrato nel 2015. Inoltre, rispetto ai valori nazionali, i dati registrati per entrambi i generi nella regione in esame sono tutti maggiori.

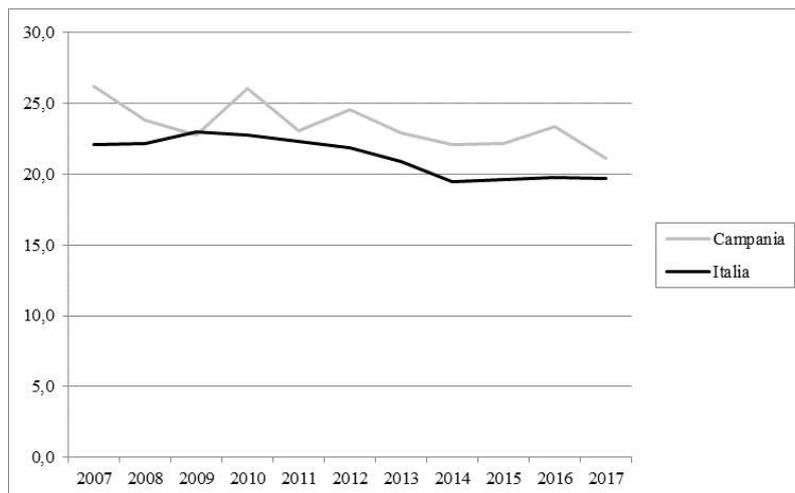


Figura 6 – Prevalenza (valori per 100) per abitudine al fumo di tabacco nella popolazione di 14 anni ed oltre. Anni 2007 -2017

Gli stili di vita

Con riferimento all'abitudine al fumo di tabacco, si evidenzia che, nel 2017, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni di età ed oltre è pari a 21,1% (valore nazionale 19,7%). Considerando il periodo 2007-2017, si registra una diminuzione (-19,5% vs valore nazionale -10,9%) con un andamento altalenante, mentre dal 2012 segue l'andamento nazionale, con un valore che decresce in modo simile, a parte il picco dell'anno 2016.

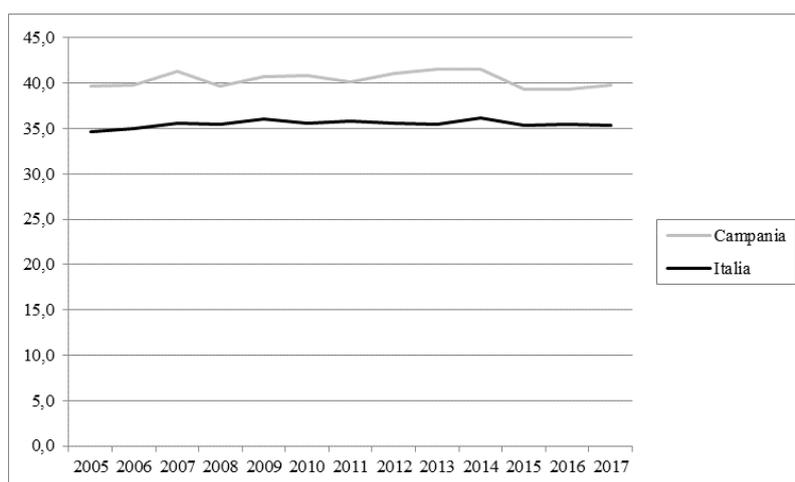


Figura 7 – Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso – Anni 2005 - 2017

Con riferimento al fenomeno del sovrappeso, si evidenzia che la prevalenza di persone di 18 anni di età ed oltre è pari, nel 2017, a 39,8% (valore nazionale 35,4%), valore in leggero aumento rispetto all'anno precedente (+1,3%). Nell'arco temporale 2005-2017, i dati della Campania risultano tutti maggiori rispetto

ai valori Italia con andamento simile a quello nazionale. Considerando l'intero periodo temporale nella regione in esame si è registrato un lieve aumento pari a +0,3% (andamento nazionale +2,0%).

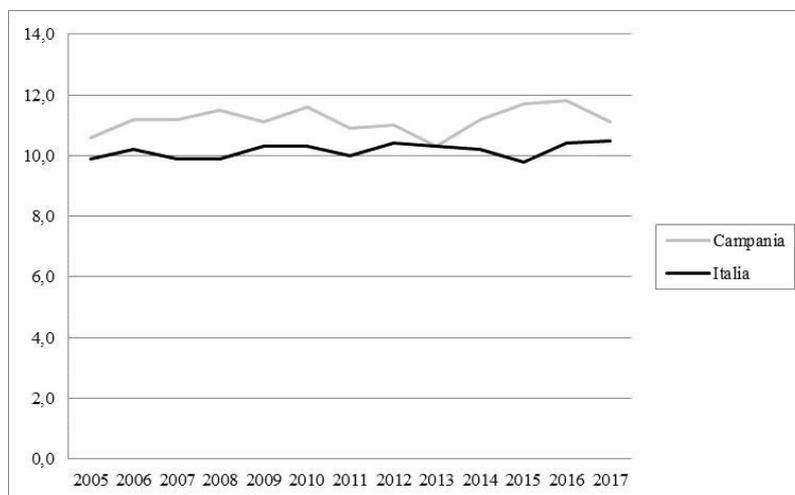


Figura 8 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese - Anni 2005 - 2017

Con riferimento al fenomeno dell'obesità, si evidenzia che la prevalenza di persone di 18 anni di età ed oltre è pari, nel 2017, a 11,1% (valore nazionale 10,5%). I dati della Campania presentano un andamento oscillante (*range* 10,3-11,8%) con valori superiori ai dati nazionali, ad eccezione del valore relativo all'anno 2013 che risulta uguale al dato Italia. I dati nazionali presentano, invece, un andamento alquanto lineare (*range* 9,8-10,5%). Da evidenziare è l'andamento in controtendenza dei dati relativi al periodo 2013-2015 tra Italia e Campania (-4,9% vs +13,6%), con valori in riavvicinamento negli ultimi anni. Considerando l'intero periodo temporale in Campania si è registrato un incremento pari a +4,7%, minore rispetto all'andamento nazionale (+6,1%).

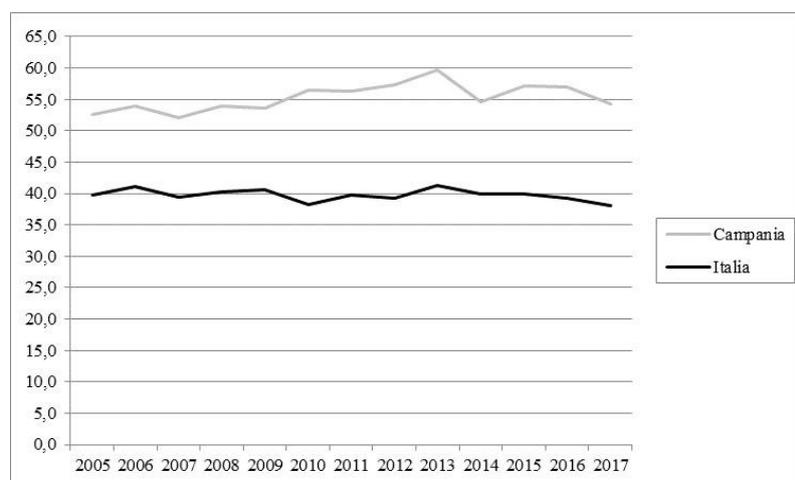


Figura 9 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport - Anni 2005 - 2017

In Campania, nel 2017, la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari a 54,2% (valore nazionale 38,1%). Nel complesso, considerando l'arco temporale 2005-2017, i dati mostrano un

andamento oscillante (differenza tra il valore massimo e il valore minimo di oltre 7 punti percentuali) con valori tutti nettamente superiori rispetto ai dati nazionali. A livello nazionale, si osserva un andamento più lineare con variazioni più contenute (circa 3 punti percentuali). Considerando l'intero periodo temporale in Campania si è registrato un aumento pari a +3,2% (valore nazionale - 4,3%).

La prevenzione



Figura 10- Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre

In materia di prevenzione si rileva che la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di 65 anni di età ed oltre è pari, nella stagione 2017-2018, a 57,4% (valore nazionale 52,7%). Nel periodo stagionale 1999-2000/2017-2018, i dati di copertura della Campania risultano nella maggioranza dei casi maggiori rispetto ai dati Italia (non sono disponibili i dati della stagione 2001-2002). Il valore massimo in Campania si è registrato nella stagione 2002-2003 (stagione 2005-2006 a livello nazionale). Considerando l'intero arco temporale, nella regione in esame si registra un importante aumento pari a +50,7% (valore nazionale +29,5%).

La Salute Psicica

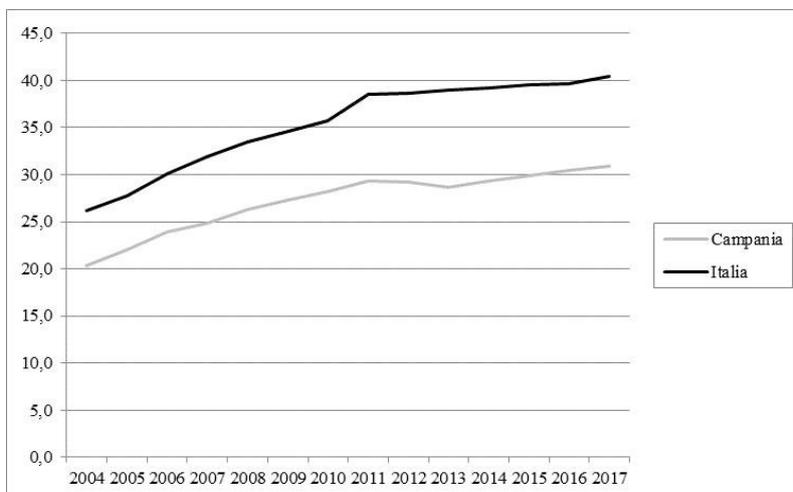


Figura 11 - Consumo (valori in Defined Daily Dose/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2004-2017

Il consumo di farmaci antidepressivi, nel 2017, è pari a 30,9 DDD/1.000 *ab die* (valore nazionale 40,4 DDD/1.000 *ab die*), valore più basso tra le regioni italiane. Nel periodo 2004-2017 si osserva un *trend* in aumento (+51,5%), con andamento simile a quello italiano (+54,3%). I dati della Campania, comunque, risultano tutti inferiori rispetto ai dati Italia.

L'assetto economico-finanziario

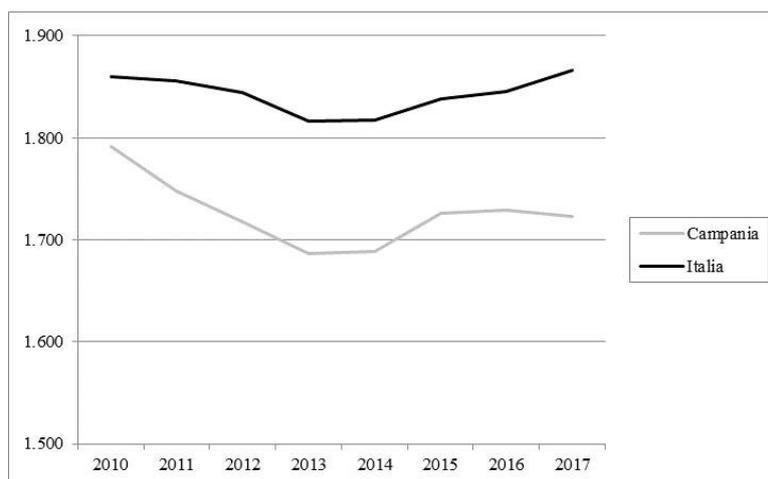


Figura 12 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite - Anni 2010-2017

Il valore dell'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2017, è pari a 1.723 € (valore nazionale 1.866 €), valore minimo tra tutte le regioni. In Campania, considerando l'arco temporale 2010-2017, si osserva un *trend* caratterizzato da valori in diminuzione fino al 2013. Dal 2014 si registrano valori in aumento; al contrario, si evidenzia una lieve diminuzione nell'ultimo anno preso in considerazione (-0,3%). Analogo andamento si riscontra anche a livello nazionale con la differenza dell'aumento dell'ultimo anno (+1,1%). Considerando l'intero periodo temporale nella regione in esame si è registrata una diminuzione pari a -3,8% (valore nazionale +0,3%).

b. Il territorio

Il territorio della Regione Campania si suddivide in cinque province, Napoli, Avellino, Benevento, Caserta, e Salerno; si estende su un suolo di 13.670,95 kmq e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e a est con la Puglia e la Basilicata. La Campania è la dodicesima regione italiana per superficie, il suo territorio rappresenta il 4,51% dell'intero territorio nazionale ed è per il 50,8% collinare, per il 34,6% montuoso e per il restante 14,6% pianeggiante.

Il territorio campano si sviluppa a ovest lungo il litorale della costa tirrenica e a est lungo l'Appennino Campano. La zona costiera comprende quattro golfi separati tra loro da grandi promontori (golfo di Gaeta, golfo di Napoli, golfo di Salerno e golfo di Policastro); nel golfo di Napoli sono presenti le isole di Capri, Ischia, e Procida; la zona montuosa comprende l'altopiano del Matese, i monti del Sannio, quelli dell'Irpinia, i Picentini, i Lattari e l'altopiano del Cilento. Le coste e le isole campane hanno una spiccata vocazione turistica per cui, nei mesi più temperati dell'anno, la popolazione effettiva aumenta considerevolmente; in particolare l'isola di Ischia, che già normalmente ha una popolazione residente di 64.126 ab., rappresenta la terza isola più popolosa d'Italia, dopo la Sicilia e la Sardegna. La vocazione turistica ha naturalmente un impatto anche sulla organizzazione sanitaria, determinando la necessità di una allocazione di risorse oversize rispetto alla popolazione residente, non sempre flessibili nella loro strutturazione.

Al considerevole sviluppo delle coste si affianca la presenza di numerosi piccoli porti turistici e da diporto e di due grandi porti che rivestono un ruolo importante per il sistema industriale, commerciale e turistico. Questi ultimi si affacciano sulle città di Napoli e di Salerno e rappresentano importanti scali internazionali per la movimentazione delle merci, per il traffico petrolifero e quello crocieristico. Entrambi sono dotati di importanti stazioni marittime di cui quella di Napoli, con i suoi 12 kmq di superficie e i dieci approdi per navi di medio e grande tonnellaggio, è la più vasta dell'intero globo, mentre, quella di Salerno, di recente realizzazione, rappresenta un prestigioso monumento di architettura moderna progettato dall'architetto e designer iracheno Zaha Hadid. Due aeroporti (Napoli e Salerno) garantiscono i collegamenti aerei. Numerose sono le installazioni di carattere militare, anche di tipo internazionale (Nato) con relativo personale, spesso accompagnato dalle famiglie.

Il fenomeno della immigrazione vede la Campania tra le regioni a più elevato coinvolgimento, sia nella fase di accoglienza (i porti di Napoli e Salerno sono porti di scalo per gli immigrati provenienti da Lampedusa) che nella fase stanziale, sia essa regolare o irregolare, prevalentemente concentrati nelle ASL di Caserta e nella Macro-area Napoli. In entrambi i casi la Sanità Campana provvede con propri mezzi all'accoglienza (personale del SSR insieme ad Associazioni di Volontariato accolgono gli immigrati nei porti per le visite preliminari, ne curano l'aspetto sanitario durante le fasi intermedie fino alla collocazione nelle sedi definitive di assistenza) ed all'assistenza sanitaria ordinaria. Molti sono i cittadini in attesa di riconoscimento dello stato di rifugiati collocati in strutture alberghiere che vengono assistiti da personale sanitario territoriale. Con la codifica Straniero Temporaneamente Presente il SSR identifica le prestazioni correlate ma questa quota di popolazione non è computata nel calcolo della popolazione residente.

La Campania è tra le regioni italiane a più alta biodiversità e tra le più interessanti dal punto di vista naturalistico e paesaggistico. Il 50,4% dei comuni della Campania è incluso nel sistema delle aree protette, per complessivi 367.548 ettari che rappresentano circa il 27% del territorio regionale.

Il territorio campano, a partire dagli anni 70-80, si è contraddistinto per il processo di urbanizzazione incontrollata che ne ha caratterizzato alcune aree, sviluppatasi in assenza di infrastrutture e servizi adeguati, con un parallelo processo di involuzione industriale ed economica che ha contribuito ulteriormente al saldo migratorio negativo.

c. La strategia regionale per le aree interne

Parte del territorio campano è contraddistinta dalla presenza di piccoli Comuni, lontani dai servizi essenziali – quali scuola, sanità e mobilità – e la marginalizzazione di tali aree è stata fotografata con la Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) che, per iniziativa della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si è assunta l'impegno dello sviluppo di questi territori d'intesa con le Regioni e in cooperazione con Associazione Nazionale Comuni Italiani e Unione Province d'Italia.

La SNAI parte dall'assunto che basso grado di accessibilità ai beni di base per la popolazione residente riduce il benessere della popolazione locale residente e limita il campo di scelta e di opportunità degli individui, anche di nuovi potenziali residenti, di cui si minano i diritti di cittadinanza, attraverso la rarefazione di servizi essenziali tra i quali il diritto alla salute.

L'andamento dell'offerta dei servizi di base in queste aree ha senza dubbio subito una riduzione della qualità/quantità. Ciò è dovuto:

- alle conseguenze di un adeguamento a una popolazione decrescente o stazionaria;
- agli effetti di una razionalizzazione condotta in base al criterio dell'efficienza.

Pertanto il miglioramento dei servizi essenziali è preconditione necessaria, anche se non sufficiente, alle prospettive di sviluppo e, conseguentemente, di ripresa demografica di tali territori.

Sono “interne” quelle aree caratterizzate da: una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali; una disponibilità elevata d’importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e risorse culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere); un territorio complesso, esito delle dinamiche dei vari e diversi sistemi naturali e dei peculiari e secolari processi di antropizzazione e spopolamento che li hanno caratterizzati. La Campania ha selezionato con DGR. 600/2014, 4 aree interne: Alta Irpinia, Cilento, Vallo di Diano, Tammaro Titerno. Le 4 aree interne individuate comprendono 93 comuni su 286 classificabili “Aree interne”.

Tutti i livelli di governo, dei diversi fondi europei disponibili e dell’intervento ordinario di comuni (in forma associata), Regioni e Stato centrale, convergono su una Strategia d’area condivisa e alla definizione di un Accordo di Programma Quadro, che individua tutti gli interventi che realizzano la strategia, gli attori e i rispettivi ruoli.

Si tratta di un tema rilevante e trasversale alle diverse questioni che riguardano le aree interne del Paese. Infatti, il mancato o insufficiente servizio in territori dove la popolazione over 65 è molto elevata e la natalità molto bassa si configura spesso come possibile causa dello spopolamento.

Farmacia dei servizi, ospedale di comunità, forme associative delle cure primarie, strutture intermedie, Cure domiciliari integrate, presidi distrettuali polispecialistici, ostetrica e infermiere di comunità, telemedicina e teleassistenza, servizi diurni sociosanitari: sono tutti servizi che possono aumentare la prossimità dei servizi sanitari alle popolazioni delle aree interne, e incrementare la corretta risposta ai bisogni assistenziali, contrastando lo spopolamento e auspicabilmente favorendo il ripopolamento.

L’assenza di un adeguato servizio di TPL potrebbe essere sostituito da servizi come il trasporto a chiamata al fine di alleviare i disagi generali legati a problematiche quali l’accessibilità e la viabilità delle aree interne. La programmazione sanitaria territoriale della Regione Campania assume il tema delle aree interne come uno dei *driver* essenziali e, oltre a proseguire nella collaborazione istituzionale per lo sviluppo e attuazione delle strategie di area del programma nazionale, ne estende per quanto possibile lo spirito e le finalità nelle scelte di politica sanitaria regionale in generale, nelle scelte di localizzazione e organizzazione dei servizi sanitari territoriali.

d. La popolazione

La Campania e la Lombardia sono le due regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per kmq. Quando si divide il territorio nazionale in classi di superficie, considerando la più piccola di esse (con meno di 1.000 ettari), la Campania, con la Sicilia, sono le regioni con più alta densità abitativa; in particolare, in Campania si ha un picco di 1.500 abitanti per kmq.

La popolazione totale residente è pari a 5.801.692 abitanti (dato Istat al 01/01/2018), ripartita in 550 comuni con una densità media di 424 abitanti per kmq (media italiana: 200 ab/ kmq), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità abitativa.

Provincia	Popolazione residente	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
Avellino	421.523	2.806,07	149	118
Benevento	279.127	2.080,44	133	78
Caserta	923.445	2.651,35	348	104
Napoli	3.101.002	1.178,93	2.617	92
Salerno	1.101.763	4.954,16	222	158
Totale	5.826.860	13.670,95	424	550

Tabella 1 - Popolazione residente al 01/01/2018

Dall'analisi della Tabella 1, si evince che la provincia più popolosa della Regione è quella di Napoli con 3.084.890 abitanti (2.651,35 ab/kmq), pari al 53,17% del totale, seguita dalle province di Salerno, Caserta, Avellino e Benevento.

Densità abitativa della Regione Campania

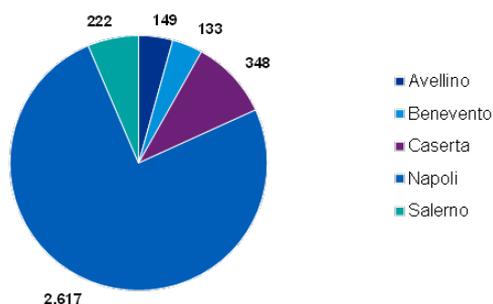


Figura 13 – Densità abitativa della Regione Campania al 01/01/2018

Estensione territoriale della Regione Campania

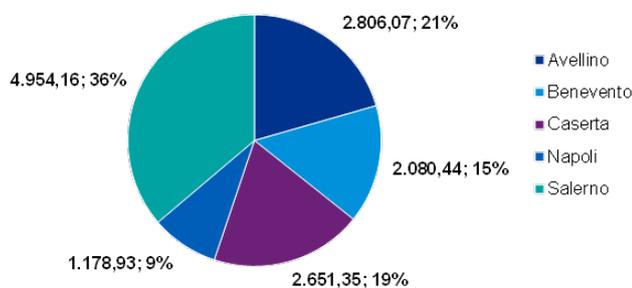


Figura 14– Estensione territoriale della Regione Campania al 01/01/2018

Si evidenzia, altresì, che all'interno delle diverse province la popolazione residente varia considerevolmente anche in relazione allo sviluppo delle attività presenti sul territorio, per cui risultano particolarmente popolate le zone dell'area metropolitana di Napoli, le aree contermini, e alcune zone del casertano.

Da un'elaborazione dei dati ISTAT presentata sul sito <http://www.tuttitalia.it>, emerge che tra i primi 50 Comuni italiani per densità demografica sono compresi 29 comuni Campani appartenenti alle province di Napoli (inclusa la città partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

Comune	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
Casavatore	18.659	1,53	12.222	80
Portici	54.045	4,6	11.736	29
San Giorgio a Cremano	44.688	4,11	10.885	56
Melito di Napoli	37.903	3,81	9.943	89
Napoli	959.188	119,02	8.059	17
Frattaminore	16.021	2,05	7.813	36
Bresso	26.300	3,38	7.776	142
Milano	1.378.689	181,67	7.589	122
Arzano	34.065	4,71	7.238	74
Cardito	22.489	3,21	7.010	33

Tabella 2 - Classifica primi 10 comuni italiani ordinati per densità di popolazione al 01/01/2018

Ad eccezione di Bresso e Milano, gli altri 8 comuni insistono tutti nella città e nella provincia di Napoli.

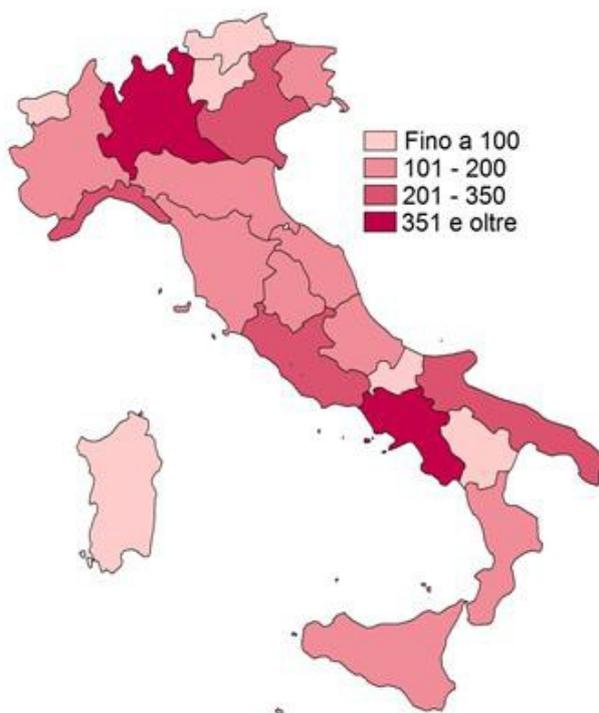


Figura 15– Densità della popolazione per Regione (Istat anno 2013)

Nell'ambito della Regione Campania, è dunque la provincia di Napoli quella più popolosa; in essa risiede, infatti, oltre la metà della popolazione campana.

Provincia	Popolazione 0-14 a.		Popolazione 15-64 a.		Popolazione > 65 a.		Popolazione totale
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Avellino	51281	12%	275166	66%	91859	22%	418.306
Benevento	33790	12%	180428	65%	62800	23%	277.018
Caserta	138256	15%	623081	68%	161628	18%	922.965
Napoli	470352	15%	2065594	67%	548944	18%	3.084.890
Salerno	146923	13%	725715	66%	225875	21%	1.098.513
Totale	840.602	14%	3.869.984	66%	1.091.106	20%	5.801.692

Tabella 3 - Popolazione residente ripartita per provincia e per fasce d'età al 01/01/2018

La Regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 14% (vs un valore medio nazionale del 13%), tra i 15-64 anni pari al 66% (vs un valore medio nazionale del 64%) e oltre i 65 anni pari al 20% (vs un valore medio nazionale del 23%).

Per quel che riguarda la distribuzione demografica, la provincia di Benevento presenta in percentuale il maggior numero di anziani con un valore pari al 23% (superiore al valore medio nazionale pari al 21%), mentre le province di Napoli e di Caserta mostrano, in percentuale, sul totale regionale, il minor numero di cittadini ultrasessantacinquenni residenti.

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) ripartiti per ASL e per singolo comune è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionali, regionali e del mezzogiorno. Tali disomogeneità si registrano sia tra le diverse province della regione che tra i comuni appartenenti alla stessa provincia risultando che il beneventano e l'avellinese comprendono realtà che si caratterizzano per valori degli indici strutturali di gran lunga superiori a quelli sotto riportati. Tali differenze offrono utili spunti di riflessione per una corretta programmazione sociale e sanitaria.

Provincia	indice di vecchiaia (%)	indice di dipendenza degli anziani (%)	indice di dipendenza strutturale (%)
Avellino	179,1	33,4	52,0
Benevento	185,9	34,8	53,5
Caserta	116,9	25,9	48,1
Napoli	116,7	26,6	49,3
Salerno	153,7	31,1	51,4
Regione Campania	129,8	28,2	49,9
Mezzogiorno	158,0	32,4	53,0
Italia	173,1	35,7	56,3

Tabella 4 - Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2018

I suddetti indicatori di struttura della popolazione risultano così determinati:

- indice di vecchiaia: dato dal rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero di giovani fino a quattordici anni; rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione.
- indice di dipendenza anziani: dato dal rapporto percentuale tra gli anziani in età non attiva (65 anni e oltre) e quelli in età attiva (14-64 anni);
- indice di dipendenza strutturale: dato dal rapporto percentuale tra gli individui in età non attiva (0-14 anni + over 65 anni) e gli individui in età attiva (14-64 anni); indica quante persone in età non attiva si rilevano ogni 100 di età attiva e fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Valori superiori al 50 % indicano una condizione di squilibrio generazionale.

Risulta inoltre importante prendere in esame l'espressione di alcuni indici demografici e sanitari che possono essere utili per capire i bisogni della popolazione, ad esempio l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), pari a 129,8 rispetto al valore medio di 158 del mezzogiorno e del 173 dell'Italia.

La distribuzione di tale indice è difforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 116,7 e 116,9) e più alti nelle restanti province (Benevento 185,9, Avellino 179,1 e Salerno 153,7).

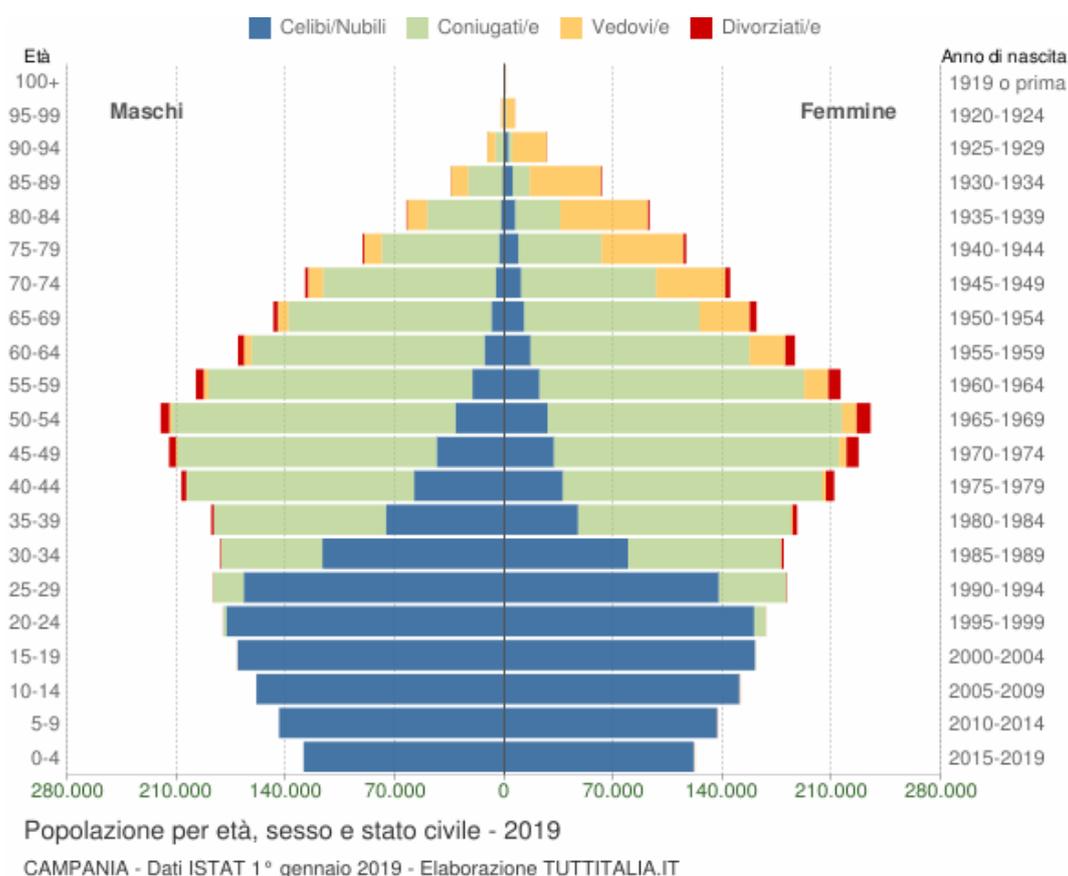


Figura 16 – Popolazione per età, sesso e stato civile - 2019

La tendenza alla modifica della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono di riorganizzare l'assistenza sanitaria, secondo i mutati bisogni assistenziali. Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

L'insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità, senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e *setting* assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa.

Si fa sempre più forte la necessità di riequilibrare l'offerta sul fronte territoriale senza perdere di vista l'indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi con l'assistenza ospedaliera. Fa da contraltare a questo riequilibrio verso l'ospedale, la forte progressione in integrazione, nell'ambito sanitario, della quota sociale: le relazioni con l'Ente Locale devono diventare strutturali, quotidiane, tese a

superare la frattura assistenziale nelle tematiche complesse, in cui non può essere francamente individuato il limite tra il bisogno sanitario e quello socio-assistenziale. Tuttavia la necessità di provvedere ad una quota di compartecipazione anche per la componente sociale, di fatto ha ridotto la domanda assistenziale specie in ambito residenziale.

Di fatto la potenzialità contributiva dei cittadini campani è gravata da indicatori socio-economici che esprimono il livello di disagio occupazionale, di esclusione sociale e povertà e della percezione della sicurezza sociale.

Area Tematica	Descrizione indicatore	% Campania	% Mezzogiorno	% Italia
Mercato del lavoro	Tasso di occupazione ¹	41,6	44,5	58,5
	Tasso di disoccupazione giovanile ²	53,6	48,4	32,2
Inclusione sociale	Tasso di disoccupazione (pop.15 anni e oltre) ³	20,4	18,4	10,6
	Indice di povertà ⁴	29,5	25,9	15,0
Sicurezza e legalità	Tasso di criminalità organizzata e di tipo mafioso ⁵	2,9	2,1	1,5
	Tasso di omicidi ⁶	0,9	0,9	0,6

1) % persone occupate in età 15-64 anni sulla popolazione nella corrispondente classe d'età. 2) % persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze-lavoro nella corrispondente classe d'età.; 3) % persone in cerca di occupazione in età 15 anni o oltre sulle forze lavoro nella corrispondente classe d'età; 4) % persone che vivono al di sotto della soglia di povertà; 5) reati associativi (per 100.000 ab. per l'anno 2016); 6) omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti (anno 2017)

Tabella 5 - Indicatori socioeconomici della Reg. Campania - Dati Istat

Come tutte le regioni Italiane, quindi, la Campania si prepara ad affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, e l'esigenza di coniugare servizi adeguati con la loro sostenibilità. L'invecchiamento pone nuove sfide, come ad esempio la necessità di potenziare la gestione delle malattie croniche e della multimorbilità, ma offre anche molte opportunità nell'ambito della "Silver Economy". Da qui la necessità di imparare ad "invecchiare bene", la promozione della salute anche con l'Attività Fisica Adattata (AFA) e l'enfasi sugli approcci innovativi per la prevenzione, la diagnosi precoce e servizi age-friendly da usare dentro e fuori i sistemi sociali e sanitari.

Provincia	Uomini		Donne	
	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni
Avellino	79,9	18,5	84,5	22,0
Benevento	79,4	18,4	84,2	21,6
Caserta	78,5	17,4	83,2	20,8
Napoli	78,6	17,6	82,8	20,4
Salerno	79,5	18,5	84,0	21,5
Regione Campania	79,2	18,1	83,7	21,3
Mezzogiorno	80,1	18,9	84,5	22,0
Italia	80,8	19,3	85,2	22,4

Tabella 6 - Speranza di vita alla nascita al 01/01/2018

e. Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione

Nell'ambito della determinazione dei fabbisogni sanitari per l'area della specialistica ambulatoriale, la Regione Campania ha predisposto un proprio studio tecnico, (validato dal MdS), utilizzando tra gli strumenti di lavoro anche il lavoro prodotto dal CIRFF ("Centro Interdipartimentale di Ricerca Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione" dell'Università di Napoli Federico II) "Utilizzo dei farmaci traccianti Regione Campania" relativo all'anno 2018.

In questo documento riportiamo i maggiori indicatori epidemiologici regionali ad impatto prevalentemente territoriale, costituenti la maggior parte della domanda sanitaria nell'area delle cronicità. Ulteriori lavori regionali tesi a stratificare con maggior dettaglio la popolazione, mediante incrocio di flussi di dati di varia estrazione, sono in corso. L'esito di tali lavori non potrà che migliorare la valutazione dei fabbisogni e l'allocazione delle risorse nel prossimo futuro.

Nel lavoro condotto dal CIRFF, gli utilizzatori di farmaci traccianti patologia sono stati selezionati integrando dati di diversi sistemi informativi sanitari e ricercando soggetti che avessero ricevuto almeno due prescrizioni e/o quattro confezioni all'anno relative alle categorie terapeutiche oggetto di analisi. L'indicatore di consumo ha permesso di selezionare sia le singole cronicità che le multi-patologie. I risultati ottenuti consentono di delineare un quadro generale dei farmaci traccianti patologia e dei relativi utilizzatori, evidenziando anche eventuali differenze tra le Aziende Sanitarie Locali.

L'analisi mostra come, nel 2018, la prevalenza d'uso di farmaci e il trattamento di patologie croniche sia così differenziata: Patologie Cardiovascolari: 24,1%; Patologie Diabetica: 5,4%; Patologie Respiratorie: 5,9%; Patologie Oncologiche: 0,6%; Patologia Terapia del dolore: 0,6%; Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%; Patologia Renale: 0,04%; Patologie Reumatologiche: 10,6%; Patologia Muscoloscheletrica: 1,5%; Patologie Oftalmiche: 1,5%; Patologia Gastroenterica: 0,51%; Patologia Dermatologica: 0,33%; Patologia Epatica: 0,11%.

Il dato di prevalenza d'uso sopraindicato è tendenzialmente in linea con i dati di prevalenza di patologie croniche stimate dall'ISTAT nell'annuario statistico. La multi-patologia è rappresentata nell'oltre 36% dei pazienti campani.

	N. pazienti	Prevalenza d'uso %
Con 1 condizione patologica	1.168.497	20,1
Con 2 condizioni patologiche	591.681	10,2
Con 3 condizioni patologiche	346.923	6
Totale	2.107.101	36,2

Tabella 7 - Numero di pazienti con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Cardiovascolare

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per *l'area cardiovascolare*, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

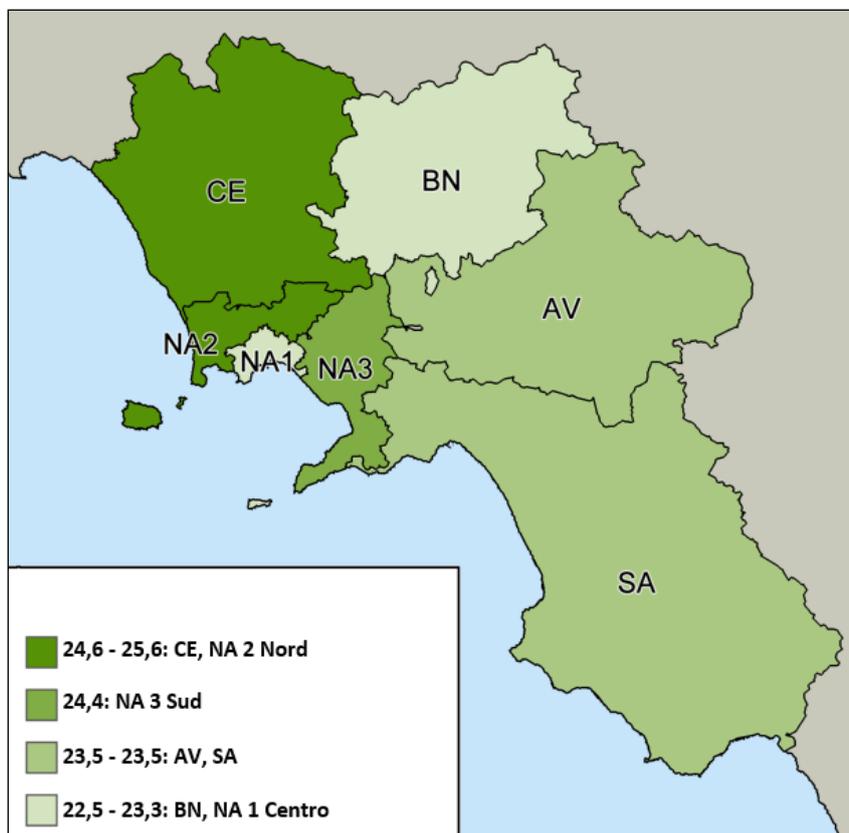


Figura 17 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie cardiovascolari in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	111.408	51.806 (46,5)	38.477 (34,5)	15.561 (14)	5.564 (5)
Benevento	71.916	30.839 (42,9)	25.004 (34,8)	11.464 (15,9)	4.609 (6,4)
Caserta	217.302	91.111 (41,9)	75.404 (34,7)	35.664 (16,4)	15.154 (7)
Napoli 1	237.764	96.531 (40,6)	83.586 (35,2)	40.083 (16,9)	17.568 (7,4)
Napoli 2	234.210	93.889 (40,1)	81.929 (35)	40.539 (17,3)	17.856 (7,6)
Napoli 3	252.419	102.836 (40,7)	87.727 (34,8)	42.850 (17)	19.006 (7,5)
Salerno	278.531	121.818 (43,7)	97.344 (34,9)	42.930 (15,4)	16.440 (5,9)
Campania	1.403.550	588.830 (42)	489.471 (34,9)	229.091 (16,3)	96.197 (6,9)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 8 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie cardiovascolari con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Reumatologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area reumatologica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

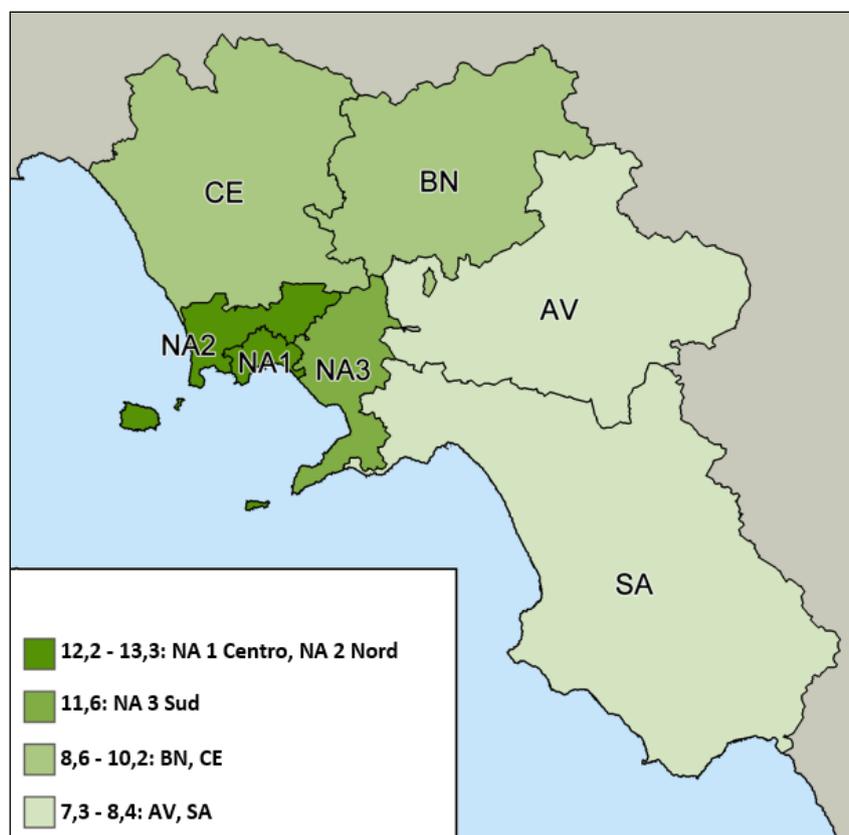


Figura 18 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie reumatologiche in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	34.374	8.113 (23,6)	13.316 (38,7)	8.729 (25,4)	4.216 (12,3)
Benevento	26.856	7.054 (26,3)	9.684 (36,1)	6.597 (24,6)	3.521 (13,1)
Caserta	91.023	24.595 (27)	31.883 (35)	22.373 (24,6)	12.172 (13,4)
Napoli 1	122.581	37.508 (30,6)	42.960 (35)	27.333 (22,3)	14.780 (12,1)
Napoli 2	127.185	39.782 (31,3)	44.079 (34,7)	28.298 (22,2)	15.026 (11,8)
Napoli 3	120.472	33.671 (27,9)	42.181 (35)	28.811 (23,9)	15.809 (13,1)
Salerno	97.664	26.161 (26,8)	35.240 (36,1)	23.922 (24,5)	12.341 (12,6)
Campania	620.155	176.884 (28,5)	219.343 (35,4)	146.063 (23,6)	77.873 (12,6)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 9 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie reumatologiche con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Neurologica e psichiatrica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Neurologica e psichiatrica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

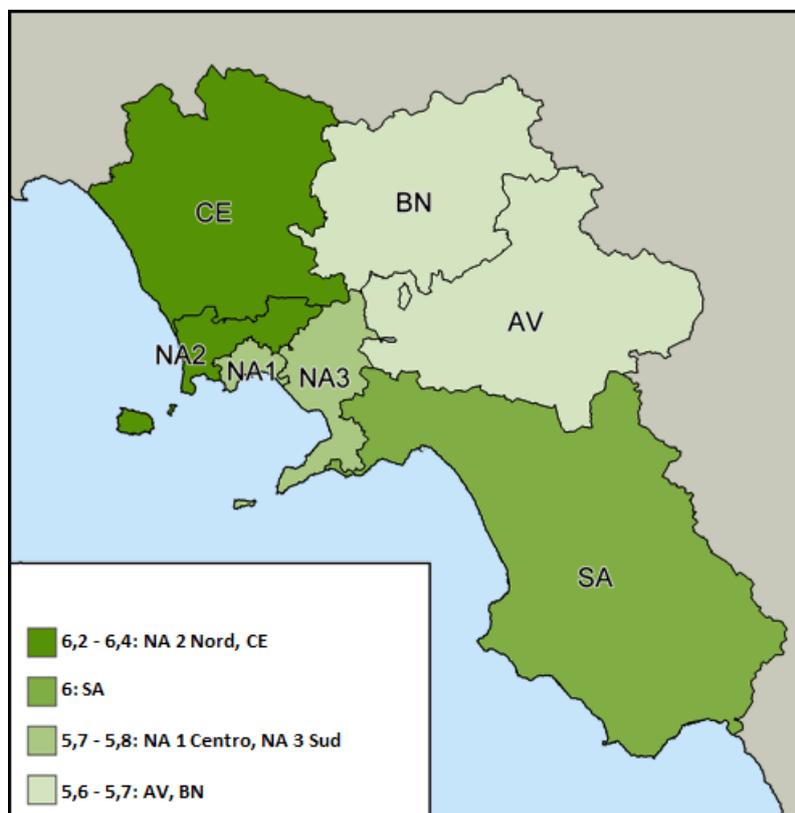


Figura 19- Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia neurologica e psichiatrica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	26.202	7.563 (28,9)	8.800 (33,6)	6.304 (24,1)	3.535 (13,5)
Benevento	17.878	4.590 (25,7)	5.876 (32,9)	4.574 (25,6)	2.838 (15,9)
Caserta	57.482	16.140 (28,1)	18.074 (31,4)	13.758 (23,9)	9.511 (16,5)
Napoli 1	57.905	14.926 (25,8)	18.435 (31,8)	14.177 (24,5)	10.367 (17,9)
Napoli 2	57.887	15.743 (27,2)	17.385 (30)	14.284 (24,7)	10.475 (18,1)
Napoli 3	60.324	16.301 (27)	18.358 (30,4)	14.709 (24,4)	10.956 (18,2)
Salerno	70.692	20.465 (28,9)	22.949 (32,5)	17.110 (24,2)	10.168 (14,4)
Campania	348.370	95.728 (27,5)	109.876 (31,5)	84.916 (24,4)	57.852 (16,6)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 10 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia neurologica e psichiatrica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Respiratoria

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Respiratoria**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

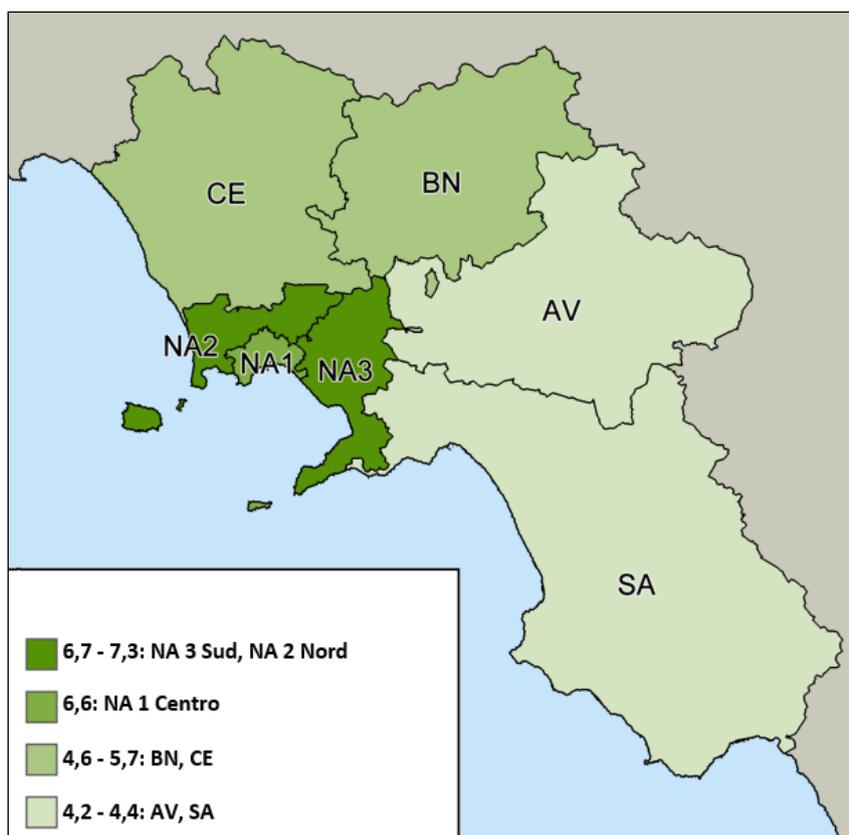


Figura 20 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie respiratorie in Regione Campania - ANNO 2018

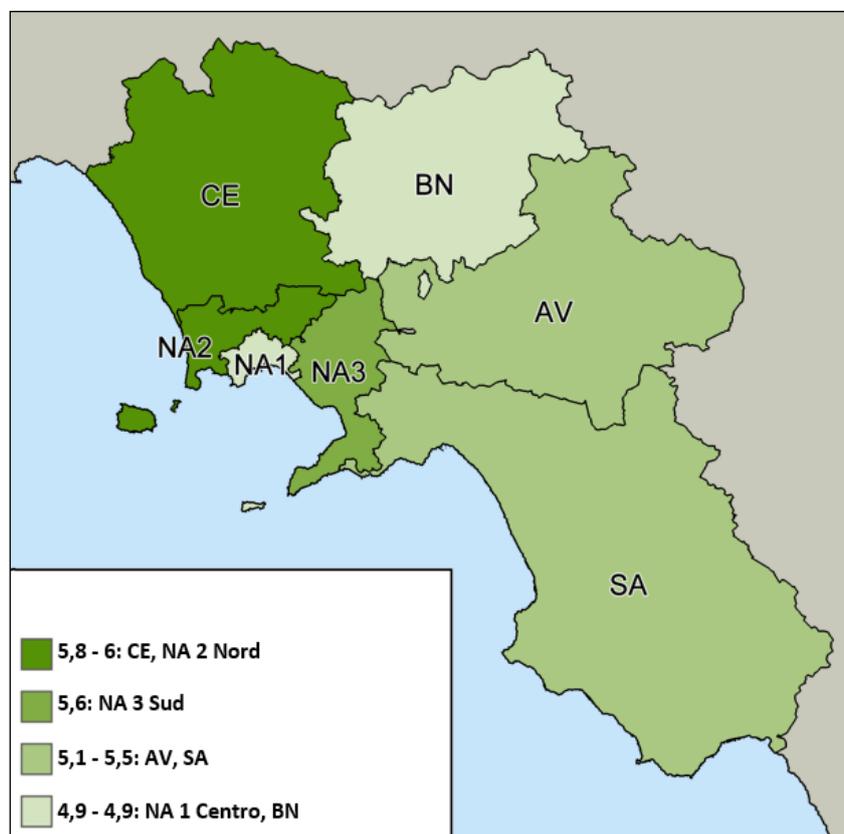
ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	18.179	8.230 (45,3)	4.334 (23,8)	3.372 (18,5)	2.243 (12,3)
Benevento	13.957	4.966 (35,6)	3.732 (26,7)	3.116 (22,3)	2.143 (15,4)
Caserta	52.159	25.935 (49,7)	10.670 (20,5)	8.824 (16,9)	6.730 (12,9)
Napoli 1	65.401	30.606 (46,8)	14.526 (22,2)	11.641 (17,8)	8.628 (13,2)
Napoli 2	74.137	40.176 (54,2)	14.014 (18,9)	11.305 (15,2)	8.642 (11,7)
Napoli 3	71.047	35.491 (50)	14.747 (20,8)	11.692 (16,5)	9.117 (12,8)
Salerno	50.011	22.573 (45,1)	11.830 (23,7)	9.121 (18,2)	6.487 (13)
Campania	344.891	167.977 (48,7)	73.853 (21,4)	59.071 (17,1)	43.990 (12,8)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 11 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie respiratorie con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Diabetica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Diabetica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:



**Figura 21 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia diabetica
in Regione Campania - ANNO 2018**

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	24.085	1.846 (7,7)	8.502 (35,3)	8.021 (33,3)	5.716 (23,7)
Benevento	15.762	1.136 (7,2)	4.877 (30,9)	5.331 (33,8)	4.418 (28)
Caserta	50.958	3.420 (6,7)	15.094 (29,6)	17.211 (33,8)	15.222 (29,9)
Napoli 1	49.895	2.966 (5,9)	14.033 (28,1)	16.696 (33,6)	16.200 (32,5)
Napoli 2	53.519	3.150 (5,9)	14.116 (26,4)	18.480 (34,5)	17.777 (33,2)
Napoli 3	57.660	3.525 (6,1)	15.701 (27,2)	19.388 (33,6)	19.046 (33)
Salerno	65.102	4.182 (6,4)	21.545 (33,1)	22.142 (34)	17.233 (26,5)
Campania	316.970	20.225 (6,4)	93.864 (29,6)	107.279 (33,8)	95.616 (30,2)

* percentuale calcolata su totale di riga

**Tabella 12 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia diabetica
con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018**

Area Muscoloscheletrica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Muscoloscheletrica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

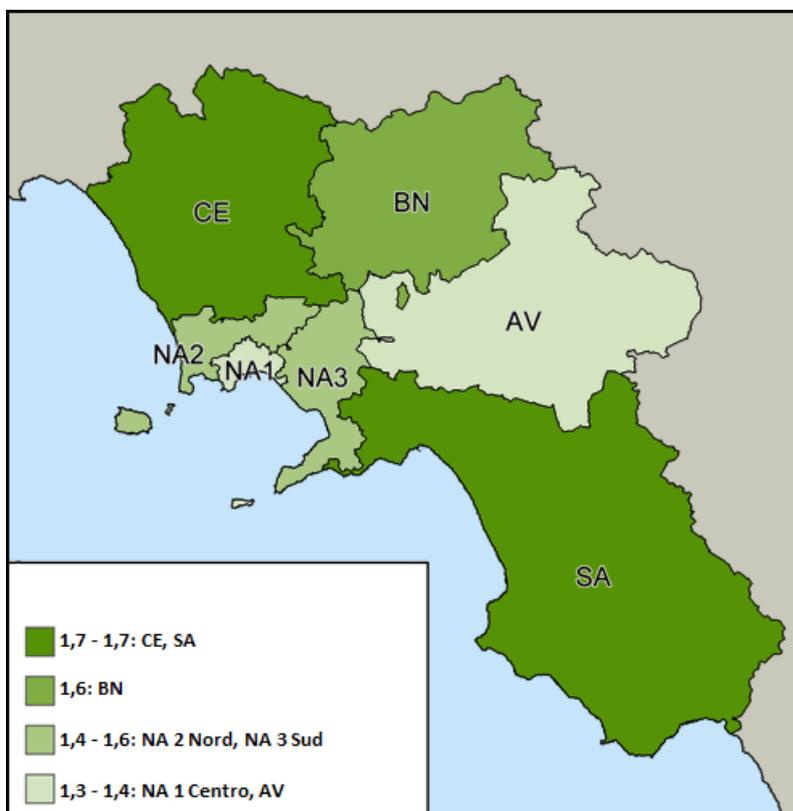


Figura 22 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia muscoloscheletrica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	6.681	900 (13,5)	2.195 (32,9)	2.116 (31,7)	1.470 (22)
Benevento	5.267	669 (12,7)	1.675 (31,8)	1.654 (31,4)	1.269 (24,1)
Caserta	14.787	1.787 (12,1)	4.332 (29,3)	4.561 (30,8)	4.107 (27,8)
Napoli 1	12.947	1.663 (12,8)	3.830 (29,6)	3.910 (30,2)	3.544 (27,4)
Napoli 2	12.651	1.452 (11,5)	3.602 (28,5)	3.849 (30,4)	3.748 (29,6)
Napoli 3	15.984	1.823 (11,4)	4.527 (28,3)	5.133 (32,1)	4.501 (28,2)
Salerno	20.467	2.726 (13,3)	6.692 (32,7)	6.328 (30,9)	4.721 (23,1)
Campania	88.784	11.020 (12,4)	26.853 (30,2)	27.551 (31)	23.360 (26,3)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 13- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia muscoloscheletrica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Oftalmica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Oftalmica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

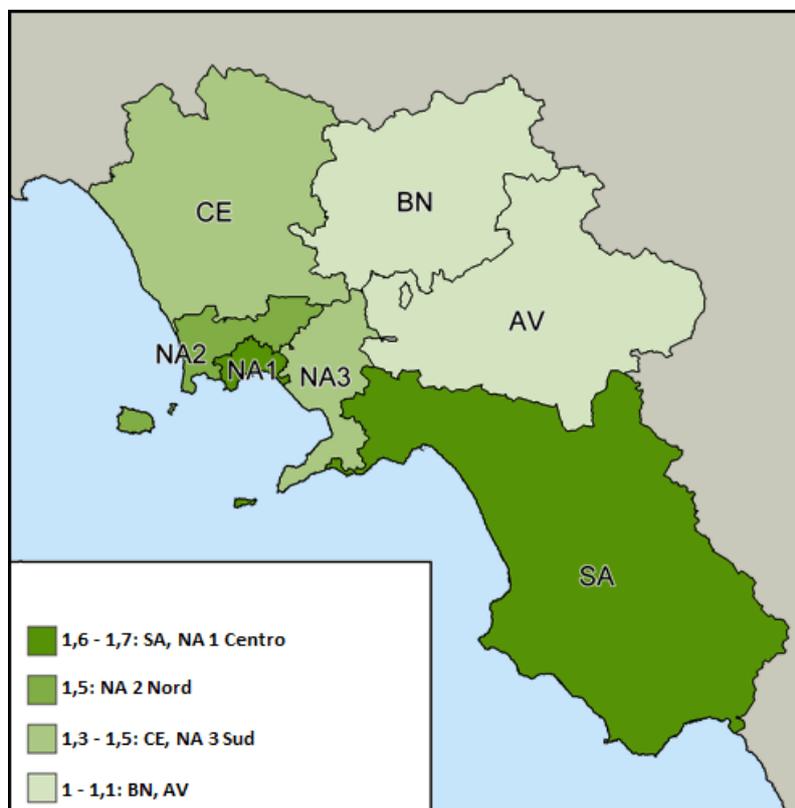


Figura 23 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia oftalmica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	5.183	1.013 (19,5)	1.777 (34,3)	1.495 (28,8)	898 (17,3)
Benevento	3.359	597 (17,8)	1.075 (32)	984 (29,3)	703 (20,9)
Caserta	11.743	2.038 (17,4)	3.600 (30,7)	3.467 (29,5)	2.638 (22,5)
Napoli 1	17.374	2.693 (15,5)	5.638 (32,5)	5.172 (29,8)	3.871 (22,3)
Napoli 2	13.683	2.001 (14,6)	4.104 (30)	4.038 (29,5)	3.540 (25,9)
Napoli 3	15.900	2.549 (16)	4.951 (31,1)	4.635 (29,2)	3.765 (23,7)
Salerno	19.269	3.385 (17,6)	6.164 (32)	5.803 (30,1)	3.917 (20,3)
Campania	86.511	14.276 (16,5)	27.309 (31,6)	25.594 (29,6)	19.332 (22,3)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 14- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia oftalmica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Oncologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Oncologica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

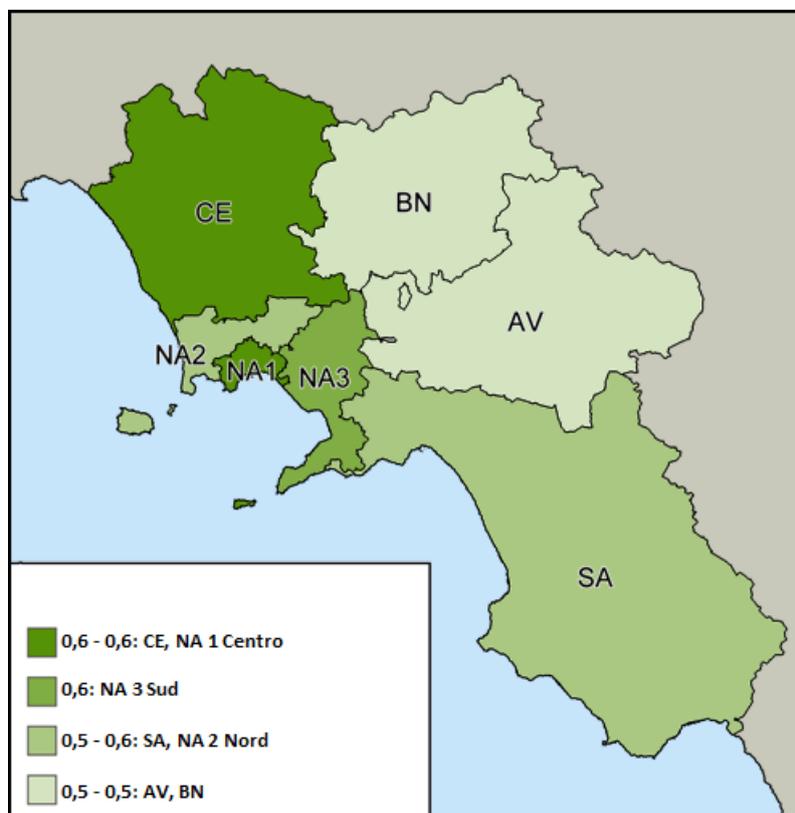


Figura 24 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia oncologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.290	537 (23,4)	730 (31,9)	604 (26,4)	419 (18,3)
Benevento	1.555	306 (19,7)	504 (32,4)	407 (26,2)	338 (21,7)
Caserta	5.360	1.231 (23)	1.682 (31,4)	1.328 (24,8)	1.119 (20,9)
Napoli 1	6.245	1.344 (21,5)	1.873 (30)	1.560 (25)	1.468 (23,5)
Napoli 2	5.331	1.113 (20,9)	1.626 (30,5)	1.315 (24,7)	1.277 (24)
Napoli 3	6.032	1.340 (22,2)	1.787 (29,6)	1.500 (24,9)	1.405 (23,3)
Salerno	5.838	1.356 (23,2)	1.873 (32,1)	1.472 (25,2)	1.137 (19,5)
Campania	32.651	7.227 (22,1)	10.075 (30,9)	8.186 (25,1)	7.163 (21,9)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 15 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia oncologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Terapia del dolore

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Terapia del dolore**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

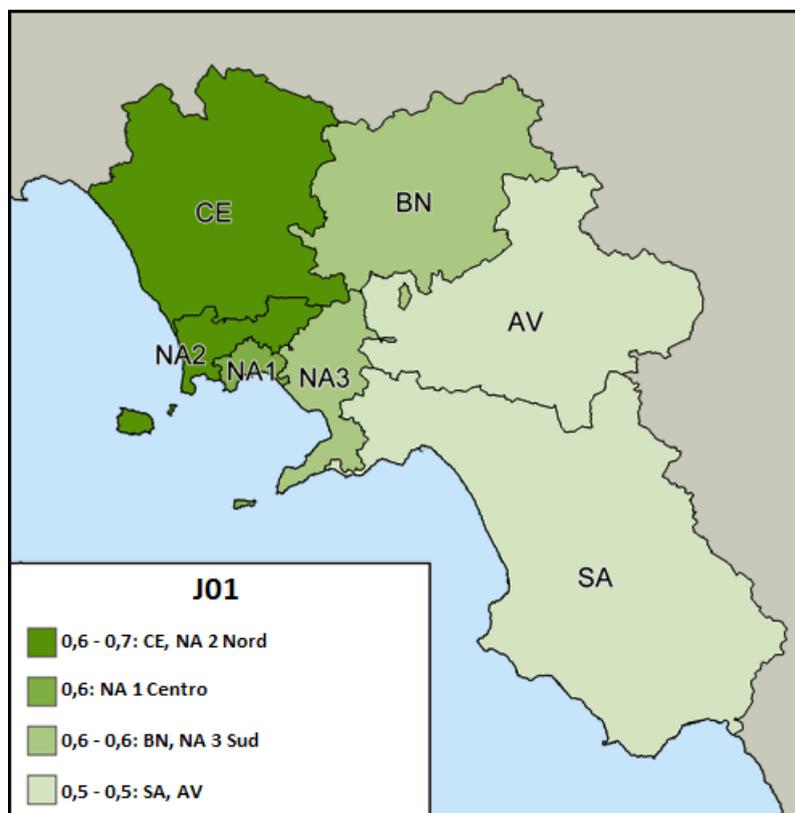


Figura 25 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti terapia del dolore in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.562	198 (7,7)	599 (23,4)	762 (29,7)	1.003 (39,1)
Benevento	1.885	134 (7,1)	390 (20,7)	568 (30,1)	793 (42,1)
Caserta	5.437	375 (6,9)	1.089 (20)	1.580 (29,1)	2.393 (44)
Napoli 1	5.939	376 (6,3)	1.162 (19,6)	1.636 (27,5)	2.765 (46,6)
Napoli 2	5.735	368 (6,4)	1.029 (17,9)	1.616 (28,2)	2.722 (47,5)
Napoli 3	5.918	371 (6,3)	1.180 (19,9)	1.666 (28,2)	2.701 (45,6)
Salerno	5.945	473 (8)	1.280 (21,5)	1.817 (30,6)	2.375 (39,9)
Campania	33.421	2.295 (20,1)	6.729 (20,1)	9.645 (28,9)	14752 (44,1)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 16 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti terapia del dolore con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Gastroenterica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Gastroenterica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

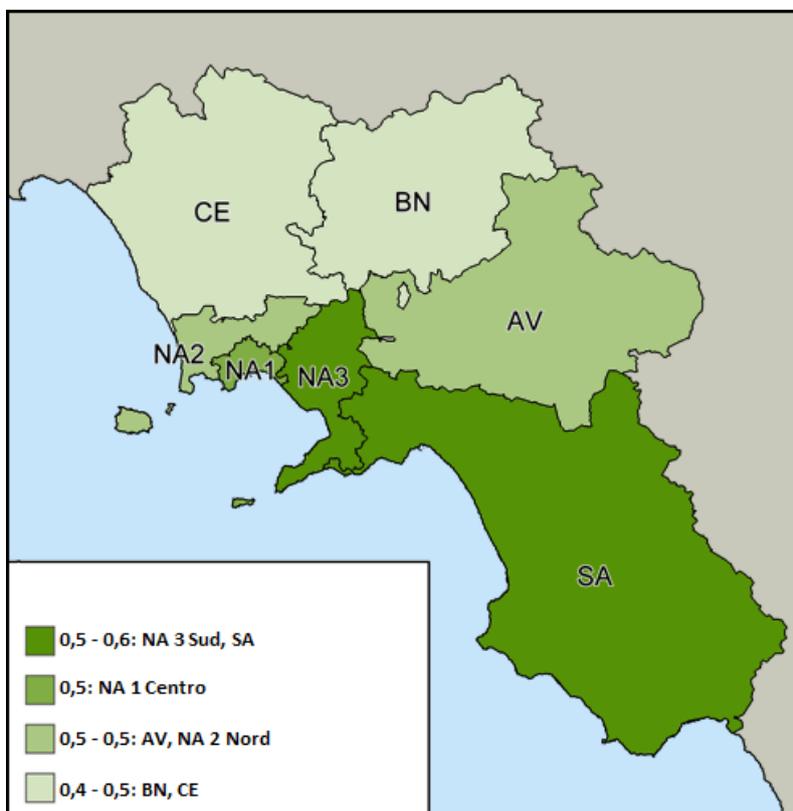


Figura 26 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie gastroenteriche in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.181	752 (34,5)	661 (30,3)	473 (21,7)	295 (13,5)
Benevento	1.231	380 (30,9)	343 (27,9)	300 (24,4)	208 (16,9)
Caserta	4.060	1.473 (36,3)	1.193 (29,4)	775 (19,1)	619 (15,2)
Napoli 1	5.269	1.735 (32,9)	1.551 (29,4)	1.044 (19,8)	939 (17,8)
Napoli 2	5.080	1.765 (34,7)	1.502 (29,6)	986 (19,4)	827 (16,3)
Napoli 3	5.698	1.930 (33,9)	1.593 (28)	1.159 (20,3)	1.016 (17,8)
Salerno	6.448	2.272 (35,2)	1.911 (29,6)	1.328 (20,6)	937 (14,5)
Campania	29.967	10.307 (34,4)	8.754 (29,2)	6.065 (20,2)	4.841 (16,2)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 17 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie gastroenteriche con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Dermatologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Dermatologica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

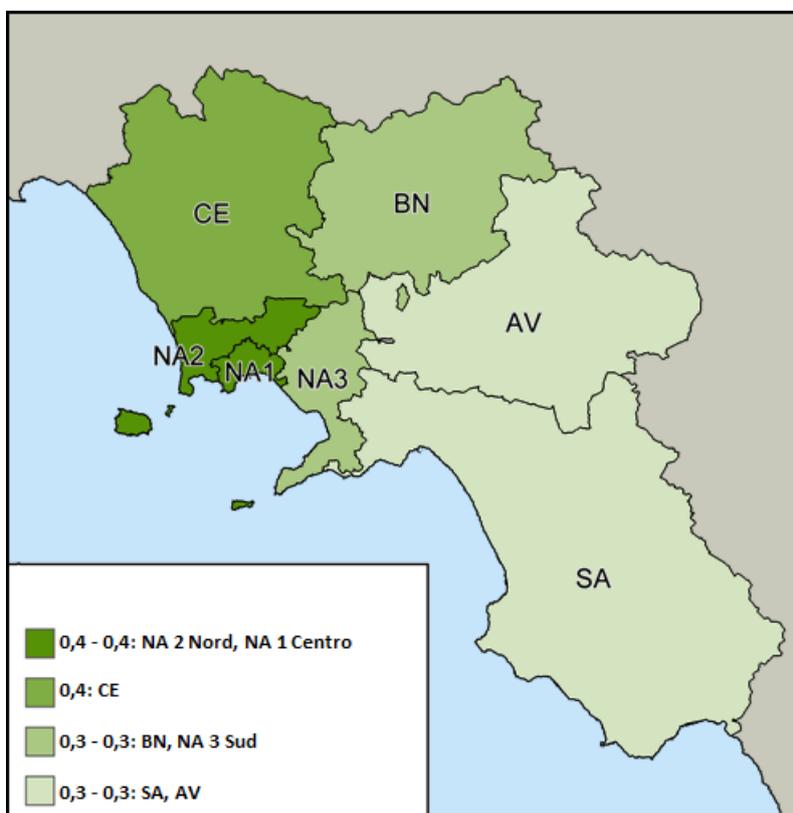


Figura 27 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia dermatologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	1.352	480 (35,5)	419 (31)	277 (20,5)	176 (13,0)
Benevento	936	307 (32,8)	270 (28,8)	219 (23,4)	140 (15)
Caserta	3.196	988 (30,9)	980 (30,7)	678 (21,2)	550 (17,2)
Napoli 1	3.822	976 (25,5)	1.089 (28,5)	893 (23,4)	864 (22,6)
Napoli 2	3.641	1.060 (29,1)	1.100 (30,2)	821 (22,5)	660 (18,1)
Napoli 3	3.307	1.053 (31,8)	966 (29,2)	677 (20,5)	611 (18,5)
Salerno	3.128	1.074 (34,3)	897 (28,7)	667 (20,5)	490 (15,7)
Campania	19.382	5.938 (30,6)	5.721 (29,5)	4.232 (21,8)	3.491 (18)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 18- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia dermatologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Epatica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Epatica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

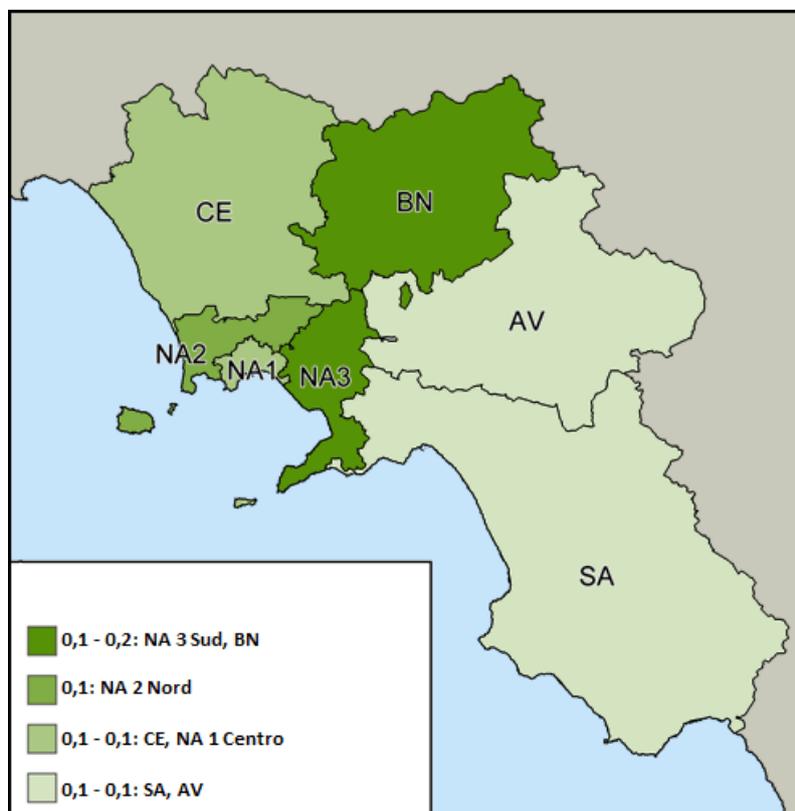


Figura 28 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia epatica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	433	37 (8,5)	147 (33,9)	128 (29,6)	121 (27,9)
Benevento	525	44 (8,4)	166 (31,9)	134 (25,5)	181 (34,5)
Caserta	876	72 (6,8)	287 (32,8)	256 (29,2)	261 (29,8)
Napoli 1	1.147	78 (6,8)	344 (30)	330 (28,8)	395 (34,4)
Napoli 2	1.221	80 (6,6)	317 (26)	385 (31,5)	439 (36)
Napoli 3	1.476	106 (7,2)	414 (28)	453 (30,7)	503 (34,1)
Salerno	1.012	75 (7,4)	335 (33,1)	296 (29,2)	306 (30,2)
Campania	6.690	492 (7,4)	2.010 (30)	1.982 (29,2)	2.206 (33)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 19 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia epatica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Nefrologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'**area Nefrologica**, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

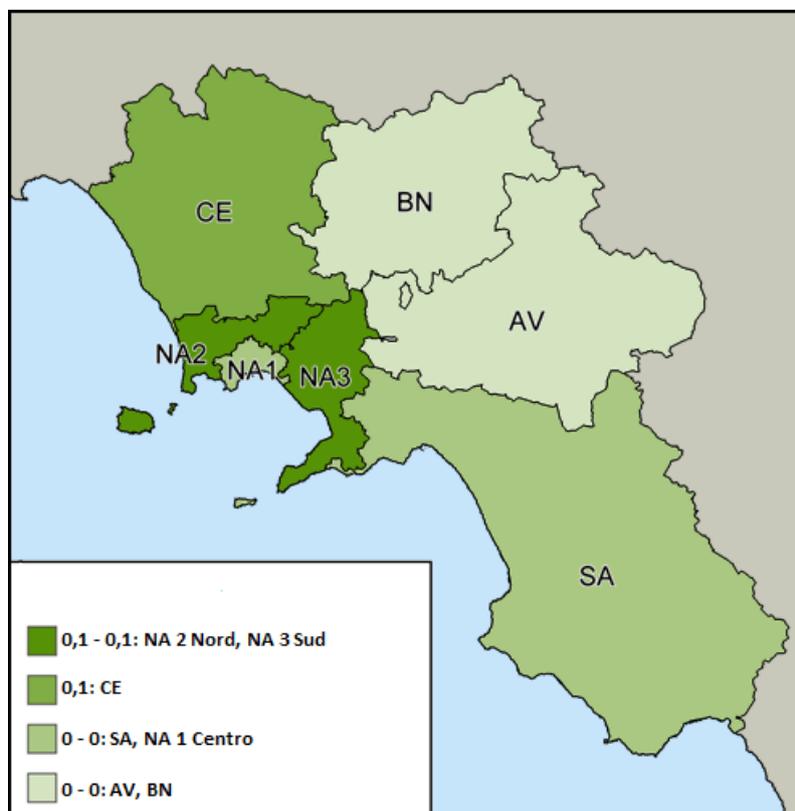


Figura 29 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia nefrologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	98	1 (1)	30 (30,6)	41 (41,8)	26 (26,5)
Benevento	72	-	18 (25)	27 (37,5)	27 (37,5)
Caserta	451	9 (2)	143 (31,7)	156 (34,6)	143 (31,7)
Napoli 1	480	18 (3,8)	135 (28,1)	158 (32,9)	169 (35,2)
Napoli 2	457	7 (1,5)	131 (28,7)	173 (37,9)	146 (31,9)
Napoli 3	568	16 (2,8)	158 (27,8)	195 (34,3)	199 (35)
Salerno	334	10 (3)	95 (28,4)	125 (37,4)	104 (31,1)
Campania	2.460	61 (2,5)	710 (28,9)	875 (35,6)	814 (33,1)

* percentuale calcolata su totale di riga

Tabella 20 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia nefrologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Tale stratificazione di popolazione permette di evidenziare che il 36% della popolazione campana presenta multipatologie croniche (pari a 2.107.101 di pazienti) e che il 20,1% (pari a 1.168.497 di pazienti) soffre almeno di una patologia. Questo bisogno assistenziale rappresenta lo snodo di programmazione che deve trovare nel Piano di riorganizzazione del Territorio il suo adeguato percorso di presa in carico per ridurre inappropriata di luoghi, *setting* di cure e spesa.

2 Il ruolo del Distretto

a. Il contesto generale di riferimento

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali: la rilevanza, l'intensità e la varietà delle dinamiche presenti nello scenario disegnano un insieme di "minacce e di opportunità" ulteriormente accentuato dalla costante crescita delle aspettative della popolazione e dal vincolo della "scarsità relativa delle risorse". Il viraggio demografico anche in Campania ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda, qualificando le aspettative ed incrementando la pressione sui sistemi sociosanitari; la conseguente transizione epidemiologica ha, infatti, generato profonde modifiche nel quadro nosologico della popolazione, come descritto nell'analisi di stratificazione della popolazione, alimentando il progressivo passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa.

I sistemi sociosanitari di oggi e del prossimo futuro dovranno misurarsi con prevalenze legate alla cronicità, con malattie che si curano ma da cui non si guarisce, situazioni che richiedono una "presa in carico complessiva e continuativa", i cui effetti sulle organizzazioni sono profondi e fortemente differenziati. La rivoluzione comunicativa ha reso, inoltre, necessario rivisitare la dimensione della asimmetria informativa, che aveva totalmente connotato il rapporto medico paziente e che è ora profondamente in discussione, con un paziente che vuole sempre più esprimere un ruolo di partner consapevole nella programmazione e gestione del proprio "percorso di cura".

La regionalizzazione, il decentramento, il federalismo, hanno rimodulato competenze, responsabilità e livelli di autonomia, mentre nuovi assetti sono ipotizzabili alla luce di nuovi orientamenti politico istituzionali. Il tutto mentre la veloce evoluzione dei saperi e del progresso scientifico, indirizza verso nuove competenze, nuovi farmaci, nuove tecnologie, e dunque nuovi bisogni, in costante conflitto con la limitatezza delle risorse, sia strutturale che congiunturale.

La complessità e la continua evoluzione del contesto di riferimento necessitano pertanto di una risposta di governo flessibile, ma ancorata su saldi orientamenti, di struttura di programmazione e di gestione.

b. Lo stato attuale e le criticità dell'organizzazione distrettuale.

Sia nell'assetto dalla L. 833/78, che nel profilo disegnato D.Lgs. n. 502/92 e delle sue modificazioni nel corso di ormai quasi un trentennio, il Distretto è configurato come **il fulcro dell'assistenza territoriale**.

Il distretto **assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie**, e coordina le proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, in un programma organico delle attività territoriali.

Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità direzionale separata.

La Legge Regionale n. 32/94, legge attuativa del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., già vedeva il distretto posto al centro dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria e ne individuava l'assetto organizzativo in Unità Operative.

La realizzazione di tali premesse normative non è ancora giunta a compimento, evidenziandosi **difformità, disomogeneità e criticità** che il presente Piano si propone di ricomporre.

Il denominatore comune è l'organizzazione strutturata in unità operative/servizi, alcuni dei quali facenti riferimento anche a dipartimenti strutturali, secondo il modello cosiddetto settoriale-funzionale: la responsabilità di risultato ed il governo gerarchico dei fattori produttivi sono attribuiti ad unità organizzative, ossia per materie e discipline medico specialistiche, in cui le unità operative individuano aree di attività omogenee. In tale modello il *focus* organizzativo è **rimasto concentrato sul versante dell'offerta**, rendendosi poco permeabile al modificarsi delle dinamiche della domanda.

Ulteriore complessità che ha generato disomogeneità organizzativa e assistenziale è rappresentato dalla individuazione di numerosi Dipartimenti Funzionali (Materno Infantile, Riabilitazione, Anziani, etc.) che sono stati previsti negli Atti Aziendali. La loro presenza, peraltro non omogenea nelle diverse ASL della Regione ha contribuito a creare **incertezza di ruoli e funzioni, duplicazioni, conflittualità e disorientamento nell'utenza**.

Altro potenziale moltiplicatore di criticità nelle dinamiche assistenziali territoriali era rappresentato dalla mancata integrazione con gli Ambiti Sociali; in tal senso la Regione ha già provveduto ad **allineare la geografia distrettuale con quella degli Ambiti sociali**, rendendoli territorialmente sovrapponibili, in maniera da evitare frammentazione e moltiplicazioni di interlocutori, per rendere più efficaci le dinamiche di presa in carico dei bisogni complessi nel solco della legge n. 328/2000.

In considerazione della riorganizzazione dei Distretti Sanitari già avvenuta negli anni 2007/2008, ponendo come riferimento di popolazione il parametro minimo di 60.000 abitanti, **l'attuale assetto geografico dei Distretti Sanitari non necessita pertanto di modifiche**, e con il presente Piano, dunque, si riconferma la configurazione geografica ed amministrativa dei Distretti esistenti; le tabelle riepilogative sono poste in coda al presente capitolo.

Va infine citata l'annosa criticità della **integrazione ospedale-territorio**, ove un forte disequilibrio dell'asse domanda/offerta, porta ad una impropria funzione vicariante dell'ospedale su attività sanitarie di pertinenza territoriale, dato ben evidenziato anche dall'analisi degli indicatori LEA.

c. Le funzioni del Distretto

La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, affermando i **paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia e orientando la dinamica di offerta "sanitaria" (servizi, prestazioni) verso l'offerta di "salute" (outcomes, esiti)**, in adesione agli standard previsti dai sistemi di garanzia e dal programma nazionale esiti.

In coerenza con tali assunti, la Regione configura un modello assistenziale compatibile con le premesse organizzative ed economiche, nonché con il mutato scenario epidemiologico individuando il Territorio quale **ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo** e presidiando fortemente l'integrazione sanitaria e sociosanitari.

Si individuano, quali elementi nei quali si traduce la massima espressione di tensione integrativa, **le strutture intermedie territoriali che la Regione ha inteso attivare, quali poliambulatori, strutture residenziali e semiresidenziali a diverse intensità di cura, hospice per malati terminali e Ospedali di Comunità**, alla cui implementazione operativa concorreranno, secondo percorsi clinico-gestionali di volta in volta individuati, professionalità di varia natura.

Si promuove inoltre la valorizzazione del ruolo dei MMG/PLS, quali interpreti del ruolo congiunto di committenza e produzione, anche attraverso i **nuovi strumenti di integrazione delle professionalità e dei servizi**. La riorganizzazione delle Cure Primarie, affrontata in un successivo capitolo, esplicherà le relazioni funzionali nell'ambito delle nuove forme aggregative, la relazione di committenza/produzione tra Distretto e MMG/PLS, la programmazione delle attività per obiettivi in funzione dei bisogni espressi dalle popolazioni afferenti alle aggregazioni.

Il Distretto assicura l'erogazione delle prestazioni individuate nel PAT, secondo una aggregazione per **ambiti**, all'interno di ciascun ambito sono individuate **Unità Operative**, secondo quanto indicato nel capitolo 4:

1. Cure Primarie

- Assistenza sanitaria di base (medicina generale, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica
- Assistenza termale

2. Assistenza socio-sanitaria

- Assistenza alla disabilità e assistenza protesica

- Assistenza ad adulti e anziani non autosufficienti
- Assistenza a malati terminali, terapia del dolore e cure palliative
- Assistenza per i disturbi del neurosviluppo e neuropsichiatria dell'età evolutiva (anche interdistrettuale)
- Psicologia clinica e giuridica (anche interdistrettuale)

3. Materno-infantile

- Consultorio
- Assistenza vaccinale

4. Servizi

- Assistenza farmaceutica
- Medicina legale
- Uffici amministrativi
- CUP

Il DPCM del 12/1/2017 di approvazione dei nuovi LEA colloca e denomina l'assistenza non ospedaliera come assistenza distrettuale, organizzata intorno ai **principi di presa in carico, multidisciplinarietà, e integrazione dei percorsi di cura**. La piena transizione verso tale modello passa prioritariamente pertanto attraverso la **configurazione del Distretto quale principale punto d'accesso**, non solo ai servizi distrettuali, ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari, con la necessità di una presa in carico unitaria e globale che esprime la potenzialità assistenziale mediante progetti individuali integrati e multidisciplinari.

Devono dunque essere organizzati presso ciascun Distretto:

- 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*, dove **si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali**. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", deve essere anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di **front-office**, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di **back-office**, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico.
- L'**Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM)**, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L'Unità di Valutazione **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 è 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 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 attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse**: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. 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 per i bisogni complessi 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 risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

d. I Distretti Sanitari della Campania

La configurazione geografica dei Distretti Sanitari in Regione Campania ed i relativi Comuni di riferimento (coincidenti con gli Ambiti Sociali) è rappresentata nella tabelle seguenti (fonte datilstat 2018):

Distretti Sanitari ASL Avellino

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 01	Ariano Irpino	29	86.417
Distretto 02	Monteforte Irpino	7	37.159
Distretto 03	S. Angelo dei Lombardi	25	61.222
Distretto 04	Avellino	12	75.716
Distretto 05	Atripalda	28	100.413
Distretto 06	Baiano	17	60.596
Totale		118	421.523

Distretti Sanitari ASL Benevento

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 07	Benevento	5	69.682
Distretto 08	San Giorgio del Sannio	19	57.400
Distretto 09	Montesarchio	14	55.838
Distretto 10	Telese Terme	18	54.835
Distretto 11	Alto Sannio Fortore (Morcone/San Bartolomeo in Galdo)	22	41.372
Totale		78	279.127

Distretti Sanitari ASL Caserta

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 12	Caserta	4	115.663
Distretto 13	Maddaloni	6	83.603
Distretto 14	Teano	16	76.577
Distretto 15	Piedimonte Matese	31	72.454
Distretto 16	Marcianise	6	82.622
Distretto 17	Aversa	1	52.794
Distretto 18	Succivo	8	103.295
Distretto 19	Lusciano	6	77.542
Distretto 20	Casal Di Principe	4	54.400
Distretto 21	S. Maria Capua Vetere	7	76.151
Distretto 22	Capua	10	57.116
Distretto 23	Mondragone	5	71.228
Totale		104	923.445

Distretti Sanitari ASL Napoli 1

Distretto	Municipalità	Numero Quartieri	Popolazione
Distretto 24	Municipalità 01	3	82.949
Distretto 25	Municipalità 10	2	88.670
Distretto 26	Municipalità 09	2	101.269
Distretto 27	Municipalità 05	2	92.599
Distretto 28	Municipalità 08	3	112.101
Distretto 29	Municipalità 03	2	113.361
Distretto 30	Municipalità 07	3	87.553
Distretto 31	Municipalità 02	6	88.613
Distretto 32	Municipalità 06	3	104.692
Distretto 33	Municipalità 04	4	94.336
Distretto 73	Comune di Capri e Anacapri	2	14.121
Totale		32	980.265

Distretti Sanitari ASL Napoli 2 Nord

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 35	Pozzuoli	3	120.296
Distretto 36	Ischia	7	74.573
Distretto 37	Giuliano in Campania	1	124.361
Distretto 38	Marano di Napoli	2	101.013
Distretto 39	Villaricca	3	69.160
Distretto 40	Mugnano di Napoli	2	72.939
Distretto 41	Frattamaggiore	5	112.021
Distretto 42	Arzano	2	52.969
Distretto 43	Casoria	1	77.087
Distretto 44	Afragola	1	64.817
Distretto 45	Caivano	3	72.495
Distretto 46	Acerra	1	59.910
Distretto 47	Casalnuovo	1	49.250
Totale		32	1.050.891

Distretti Sanitari ASL Napoli 3 Sud

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 34	Portici	1	54.577
Distretto 48	Mariglianella	6	103.531
Distretto 49	Nola	14	109.732
Distretto 50	Volla	4	61.192
Distretto 51	Pomigliano d'Arco	2	67.509
Distretto 52	Palma Campania	7	134.549
Distretto 53	Castellamare di Stabia	1	65.922
Distretto 54	San Giorgio a Cremano	2	54.179
Distretto 55	Ercolano	1	52.763
Distretto 56	Torre Annunziata	4	89.549
Distretto 57	Torre del Greco	1	85.332
Distretto 58	Pompei	8	109.313
Distretto 59	Sorrento	6	81.698
Totale		57	1.069.846

Distretti Sanitari ASL Salerno

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 60	Nocera Inferiore	4	92.914
Distretto 61	Angri/Scafati	4	96.238
Distretto 62	Sarno/Pagani	4	88.598
Distretto 63	Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	14	92.681
Distretto 64	Eboli/Buccino	18	102.968
Distretto 65	Battipaglia	3	71.367
Distretto 66	Salerno	2	145.071
Distretto 67	Mercato San Severino	6	70.241
Distretto 68	Giffoni Valle Piana	9	80.146
Distretto 69	Capaccio/Rocccaspide	21	54.893
Distretto 70	Vallo della Lucania/Agropoli	37	96.192
Distretto 71	Sapri	17	44.173
Distretto 72	Sala Consilina/Polla	19	66.281
Totale		158	1.101.763

3 Il ruolo dei Dipartimenti Strutturali

a. Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla **promozione della tutela della salute collettiva**, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita.

Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione.

All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. **sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:**

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione, all'interno delle singole ASL, è l'asse portante ed il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso **cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente**, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholders. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

La Regione Campania con proprio DCA n. 156/2014 ha decretato il **Piano Regionale della Prevenzione 2016/2018**, successivamente prorogato con approvazione Ministeriale per l'anno 2019. A tale Piano fa riferimento la programmazione regionale per l'assistenza in area prevenzione.

In conformità con quanto previsto agli artt. 7-bis - 7-ter e 7-quater del D. Lgs.n. 502/1992 e s.i.m., le **funzioni del dipartimento** si articolano secondo il seguente schema:

1. Funzioni garantite "direttamente" dal Dipartimento di Prevenzione:
 - profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
 - tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
 - tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
 - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
 - tutela della salute nelle attività sportive.

2. Funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi, Distretti Sanitari e Dipartimenti aziendali:
 - attività di promozione della salute;
 - prevenzione delle malattie cronico - degenerative.

Il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell'articolo 7 quater del D.l.vo n. 502/1992 e s.m.i, della L.R. 32/1994 e della L. n. 189/2012, è **articolato nei seguenti Servizi**:

- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di medicina del lavoro;
- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I **Servizi indicati si configurano come Unità Operative** e operano quali **centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa** nell'ambito della struttura dipartimentale,

perseguendo gli obiettivi dipartimentali e aziendali, l'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché la gestione delle risorse economiche attribuite. Si persegue la **piena integrazione** tra le UU.OO. che compongono il Dipartimento, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali. Al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni si procederà alla certificazione di qualità per tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, in piena continuità con l'attuale organizzazione, operano mediante **articolazioni "centrali" competenti per l'intero territorio dell'ASL, e mediante articolazioni "territoriali"**, indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza o a specificità aziendali dettate dal contesto socio-economico ed istituzionale.

Le funzioni specifiche già svolte dalle singole articolazioni e normate da indicazioni nazionali e regionali sono confermate con la presente programmazione.

b. Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM costituisce il sistema integrato di strutture, di presidi, di operatori, di relazioni interdisciplinari e di referenti territoriali e sociali che promuove, programma, attua, coordina, monitora e verifica tutte le **attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e re-inserimento sociale e lavorativo dei cittadini-utenti con disturbi mentali** e di formazione degli operatori, al fine di garantire l'efficace e sostanziale tutela della salute mentale della popolazione residente. Esso costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale per la piena realizzazione del percorso personalizzato per l'utente nel suo contesto ambientale di vita. Opera al servizio del territorio, è aperto alla partecipazione della popolazione interessata e favorisce lo sviluppo di un ruolo attivo e l'empowerment delle persone con disturbi mentali.

Il modello dipartimentale è stato individuato dal Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" – DPR 10.11.99 – GU n. 274 del 22.11.99, quale modalità organizzativa dei servizi per la Salute Mentale ed **in tale ruolo il DSM:**

- espleta tutte le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico;
- garantisce l'unitarietà dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio;
- garantisce la presa in carico delle persone con problematiche di salute mentale, promuovendo l'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale rese da altre agenzie sanitarie, enti o istituzioni;

- promuove l'esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con problematiche di salute mentale;
- concorre alla presa in carico di cittadini e/o famiglie, portatori di bisogni multipli, di concerto con gli altri Dipartimenti e con le agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria, tramite percorsi coordinati con i Distretti;
- garantisce la tutela della salute mentale e la cura dei disturbi mentali a favore dei cittadini sottoposti a misure detentive e di restrizione della libertà;
- orienta i propri interventi a trattamenti basati sul rispetto della libertà e la promozione dei diritti (Dichiarazione Universale sui diritti dell'uomo, Parigi 1948) ed sulla promozione dei determinanti di salute (OMS, Carta di Ottawa 1986), ricercando il consenso e la collaborazione dei diretti interessati;
- promuove e coordina le attività di ricerca clinica applicata e di base e favorisce la collaborazione alle attività di ricerca con Dipartimenti universitari e strutture di altre aziende sanitarie;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione attiva delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari e del volontariato;
- promuove iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti, in rapporto con il privato sociale ed imprenditoriale, mediante l'integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione, lo stigma, la cronicizzazione;
- governa l'accesso ai servizi forniti dalle strutture private accreditate e vigila sull'andamento dei programmi terapeutici e riabilitativi da queste svolti, garantendo altresì il rispetto dei limiti di spesa programmati.

Il DSM è un **Dipartimento Strutturale** a Direzione unica, che svolge tutte le funzioni e le attività per la Promozione e la Tutela della Salute Mentale nel territorio di pertinenza aziendale. È centro di responsabilità, dotato di proprie risorse umane, strumentali e finanziarie, autonomi a gestionale, tecnico-organizzativa e contabile, ed è soggetto a rendicontazione analitica. E' articolato in Unità Operative il cui bacino di utenza corrisponde a quello del distretto sanitario o di più distretti sanitari, garantendo la presenza di almeno un Centro di Salute Mentale per ogni distretto sanitario.

Le **normative di riferimento** per la strutturazione ed il funzionamento del DSM in Campania sono incluse nella L. 833/78 art. 34, nella DGRC n. 7262/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale al Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132/2003, dalle Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09, dal già citato PANSM approvato dalla Conferenza Unificata (rep. atti n. 4/CU) il 24/01/2013, dai provvedimenti riguardanti i requisiti minimi della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in Campania, come il DCA n. 5/2011 e la DGRC n. 666/2011 (quest'ultima poi confluita nel Regolamento

Regionale Sociale dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari n. 4/2014), dal Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ex DCA n. 104/2014 e smi. La strutturazione interna fa invece riferimento al DCA n. 135/2012 riguardante gli indirizzi regionali per l'adozione degli atti aziendali delle AA.SS.LL. della regione Campania, integrato dal DCA n. 18/2013.

Le **Unità Operative di Salute Mentale garantiscono** le prestazioni e le attività previste dal DPCM 12 gennaio 2017, art. 26:

- l'individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- accoglienza;
- valutazione diagnostica multidisciplinare;
- definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- visite psichiatriche;
- prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, e di gruppo);
- colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- gruppi di sostegno per i pazienti e loro familiari;
- interventi sulla rete sociale formale e informale;
- consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali, e residenziali;
- collaborazione con i medici di medicina generale;
- collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;
- interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.
- Le Unità Operative di Salute Mentale hanno un **bacino di riferimento** distrettuale e/o pluridistrettuale. Allo stesso modo corrispondono ad uno o più ambiti sociali. Il bacino di utenza è compreso tra 100.000 e 150.000 abitanti come previsto dal P.O. Salute Mentale 1998-2000. Le aziende sanitarie, nei casi in cui non fosse possibile rispettare tali limiti, e nel caso di aree territoriali vaste e/o disperse, organizzano funzionalmente le UU.OO. attivando più punti

territoriali di erogazione delle prestazioni e dei servizi ad es. dislocando ambulatori, centri diurni etc in modo da consentire l'accesso degli utenti nel modo più efficace possibile.

I DSM garantiscono quanto previsto dai LEA prevedendo tra le **proprie tipologie di articolazioni**:

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Centri Diurni (CD)
- Day-Hospital (DH)
- Strutture terapeutico-riabilitative [cosiddette Strutture Intermedie di Riabilitazione (SIR)] residenziali di livello intensivo o estensivo
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

Il **CSM** è la sede delle attività territoriali e il primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Assicura le prestazioni ambulatoriali, territoriali attraverso l'equipe multidisciplinare.

Il **DH psichiatrico** è una modalità di assistenza semiresidenziale in cui sono effettuati prestazioni diagnostiche, specifici programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine. Può essere allocato sia in Ospedale sede di SPDC sia presso le UU.OO.CC.S.M. collegate funzionalmente con il SPDC e ed il presidio ospedaliero.

Deve essere dotato di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario per assolvere ai seguenti compiti:

- esecuzione di accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuazione di trattamenti farmacologici
- riduzione del ricorso al ricovero ordinario e/o limitarne la durata
- attività di supporto ai progetti terapeutico riabilitativi

Il **CD** è una struttura semiresidenziale, dotata di equipe multiprofessionale, con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale in locali idonei adeguatamente attrezzati, e assicura funzioni volte alla riabilitazione psicosociale. Rappresenta una struttura che opera con una modalità transmurale ed in integrazione con le altre articolazioni dell'UOC e/o del DSM nella realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati. Promuovere interventi riabilitativi evidence based (interventi psico-educativi, riabilitazione cognitiva e metacognitiva, interventi di recovery, social skills training etc.).I programmi di reinserimento sociale e lavorativo deve essere realizzato in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali.

Le **SIR** (strutture residenziali psichiatriche", cfr Accordo Conferenza Unificata (rep. Atti n.116/CU) del 17 ottobre 2013) sono strutture territoriali di cui ogni DSM dispone al fine di attuare l'intervento terapeutico

secondo il programma personalizzato d'intervento messo a punto dal CSM unitamente all'equipe della SIR. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative e sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire il reinserimento nel tessuto sociale.

Il **SPDC** è un servizio ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari) individuate come DEA di I livello (DM 70/2015) a valenza dipartimentale dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero ordinario. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura garantisce:

- la tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- la formulazione/riformulazione della diagnosi;
- l'impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- la riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- l'effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- l'osservazione e monitoraggio clinico;
- la riconnessione dei rapporti di rete familiare.
- le connessioni con l'Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico, ma garantisce le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso e alle altre Unità Operative del P.O.

Le **REMS**, sono strutture sanitarie residenziali con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per persone affette da disturbi mentali e sottoposti a misure di sicurezza detentive perché giudicati socialmente pericolosi. La gestione interna è di competenza sanitaria dovendo assicurarsi esclusivamente la realizzazione di programmi di cura.

All'interno del DSM deve essere inoltre previsto il **Servizio di Psicologia Clinica** che opera trasversalmente alle articolazioni fin qui elencate. Definisce, negli ambiti di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento inerenti le attività psicologiche effettuate nel DSM. Coordina le attività degli psicologi clinici operanti in ciascuna UOSM/CIM, garantendo livelli uniformi di assistenza psicologica in tutte le articolazioni strutturali dipartimentali. Le prestazioni saranno erogate in tutti i setting assistenziali previsti dall'Azienda.

Lo strumento e lo spazio dell'integrazione tra le UU.OO. di salute mentale, il distretto sanitario e gli ambiti sociali è l'**Unità di Valutazione Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM)**: ad essa, le UOSM partecipano con propri professionisti in relazione al bisogno. Nell'UVMM la valutazione multidisciplinare, multidimensionale, la presenza degli enti locali e dell'utente concorrono alla predisposizione, organizzazione e realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e globale. In sede di UVMM vengono implementati i progetti terapeutici di qualunque natura (residenziale, semiresidenziale e territoriale) in funzione del bisogno assistenziale rilevato.

c. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze è un Dipartimento Strutturale che rappresenta il punto di riferimento aziendale **per le competenze e la operatività in campo di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze**. Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale.

A partire dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" si sono susseguite numerose normative nazionali e regionali per l'organizzazione e la definizione della mission sanitaria (e sociosanitaria) dell'Area delle Dipendenze. Nata inizialmente come tutela della salute dalle Tossicodipendenze, nell'evoluzione sociologica e clinica, oggi non è più corretto riferirsi esclusivamente alle Tossicodipendenze ma ad una variegata tipologia di vecchie e nuove dipendenze a cui bisogna rivolgere una nuova attenzione, anche nella riprogrammazione dei servizi ad esse dedicati.

Con D.M. 14 giugno 2002 "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, lo Stato ha normato l'organizzazione dei servizi pubblici sanitari e sociosanitari in materia.

In Regione Campania le indicazioni normative più rilevanti in tale ambito sono:

- DGRC N. 2136 del 20 giugno 2003 - Organizzazione Servizi Dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze;
- DCA 86/2016 "Piano regionale di contrasto alle dipendenze patologiche"
- DCA 81/2018 "Presenza d'atto Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo"
- DDCCA 32,39 e 40/2018 "Accreditamento strutture residenziali e semiresidenziali tipologie Terapeutico e Pedagogico"
- DCA 54 del 04/07/2019 "Presenza d'atto accordo di riconversione posti letto in eccesso.

Compiti principali del Dipartimento sono:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire ed attuare procedure operative “evidence based”, concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
- coordinare ed assicurare l'adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
- promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
- studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ASL coinvolte nell'assistenza alle persone dipendenti;
- individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali);
- incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra ASL e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato;
- studiare costantemente l'evoluzione del fenomeno delle dipendenze sul territorio attraverso il supporto di un osservatorio epidemiologico autorevole.

Il Dipartimento è organizzato in Ser.D., servizi multidisciplinari configurati come Unità Operative, che assumono la funzione di presa in carico globale e integrata delle persone con patologie da dipendenze, con e senza sostanza, garantendo l'attivazione di servizi o attività specializzate per le diverse forme di dipendenza, nell'ambito della generale presa in carico.

Considerata la complessità del bisogno sanitario e sociosanitario e la molteplicità dei settori in cui esso di estrinseca, si individuano **4 livelli di attività** da sviluppare nei territori di competenza, che dovranno anche tener conto della differenza di genere e dell'età del paziente, con particolare riguardo all'area minori:

- 1° livello: **Prevenzione**, d'intesa con il Dipartimento Prevenzione della ASL ed in armonia con il Piano Regionale della Prevenzione, (anche con Unità mobili e di strada) – con una buona

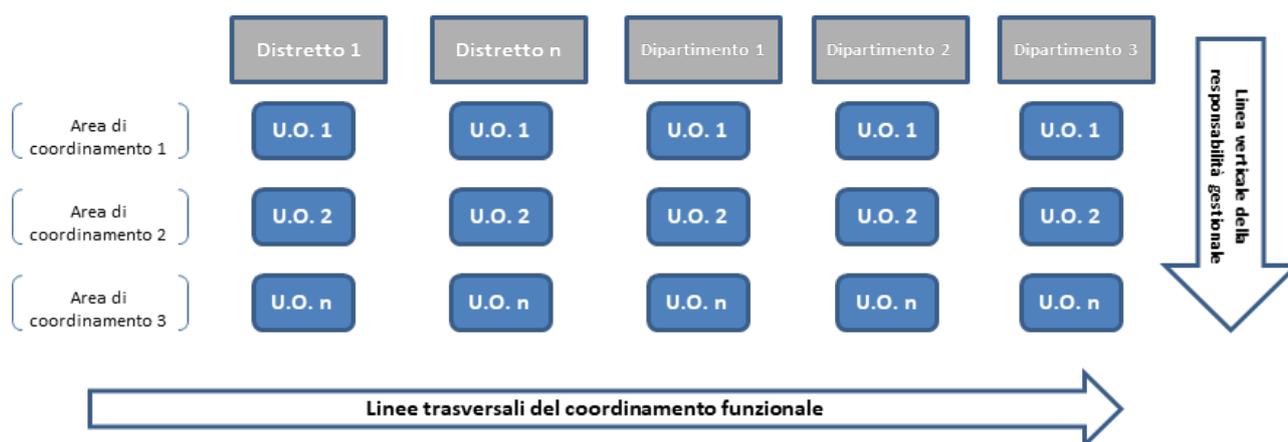
relazione con i MMG e PLS per l'individuazione delle classi di cittadini a rischio con strategie di prevenzione selettiva ed universale - primo contatto, primo soccorso, applicazione di tecniche per la riduzione del rischio delle patologie correlate, distribuzione di materiali sterili, terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, informazione e creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, assistenza sociale, prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed supporto psicologico nel breve-medio termine.

- 2° livello: **Cura** nell'ambito di strutture ambulatoriali per la gestione dei cittadini con adeguati percorsi diagnostici e, dove necessario, programmi individualizzati, per affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici, educativi e socio/riabilitativi. Le funzioni principali del livello ambulatoriale sono: la diagnosi specialistica, gli interventi medici e farmacologici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con gli istituti scolastici, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie. Avvio di percorsi di riabilitazione tendenti alla autonomizzazione del paziente;
- 3° livello: **Riabilitazione** strutture residenziali o semiresidenziali accreditate con programmi rivolti ai cittadini che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e riabilitativi specialistici nel lungo termine. Per ogni cittadino con dipendenza da sostanze, eleggibile ad un percorsi presso strutture dedicate, sarà previsto un apposito programma personalizzato con indicazione delle caratteristiche personalologiche da incastrare con i programmi Comunitari presenti in Campania, al fine di evitare il più possibile abbandoni del programma, riportando gli obiettivi terapeutici da raggiungere sistematicamente verificati dai referenti dei Ser.D. d'intesa con i responsabili delle Comunità. Le funzioni principali di questo livello sono rappresentate dai programmi terapeutici e socio-riabilitativi nel medio e lungo termine in regime residenziale e semiresidenziale. Proseguono le attività di riabilitazione e preparazione al reinserimento socio-lavorativo. Si gestiscono eventuali ospedalizzazioni in stretto raccordo con il Ser.D. di appartenenza.
- 4° livello: **Riduzione del danno** (La riduzione del danno è rivolta a persone tossicodipendenti nel contesto di strada e di piazza, con l'obiettivo di ridurre i rischi nell'utilizzo di sostanze con particolare attenzione alle overdose, di diminuire il contagio per le possibili patologie correlate all'uso iniettivo e sniffing, di operare un avvicinamento ai servizi o un sostegno e counseling in un contesto non ambulatoriale, di distribuire materiali di profilassi e informativi) Il quarto livello riguarda tutte le attività territoriali finalizzate alla prevenzione di patologie correlate all'uso di sostanze e a tutte le attività di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento.

4 La governance delle attività territoriali

Si definisce di seguito un modello di governance territoriale di tipo integrato, teso ad evitare **duplicazioni e costi aggiuntivi e nel contempo volto a definire la certezza delle linee di responsabilità**, per ciò che attiene l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strumentali. Ne deriva una **logica a matrice**, in cui le componenti verticali sono i Distretti ed i Dipartimenti Strutturali, deputati ai processi di governo operativo e gestionale e sono inclusi nel processo di budget. Tali strutture sono trasversalmente incrociate da Aree di Coordinamento per discipline omogenee, con valenza esclusivamente funzionale, non incluse nel processo di budget. Al centro della matrice sono individuate le Unità Operative, che sono le strutture deputate alla erogazione delle prestazioni e dei servizi. Una Unità operativa fa sempre riferimento ad un'unica linea strutturale verticale (Distretto o Dipartimento), e può essere inclusa in una o più linee funzionali trasversali (Aree di Coordinamento).

La strutturazione formale degli elementi della governance si realizza con la stesura dell'Atto Aziendale, adottato dalle ASL sulla base delle Linee Guida prodotte dalla Regione.



a. Il Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali

In ciascuna ASL è istituito, con deliberazione del Direttore Generale, Il Tavolo tecnico permanente per le funzioni territoriali. Esso è costituito dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Distretti e dai Direttori dei Dipartimenti Strutturali. Sulla base delle necessità, possono essere inviati di volta in volta alla partecipazione al Tavolo, con funzione consultiva, i Coordinatori delle Aree, i Direttori dei Presidi Ospedalieri a Gestione Diretta, le Direzioni delle Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio e qualunque altra figura, anche esterna all'Azienda, che possa fornire un contributo nell'ambito di specifiche aree tematiche.

Il compito del Tavolo è quello di **fornire supporto alla Direzione Strategica ed al Collegio di Direzione sui temi della programmazione, implementazione e monitoraggio** delle attività territoriali, dei processi

di integrazione ospedale-territorio, delle analisi per la determinazioni dei fabbisogni assistenziali e dei criteri per la produzione e l'acquisto delle prestazioni.

b. Le Aree di Coordinamento

Sono istituite, in seno ad ogni ASL, Aree di Coordinamento, in luogo dei Dipartimenti funzionali. L'Area di Coordinamento **non gestisce le risorse (né umane, né economiche)** che sono invece nella disponibilità dei Direttori di Distretto (dovendo questi rispondere della erogazione dell'assistenza alla popolazione di riferimento), salvo quelle allocate presso le Aree stesse, e strettamente indispensabili allo svolgimento delle **funzioni proprie**.

I responsabili delle Aree di Coordinamento sono membri del Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali, ed in tale sede concorrono alle definizioni degli **atti programmatori generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate**, cura e garantisce l'alimentazione completa e corretta dei flussi informativi ministeriali, regionali e aziendali.

Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di **Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali**. Garantiscono inoltre unitarietà e **omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici** nell'area di competenza, riferiscono annualmente alla direzione strategica sulle attività dell'Area, evidenziano eventuali criticità e propongono interventi correttivi.

In sede di Linee Guida Regionali e dei conseguenti Atti Aziendali, si definisce l'afferenza di ciascuna Unità Operativa, distrettuale o dipartimentale, ad una o più Aree di Coordinamento.

Le modalità di individuazione delle Aree di Coordinamento e le loro fattispecie, sono definite nell'ambito delle Linee Guida Regionali di attuazione del presente Piano e recepite negli Atti Aziendali.

Di norma, e salvo diverse indicazioni, sono **individuati, le seguenti Aree di Coordinamento**:

- Coordinamento Cure Primarie
- Coordinamento Socio-sanitario
- Coordinamento Cure Domiciliari
- Coordinamento Cure Palliative e Terapia del dolore
- Coordinamento dei Nuclei per i disturbi del neurosviluppo
- Coordinamento Materno-infantile
- Coordinamento Farmaceutico territoriale
- Coordinamento Servizi amministrativi distrettuali (CUP, Economato, ticket, ufficio tecnico, supporto alla Formazione)
- Coordinamento di Sanità Penitenziaria.

c. Il Distretto

Il nuovo modello, di cui la Regione si fa promotrice vede la linea di responsabilità principale individuata nella direzione distrettuale: **al Distretto sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse**. L'assegnazione delle risorse umane al Direttore del Distretto è il presupposto amministrativo, giuridico e gestionale per tale forma di organizzazione in cui la centralità dell'utente sostituisce la centralità del servizio.

Tale modello si caratterizza per l'attribuzione di responsabilità complessive ed obiettivi misurati non più per singole funzioni tecnico professionali, ma per esiti complessivi di salute, riportati alla **responsabilità unitaria del Direttore di Distretto**.

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il **"garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente**. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'A.S.L., nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Compete al Direttore promuovere, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3-*quinquies* del D.Lgs. 502/92 e s.i.m., al fine di **soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione**.

Il Direttore del Distretto è **componente del Tavolo permanente per le Funzioni Territoriali**, ed in tale veste è partecipe delle scelte aziendali di macroprogrammazione. Egli redige, a cadenza annuale, uno specifico **Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.)** relative al Distretto di competenza, con il quale declina nel proprio ambito territoriale gli elementi della programmazione aziendale.

Redige annualmente altresì, la **Relazione sull'attività annuale distrettuale** riportando azioni realizzate, risultati e criticità.

d. I Dipartimenti strutturali

Ai Dipartimenti strutturali, sono attribuite risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Il Direttore, nominato dal Direttore Generale tra i direttori di U.O.C. afferenti al Dipartimento. Esso si articola al suo interno in Unità Operative, così come definite nelle linee Guida Attuative del presente Piano e ratificate in Atto Aziendale.

Le specificità organizzative e di governance dei dipartimenti strutturali sono illustrate nel **capitolo 3**.

e. Le Unità Operative

Le azioni dei Distretti e dei Dipartimenti strutturali si realizzano attraverso le Unità Operative, a ciascuna delle quali è preposto almeno un dirigente con funzione di responsabile. I responsabili delle Unità Operative riferiscono al Direttore del Distretto o del Dipartimento cui appartengono, per ciò che attiene la selezione ed il **raggiungimento degli obiettivi, nonché per la assegnazione delle risorse e la contrattazione del budget** all'interno del Distretto o del Dipartimento.

Le Unità Operative, possono essere qualificate **in strutture semplici o complesse**, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

Ciascuna Unità operativa può afferire ad una o più Aree funzionali di coordinamento, partecipando in tale ambito alla definizione di PDTA e percorsi organizzativi a valenza sovra distrettuale. L'organizzazione delle Unità Operative è definita in Atto aziendale, con riferimento agli ambiti di cura e secondo le indicazioni delle Linee Guida Regionali

5 Le cure primarie

a. Ricognizione dello stato attuale dell'assistenza primaria

Nell'attuale organizzazione l'Assistenza Primaria viene resa nell'ambito della Unità Operativa Assistenza sanitaria di Base (UOASB) a valenza distrettuale o sovra distrettuale. L'impianto organizzativo interno della UOASB è costituito da un Dirigente Medico Responsabile e da Dirigenti Medici e personale di comparto (amministrativo e sanitario) con funzioni di valutazione del bisogno ed indirizzo delle cure, funzioni assistenziali ambulatoriali, autorizzative, liquidatorie, ispettive. In via ordinaria alla UOASB fa capo un poliambulatorio anche con più sedi distribuite sul territorio distrettuale. Le attività ambulatoriali sono erogate prevalentemente da Medici Specialisti Ambulatoriali che effettuano anche visite domiciliari su disposizione della UOASB e su richiesta dei MMG e PLS.

Il modello assistenziale è di tipo prestazionale, la domanda è avanzata dall'utente attraverso il CUP aziendale. L'offerta organizzata in formula day service non è diffusa.

Al Poliambulatorio afferisce il personale di comparto per le attività di supporto allo Specialista. Di norma, le prestazioni assistenziali e le specialità disponibili sono attualmente l'esito di processi localmente governati nell'ottica più del soddisfacimento della domanda che della valutazione del bisogno. Ordinariamente i poliambulatori dotati di maggiori specialità sono collocati nella sede principale del Distretto Sanitario, mentre in una o più sedi territoriali sono attivi piccoli poliambulatori con discipline di base.

Gli Specialisti inoltre partecipano alle attività delle UVI e delle UVBR per la parte di competenza clinica relativa al caso in esame. L'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche viene evidenziata nella tabella n.1 nell'ambito dell'analisi dell'erogato per la macro area di specialistica ambulatoriale. Nella stessa tabella vengono evidenziate anche le prestazioni ambulatoriali rese dalle AORN a utenti esterni nell'ambito dell'accesso alle prestazioni ospedaliere preordinate o del *follow up* dei ricoveri. Le prestazioni erogate dalle ASL ricomprendono anche quelle erogate dagli erogatori privati insistenti nel proprio ambito territoriale.

Specialistica Ambulatoriale		
ASL	Numero Strutture da NSIS	Numero Prestazioni per Esterni
ASL AV	303	3.655.492
ASL BN	197	2.775.072
ASL CE	499	8.066.668
ASL NA1	784	9.298.662
ASL NA2	617	9.076.771
ASL NA3	653	11.247.435
ASL SA	798	11.742.887
AO Cardarelli	25	196.827
AO Santobono	20	103.703
AO Dei Colli	49	350.777
AOU Ruggi	59	763.768
AO Moscati	25	419.114
AO San Pio	22	408.562
AO San Sebastiano	25	191.999
AOU Vanvitelli	25	255.875
AOU Federico II	26	422.659
IRCCS Pascale	23	311.117
Totale complessivo	4.150	59.287.388

Tabella 21 – Specialistica ambulatoriale

Il modello assistenziale finora attivo può essere definito ancora di tipo settoriale-specialistico: in esso ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità, senza l'adozione condivisa di Linee Guida/PDTA.

Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente moltiplicazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, determina la frammentazione e duplicazione degli interventi, con conseguente allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali. Tale dispersione di offerta non ha permesso nemmeno l'organizzazione della funzione di filtro che il territorio deve esercitare, per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al Pronto Soccorso con mezzi propri, bypassando completamente tutto il livello delle Cure Primarie.

La Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta

Non tutti i MMG sono organizzati nelle forme associative previste dalle normative precedenti alla legge Balduzzi (Medicina in rete, Medicina in Associazione, Medicina di Gruppo) e attualmente il 50% di loro fruisce di un Collaboratore di studio mentre solo l'8% ha la disponibilità di attività infermieristica. Sono

attive varie cooperative, alcune di notevole rilevanza numerica. Anche la Pediatria di Libera scelta adotta forme associative in varia misura.

Di seguito la rilevazione del numero MMG e PLS per ASL e relativa popolazione assistibile.

Medici di Medicina Generale (MMG)			
ASL	Numero Medici	Totale Scelte	Assistiti per Medico
ASL AV	322	367.151	1.141
ASL BN	220	245.315	1.116
ASL CE	600	776.605	1.295
ASL NA 1	678	847.711	1.251
ASL NA 2	748	880.457	1.178
ASL NA 3	787	910.477	1.157
ASL SA	777	941.380	1.212
Totale	4.132	4.969.096	8.350

Tabella 22 – Medici di Medicina Generale

Pediatri di Libera Scelta (PLS)			
ASL	Numero Pediatri	Totale Scelte	Assistiti per Pediatra
ASL AV	45	51.231	1.139
ASL BN	29	24.493	845
ASL CE	118	109.509	929
ASL NA 1	129	114.148	885
ASL NA 2	160	141.559	885
ASL NA 3	155	135.347	874
ASL SA	126	111.513	886
Totale	762	687.800	6.443

Tabella 23 – Pediatri di Libera Scelta

Tutti i MMG e PLS risultano collegati in rete con l'Azienda di appartenenza, mediante interfacce dei propri software con le piattaforme aziendali e regionali di rilevazioni flussi. Tutti i MMG e PLS hanno attivata la ricetta elettronica e partecipano al popolamento della banca dati dei flussi informativi aziendali su piattaforma unica regionale. La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta lavorano su obiettivi regionali ed aziendali prevalentemente di tipo quantitativo. Svolgono attività di prevenzione in materia vaccinale (per gli screening oncologici i MMG, senza però far registrare finora, su questo tema di salute pubblica, un chiaro momento di svolta).

Attivano le funzioni assistenziali domiciliari, sia erogabili direttamente (ADP) sia mediante le Cure Domiciliari. Partecipano alle attività distrettuali normalmente tramite la propria rappresentanza in UCAD, partecipano alle attività formative promosse dall'Azienda correlate agli obiettivi di salute e/o alle innovazioni organizzative e prescrittive. Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria sono

emerse nuove priorità nell'assistenza primaria pediatrica, quali minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse, minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale. Questi pazienti rappresentano una quota rilevante dell'attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi progettati per la loro assistenza. La Regione programma pertanto lo sviluppo di centri aziendali interdisciplinari nell'ambito della Rete Materno-Infantile per offrire risposte ai piccoli pazienti con patologie croniche ad elevata complessità.

La Continuità Assistenziale è distribuita sull'intero territorio regionale, con un indicatore di fabbisogno di 1/5000 abitanti. Le sedi di Continuità Assistenziale talvolta coincidono con sedi distrettuali, talaltra sono sedi destinate solo a tale attività, isolate dal resto delle strutture territoriali. Non risultano connesse ad un sistema informativo aziendale e le attività svolte non sono rilevabili con flussi specifici, né qualitativi né quantitativi. In specifiche zone turistiche nella stagione estiva vengono allestiti presidi di Continuità Assistenziali nei mesi di giugno/agosto, integrativi dell'assistenza ordinaria.

Medici di Continuità Assistenziale - Guardia Medica				
ASL	Punti	Titolari	Ore Totali	
ASL AV		41	209	280.752
ASL BN		21	102	158.397
ASL CE		32	240	348.450
ASL NA 1		10	127	199.773
ASL NA 2		23	219	306.412
ASL NA 3		32	244	2.706.936
ASL SA		78	404	589.432
Totale		237	1.545	4.590.152

Tabella 24 – Continuità assistenziale

Screening Oncologici

Per ciò che attiene la gestione degli screening oncologici ed il superamento delle criticità tutt'ora presenti si stabilisce, con apposito atto, di prevedere che le ASL realizzino una ricognizione della attuale struttura dell'offerta relativamente i centri che effettuano lo screening, comprensivo della dotazione strumentale, del personale coinvolto e dell'attività degli ultimi anni in termini di chiamate effettuate e test eseguiti. Parimenti le Aziende sono chiamate ad effettuare una riprogrammazione delle attività definendo percorsi e relative procedure per il potenziamento dell'offerta per ogni singola tipologia dei 3 screening oncologici. Tale adempimento è riportato nella tempistica di cui al capitolo "Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio"

b. Definizione del modello di cure primarie

Le principali sfide e opportunità che attendono l'assistenza territoriale nei prossimi anni, per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute e per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario, riguardano in Campania in particolare i seguenti temi:

- Vi è necessità di un disegno strategico basato sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza: il tema del paziente al centro del sistema rappresenta il modello di approccio alle cure già declinato nel DCA 99/2918 "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191." (Burc n. 95 del 19/12/2018)
- In questa ottica, deve necessariamente attivarsi la riprogettazione del ruolo del MMG all'interno di equipe monoprofessionali (AFT) e multidisciplinari e multiprofessionali (UCCP) per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e per conferire al sistema delle Cure Primarie la connotazione di luogo di cure principale a cui affidarsi
- Va rafforzato il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria del paziente, con potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni socio-sanitarie, quali snodi cruciali della presa in carico sistemica del paziente cronico o disabile
- Va attuato e completato lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina per una gestione condivisa del paziente

La realizzazione di un'assistenza continua territoriale è sicuramente l'esigenza più avvertita dai cittadini affetti da patologie croniche ed è l'unico mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto Soccorsi ospedalieri. In Campania l'accesso improprio ai Pronto Soccorsi è un fenomeno esteso all'intera regione, determinando distorsione di risorse dall'assistenza per acuti. Un'analisi della tipologia delle patologie di ricovero svolte recentemente sui pazienti ricoverati presso l'AORN Cardarelli e segnatamente ricoverati presso le Unità Operative di Medicina d'Urgenza, Medicina Generale e Lungodegenza, per un totale di 300 posti letto, ha permesso di stabilire che il 60% dei pazienti ivi ricoverati soffre di una patologia cronica riacutizzata.

Tale analisi, che verrà comunque estesa su tutte le Aziende Ospedaliere della regione, permetterà di stimare la domanda di cronicità attualmente in carico presso i presidi ospedalieri, e di riflesso la quota di ricoveri potenzialmente inappropriati da cui derivare il fabbisogno di posti letto territoriali destinati a tale tipologia di pazienti, posti letto stimati in questo Piano pari a 500 unità.

Il nuovo modello di Cure Primarie, dunque, opportunamente calato sulla realtà regionale, deve farsi carico della gestione del paziente cronico e anticiparne le ricadute e le riacutizzazioni, con una medicina d'iniziativa non attendista, basata su percorsi di cura standardizzati, quali i PDTA, recuperando una rinnovata fiducia del cittadino e attribuendo nuovamente alle Cure Primarie la propria *mission* di prossimità e di presa in carico globale. L'obiettivo atteso si declina inoltre in una risposta più equa, più solidale, più appropriata, più vicina ai soggetti fragili.

La Regione Campania con D.D. 53 del 05.03.2018 ha già approvato il proprio "Piano di sviluppo delle Cure Primarie". Con suddetto Piano sono state definite le modalità di sviluppo delle AFT e delle UCCP nonché i relativi obiettivi assistenziali. Il modello si basa sui principi individuati nell'art. 5 del vigente ACN. Tenuto conto che le malattie croniche rappresentano circa l'80% di tutte le patologie, assorbendo il 70% delle risorse sanitarie, è necessario sviluppare l'integrazione dei servizi al paziente in un insieme coordinato e continuativo di erogazione.

La Regione reindirizza l'attività della Medicina Generale verso un cambio di paradigma: da una medicina d'attesa verso una medicina d'iniziativa, che promuove la salute attraverso azioni educative rispetto agli stili di vita ed ai comportamenti a rischio, effettua prevenzione primaria e secondaria, attiva una concreta governance delle cronicità, concorrendo a principi di appropriatezza diagnostica e di cura, aderenza terapeutica, efficienza di sistema. La capacità di esprimere attivamente di tali obiettivi necessita di modifiche organizzative strutturali e concettuali con la transizione da una logica individuale ad una logica organica, da una autogestione ad una *governance* condivisa, che trovano nel modello della AFT la moderna opportunità di aggregazione funzionale.

Il MMG e il PLS partecipano a tutte le attività distrettuali così come previsto dalle normative vigenti in materia di analisi dei bisogni, valutazione dell'appropriatezza delle cure, intervengono nella UVMM per il proprio paziente, attuano d'intesa con i presidi ospedalieri dimissioni protette, il MMG mantiene la governance del paziente nel ricovero presso l'Ospedale di Comunità e nelle RSA. Entrambe le figure attivano le Cure domiciliari e segnalano al Distretto condizioni di fragilità socio-sanitarie per la presa in carico integrata.

Le attività di formazione del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e del family learning, espressamente finalizzate alla autogestione delle malattie croniche svolgono un ruolo di importanza crescente per i motivi precedentemente accennati e connessi all'aumento esponenziale delle malattie ad andamento cronico. Attraverso l'autogestione è infatti possibile ottenere una maggiore complicità del paziente nell'iter terapeutico, prevenire i fenomeni di riacutizzazione delle patologie croniche e limitare il numero di ricoveri, come dimostrano anche i più recenti dati della letteratura. Le buone relazioni già instaurate con le Associazioni di cittadini e pazienti dovranno farsi carico di questo processo di crescita del paziente.

La Regione Campania non intende realizzare nuove strutture definite "Case della Salute" pertanto, con la presente programmazione si ridefinisce la riconversione delle già individuate SPS (Strutture Polifunzionali

della Salute). Esse nel triennio 2019/2021 dovranno essere ricondotte al modello di seguito indicato di Poliambulatorio di I o II livello.

Il Decreto commissariale 53/2018 illustra i fondamentali della riorganizzazione e prevede, in conformità alla Legge Balduzzi, le seguenti forme organizzative:

- Le AFT sono forme organizzative mono-professionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee Guida, Audit e strumenti analoghi;
- Le UCCP sono forme organizzative multi-professionali, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSR, degli infermieri, delle professionalità delle ostetriche, dei tecnici di laboratorio, di radiologia, della prevenzione e della componente sociale a rilevanza sanitaria.

Obiettivi prioritari dell'assistenza nell'ambito delle nuove Cure Primarie sono:

- Presa in carico dei pazienti con patologia cronica anche attraverso medicina di iniziativa, nel profilo assistenziale previsto dal corrispondente PDTA;
- Fidelizzazione del paziente al territorio che dovrà rappresentare una efficiente, continua e sicura alternativa rispetto alla domanda impropria rivolta al Pronto Soccorso.

Il modello organizzativo della AFT

Il modello delle AFT può essere a sede unica o multipla (e comunque con una sede di riferimento che garantisca coordinamento, condivisione ed audit) **sede definita di "base"**.

È possibile individuare una ulteriore **sede "complessa"** nella quale possono essere presenti altre forme assistenziali, quali la Continuità Assistenziale, un ambulatorio infermieristico condiviso, un punto prelievi, ambulatori dedicati ad attività di prevenzione, ove sviluppare la continuità delle cure h12.

Le prestazioni erogate saranno a disciplina diversificata ed a complessità crescente, secondo una programmazione regionale basata sulla progressiva adozione di PDTA per le cronicità.

Per ciascuna AFT saranno individuati, a cura del coordinatore, MMG esperti in aree tematiche specifiche che, seguendo una formazione predeterminata e di respiro regionale, e dotati di coordinata risorsa tecnologica/diagnostica, renderanno applicabile sull'intero territorio della regione, il PDTA con analoghe modalità. La disponibilità di una risorsa tecnologica/diagnostica di unica tipologia permette il dialogo informatizzato non solo tra il singolo MMG e la propria AFT, ma anche tra il MMG e la Direzione del Distretto e verso i Centri Diagnostici di livello superiore che coordinano il PDTA.

Oltre alle risorse tecnologiche correlate ai PDTA, le AFT devono essere dotate di personale infermieristico e amministrativo. Tale individuazione e la modalità del rapporto di lavoro vengono definite nell'ambito dell'AIR in corso di sottoscrizione.

In ogni AFT sono assorbiti con decorrenza dal 2019 tutti i MMG singoli e tutte le forme associative già esistenti alla data di entrata in vigore della legge Balduzzi.

In fase di start lo sviluppo delle AFT riguarda prioritariamente l'Assistenza Primaria con eventuale integrazione della Continuità Assistenziale ove la stessa è perseguibile, anche attraverso la sua attivazione sperimentale nella fascia oraria 8/10 nei giorni prefestivi. La piena integrazione della C.A. (ruolo unico) si determina all'approvazione di un successivo ACN (e previa informatizzazione di tutte le sedi di C.A. per realizzare la condivisione delle cartelle dei pazienti che hanno fornito lo specifico consenso).

Fermo restando i vincoli previsti dall'art. 36 e 47 comma 6 previsti dall'ACN vigente, per facilitare l'accesso agli studi del MMG da parte dei pazienti, oltre che verso il singolo MMG, deve essere potenziata l'organizzazione esistente con una migliore organizzazione degli orari di studio, al fine di consentire una migliore ricettività dell'assistenza primaria nelle 12 ore con modalità autonome e tese a garantire l'ascolto del bisogno.

Il coordinatore della AFT è eletto dai MMG afferenti alla AFT e deve essere in possesso del requisito della titolarità di incarico MMG non inferiore a 10 anni. Il Coordinatore monitora le attività della AFT e il perseguimento degli obiettivi.

Obiettivi fondamentali delle AFT sono:

- Assicurare l'erogazione delle attività assistenziali territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata, che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera.

Tali obiettivi permetteranno di ridurre la dispersione assistenziale, i ricoveri inappropriati e i ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche e relative complicanze; assicurare l'appropriatezza dell'ambito di cura, la permanenza della persona al proprio domicilio, la continuità assistenziale e le dimissioni protette; Implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per le cronicità garantendo l'addestramento del paziente all'autogestione consapevole della malattia (*empowerment*) e l'adozione della medicina di iniziativa (screening, vaccinazioni); perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale e l'assunzione di più corretti stili di vita.

Come obiettivo prioritario si rende necessario individuare l'adesione ai PDTA regionali ed aziendali, in particolare: diabete e relative complicanze; scompenso cardiaco; ipertensione arteriosa; BPCO; Nefropatie Croniche; SLA; Demenze. L'adesione ai PDTA per le cronicità sarà applicata secondo il

modello regionale “AGIRE” già in uso per la BPCO. L'introduzione di una diagnostica di primo livello per facilitare la presa in carico dei pazienti affetti da cronicità con un modello legato ad obiettivi e non di tipo prestazionale (spirometria, ECG, Ecografia...) renderà possibile l'esplicitazione nel reale dei PDTA. Tali processi saranno a governo regionale e si diffonderanno in maniera equa ed uniforme su tutto il territorio. La AFT concorrerà ad obiettivi aziendali specifici (aumento della offerta vaccinale; screening; etc.) che prevedono la partecipazione a cascata obbligatoria di tutti i componenti delle AFT con responsabilità specifica del Coordinatore sul raggiungimento degli obiettivi predetti.

L'analisi epidemiologica per ogni singola AFT permetterà di valutare l'incidenza, per singolo MMG e sul totale della popolazione assistita, delle patologie croniche non trasmissibili anche attraverso l'analisi dei report attualmente in trasmessi dagli stessi MMG, individuando specifici obiettivi assistenziali volti al raggiungimento dell'appropriatezza (andamento prescrittivo farmaci, diagnostica etc) e percorsi di medicina di iniziativa.

È necessario prevedere il collegamento dei MMG al CUP aziendale al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche (prioritariamente per le prestazioni con classe di priorità U e le prestazioni programmate nell'ambito di percorsi assistenziali condivisi).

Adeguare i Sistemi informatici ed informativi alla interoperabilità, con la messa in rete di tutti i MMG nel Sistema Unico Regionale, renderà agibili ovunque i percorsi assistenziali. L'attivazione strutturale della telemedicina con strutture accreditate e pubbliche (ricezione telematica di referti ed altro) e la trasmissione della reportistica MMG su portale aziendale dedicato completeranno le dinamiche facilitatrici.

Il modello organizzativo delle UCCP

Pur consapevoli di una recente revisione culturale in corso rispetto a composizione, ruolo e funzioni della UCCP, questo Piano ne descrive il modello prevedendone la realizzazione complessiva, in condizioni di immutata normativa, entro il 31 dicembre 2021.

La UCCP rappresenta una articolazione complessa del Distretto sanitario che non è alternativa alla AFT ma è a questa collegata, comprendendone i medici che ne fanno parte, e che si può avvalere di risorse umane rese disponibili dal Distretto e dal Comune – Ambito Sociale di Zona.

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multi-professionale e multidisciplinare;
- assicura l'attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare;
- assicura l'assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza psicologica e psicoterapeutica;
- assicura l'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria;
- effettua la diagnostica di 1° e 2° livello;

- garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

In considerazione della densità abitativa si prevede di collegare di norma a ciascuna UCCP fino ad un massimo di quattro AFT della medicina generale e di due AFT della pediatria.

La UCCP dovrà essere di norma a sede unica, ma potrà avere anche una sede di riferimento con eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in rete tra loro, dove su attività programmate, avviene una integrazione con la specialistica ambulatoriale. In ogni caso, la UCCP dovrà offrire i propri servizi a tutta la popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento. Nella sede della UCCP possono essere allocati gli studi dei MMG di una o più AFT garantendo comunque la capillarità assistenziale sul territorio.

Ogni UCCP dovrà essere dotata delle risorse minime per l'erogazione delle prestazioni strumentali di I° e II° livello, afferenti alla diagnostica territoriale e destinata all'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, secondo i PDTA definiti a livello regionale/aziendale.

Le risorse assegnate in funzione degli ACN e ARI devono prioritariamente essere indirizzate allo sviluppo di infrastrutture informatiche; all'acquisto di attrezzature diagnostico-strumentali per assicurare il primo ed il secondo livello (nell'ambito delle UCCP); allo sviluppo del CUP regionale.

L'operatività della UCCP è assicurata dagli MMG, PLS, CA, Specialisti ambulatoriali del Distretto che si integrano con tutte le altre professionalità sanitarie e non sanitarie contemporaneamente presenti nella struttura.

Il referente è scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno 10 anni, in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza, utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie. L'incarico di referente dura tre anni. Decade in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

Nella UCCP si prevedono i seguenti compiti e funzioni attraverso i correlati servizi e attività:

- intercetta e decodifica la domanda di salute del bacino di popolazione di riferimento
- contribuisce all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale, partecipa alle dimissioni protette e alla terapia del dolore in raccordo con i Distretti ed in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e i poli ospedalieri e territoriali della rete di assistenza;
- effettua attività di prevenzione primaria (tramite percorsi di promozione della salute ed educazione sanitaria) e di prevenzione secondaria promuovendo attivamente gli screening oncologici, secondo modalità condivise a livello regionale ed aziendale
- assicura la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili (c.d. codici bianchi);
- adotta un approccio proattivo di iniziativa secondo il modello del *disease management* per le principali patologie croniche (diabete, piede diabetico e ulcere cutanee, scompenso cardiaco,

ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, demenze);

- persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
- contribuisce alla continuità delle cure e alla presa in carico con follow-up multidisciplinare dei bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento della regione.

Alla UCCP l'assistito accede attivando uno dei seguenti canali:

- attraverso il CUP;
- per accesso programmato nell'ambito della medicina di iniziativa ;
- per accesso diretto: per le prestazioni previste dalla normativa vigente, nonché per tutte quelle prestazioni che, nell'ambito di accordi aziendali, vengono individuate per ridurre gli accessi impropri ai PS
- attraverso un percorso dedicato ai casi in dimissione protetta.

Principali Obiettivi perseguiti dalla UCCP saranno: favorire la presa in carico integrata dell'assistito; assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette; ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati; implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio. La UCCP deve operare in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili - RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale - SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale / Ambito Sociale di Zona.

Tali sinergie sono raggiunte con l'attività assicurata dal Coordinatore di UCCP e attraverso la condivisione di specifiche intese definite dal Direttore di Distretto.

Anche per la UCCP è necessario implementare un adeguato sistema informatico e informativo con le medesime caratteristiche e finalità descritte per la AFT. L'attivazione degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto in rete con le ulteriori realtà aziendali ed il collegamento con le strutture private accreditate (ricezione telematica di referti, i Comuni/Ufficio di Piano di riferimento permette di realizzare un sistema informativo sociosanitario integrato che consente anche di rispondere, con prontezza ed attendibilità, al debito informativo relativo ai flussi ministeriali (NSIS).

c. Strumenti di integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale

Il processo di integrazione tra Cure Primarie e Continuità Assistenziale permetterà a regime di rendere attive funzionalmente h24 e 7/7 le Cure Primarie.

Tale processo necessita di azioni strutturali ed azioni organizzative che vanno condivise nell'ambito dell'AIR:

- implementazione in tutte le sedi di C.A. di un sistema di informatizzazione con connessioni dirette a: MMG e PLS, anagrafiche distrettuali, anagrafiche di esenzione, piattaforme gestionali per PDTA, piattaforme aziendali prescrittive, CUP distrettuale
- implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- formazione corrente al medico di C.A. sui PDTA aziendali e regionali
- estensione dell'attività assistenziale nella fascia oraria 8/20 dei giorni prefestivi
- gestione dei Codici Bianchi
- diagnostica di base (ecografica, ecografia)

d. Azioni di organizzazione delle UCCP e AFT

Le ASL hanno provveduto ad identificare n. 181 AFT distribuite sull'intero territorio regionale, così raggruppate:

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

Tabella 25– Numero AFT per Area

Allo stato il processo di attivazione delle AFT risulta avviato: alla definizione delle AFT è seguita l'individuazione dei MMG coordinatori su tutte le AFT. Nell'ambito dei MMG di AFT verranno progressivamente individuati medici esperti in aree specifiche, prevalentemente nelle tematiche delle cronicità che, secondo un modello regionale già attivo, verranno formati su PDTA specifici tali da rappresentare per la platea dei pazienti della AFT un primo riferimento esperto. Essi verranno formati su base regionale ad una diagnostica di I livello per l'esecuzione di esami fondamentali ad azioni di diagnosi differenziale e *follow up*. È già operativo in Regione il progetto "AGIRE" che attua il PDTA per la BPCO. Tale progetto ha previsto la formazione specialistica attraverso gruppi di tutor per l'esecuzione/lettura/interpretazione dell'esame spirometrico, formazione diretta ad oltre 350 MMG (in media 2 per ciascuna AFT). La gara unica centrale commissionata a SoreSa per l'acquisto di altrettanti spirometri e la realizzazione di una piattaforma informatica che effettua la presa in carico del paziente e la connessione dei MMG con il Centro di riferimento specialistico di II livello, rende l'insieme un sistema unico di governo, monitoraggio e valutazione del PDTA.

Sulla base di questo progetto, la Regione attiva un modello replicabile sulle patologie croniche, mediante la realizzazione di singoli PDTA. Sono in corso di individuazione nuovi gruppi di MMG da rendere esperti

in area oncologica, per l'attivazione a regime della Rete Oncologica Campana (ROC). Per circa 400 di essi è già predisposto un Corso unico Regionale (previsto tra ottobre e dicembre 2019) sullo stato di attivazione della ROC, sul modello di presa in carico (piattaforma) e relativi PDTA. A cadenze successive, all'adozione di nuovi PDTA per cronicità, sarà attivato analogo processo di formazione regionale, implementazione del processo, fornitura di tecnologia di base per la prima diagnosi.

Nel contesto di una condizione nella quale le risorse sono sempre più limitate e rispetto alla difficoltà di abbattere del tutto le liste di attesa, ricollocare nella Medicina di prossimità un primo livello diagnostico rappresenta una innovazione ed una opportunità. L'innovazione consente un nuovo coinvolgimento della figura del MMG che ritrova una rinnovata professionalità in una dimensione organica, a sua volta sostenuta da un modello di rete professionale aziendale e da una visione regionale. L'opportunità consente al paziente di godere di una nuova medicina di prossimità capace di rispondere con nuove competenze e nuove tecnologie alla domanda di salute, snellendo anche le liste di attesa dei poliambulatori e del privato accreditato.

La compresenza prevista in AFT di personale infermieristico e amministrativo (la cui dotazione oraria è oggetto di trattativa nella delegazione trattante per la sottoscrizione dell'AIR) permetterà di attivare inoltre anche percorsi di promozione della salute e prevenzione su chiamata diretta o per piccoli gruppi (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria, promozione dell'attività fisica, alimentazione, cc.) e risulterà lo strumento di supporto all'AFT per una disponibilità h12.

In questa prospettiva diventano fondamentali le scelte degli strumenti di *governance* e di programmazione, necessari processi di integrazione strutturali e/o funzionali, a partire dalla stratificazione della domanda e dall'individuazione delle sotto-popolazioni target, come condizione di indirizzo della presa in carico, promozione di processi di integrazione e di coordinamento dei servizi socio-sanitari, come passaggio fondamentale della continuità assistenziale ospedale-territorio e della presa in carico globale dei bisogni del paziente, che vanno dall'ambito sanitario a quello sociale.

Tali processi di stratificazione della popolazione per i rispettivi bisogni promaneranno proprio dalla alimentazione dei dati provenienti dalla MMG/PLS, costituenti i big data di comunità. L'analisi di popolazione svolta dalle AFT contribuirà a costruire in ambito distrettuale il nocciolo epidemiologico intorno al quale ruoterà la programmazione delle attività territoriali espressa dal Direttore del Distretto nel PAT.

Punti fondanti dell'attivazione di quanto programmato risultano:

- attivazione delle AFT entro il 31.12.2019
- adozione modello regionale Ospedale di Comunità e Poliambulatorio
- attivazione progressiva delle UCCP (100% al 31.12.2021) secondo le indicazioni nazionali
- implementazione di sistemi di governo delle Cure Primarie e del territorio mediante l'istituzione del numero unico del territorio

- a regime si programma l'istituzione entro il dicembre 2021 di una Centrale Unica delle Cure Primarie capace di tenere in rete e monitorare tutti i presidi delle cure primarie, compreso il CUP regionale.

e. Ospedale di Comunità

Il "Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità" (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

L'O.d.C. è una struttura pubblica in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in Poliambulatori di 2 livello, presso presidi ospedalieri riconvertiti. L'O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare e multi-professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità igienico-sanitaria dell'O.d.C. è in capo al direttore sanitario di distretto.

La responsabilità gestionale e clinico-organizzativa complessiva dell'O.d.C. è in capo ad un MMG designato dalla direzione generale dell'Azienda, che svolge anche una funzione di collegamento tra i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali territoriali e la direzione sanitaria distrettuale ed aziendale.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita al MMG di fiducia, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l'infermiere attiva, durante le ore diurne, il medico responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno o in reperibilità nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, potranno essere attivate le procedure di emergenza attivando il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita
- prognosi già definita
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

All'interno del modulo di O.d.C. è prevista un'area accoglienza con sala d'attesa ed almeno due servizi di cui uno per disabili; le camere potranno essere singole o doppie con i servizi presenti uno per camera; i letti dovranno essere accessibili da ogni lato. In ogni modulo andrà previsto uno spazio per il riposo del caregiver, eventualmente presente, che passa la notte con il malato, dotata di almeno una poltrona confort. Devono essere previste, per le attività sanitarie, un locale per le visite e medicazioni, un locale per il coordinamento infermieristico, un locale di lavoro per il personale di assistenza, un locale per il medico responsabile del modulo e un archivio per la documentazione sanitaria. Si dovrà, altresì, prevedere uno spogliatoio del personale, nonché depositi puliti, sporchi e per ausili. Devono essere previste apposite aree per soggiorno, pranzo, socializzazione ed attività ludiche dei pazienti ospiti.

La dotazione tecnologica deve comprendere un elettrocardiografo ed un ecografo portatili, consentire saturimetria transcutanea, bronco-aspirazione e garantire esami del sangue, radiologia, riabilitazione. Se la struttura è lontana da centri di diagnosi, potrà essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello - POCT Point of care - nonché della possibilità di svolgere in loco la diagnostica per immagini.

Di seguito il numero di Ospedali di Comunità previsti:

Ospedale di Comunità			
ASL	Nome	Posti letto	Città
AV	Ospedale di Bisaccia	10	Bisaccia
BN	Ospedale di San Bartolomeo in Galdo	20	San Bartolomeo in Galdo
BN	Ospedale di Cerreto Sannita	16	Cerreto Sannita
CE	Ospedale di Teano	20	Teano
CE	Ospedale di Capua	20	Capua
NA1	Ex PO San Gennaro	20	Napoli
NA1	PO Incurabili	15	Napoli
NA2	Immobile disponibile	15	Bacoli
NA2	Immobile disponibile	15	Giugliano
NA3	Immobile disponibile	15	Gragnano
NA3	PO di Pollena Trocchia	20	Pollena Trocchia
SA	Ospedale di Comunità di Buccino	20	Buccino
SA	Ospedale di Comunità di Roccadaspide	10	Roccadaspide
SA	PO di Sant'Arsenio	10	Sant'Arsenio
SA	PO di Agropoli	10	Agropoli
SA	Ex PO San Leonardo-Ruggi	80	Salerno
Totale		316	

Tabella 26 – Ospedali di Comunità

f. Poliambulatori

In considerazione che è attualmente presente su tutto il territorio regionale una ampia offerta assistenziale garantita da Poliambulatori pubblici, si prevede nella fase di transizione verso la completa attivazione delle UCCP, il loro inserimento nel nuovo modello di rete territoriale, fermo restando l'articolazione degli stessi in 2 livelli:

- **Poliambulatorio di 1 livello:** su uno o più punti del distretto sanitario, contiene le specialità ad alta domanda territoriale, tra cui:
 - Cardiologia
 - Diabetologia
 - Geriatria
 - Fisiatria
 - Oculistica
 - ORL
 - Ortopedia
 - Urologia
 - Pediatria
 - Ginecologia
 - Centro Vaccinale pediatrico
 - Endocrinologia
 - Neurologia

- **Poliambulatorio di 2 livello:** unico per distretto o anche sovradistrettuale contiene le specialità a bassa e media domanda territoriale, tra cui:
 - Tutte quelle del 1 livello
 - Centro Diabetologico di II livello, secondo la programmazione regionale ed aziendale
 - Pneumologia
 - Reumatologia
 - Gastroenterologia
 - Odontoiatria
 - Ematologia
 - Ambulatorio STP
 - Centro prelievi
 - Ambulatorio infermieristico
 - Centro vaccinale adulti
 - Diagnostica radiologica
 - Farmacia distrettuale
 - Può essere sede di Centri Screening sovradistrettuali
 - Può essere sede di servizi territoriali medico-legali
 - Potrà evolvere in sede di UCCP

Tale modello possiede un alto livello di flessibilità in quanto potrà persistere in quelle realtà territoriali che per particolari specificità epidemiologiche, ovvero per caratteristiche e singolarità orografiche non è ipotizzabile implementare specifiche UCCP; di contro le funzioni assistenziali innanzi elencate saranno assorbite nell'ambito delle attività attribuite alle UCCP, laddove le stesse trovano piena attuazione.

6 Le attività Consultoriali e l'Area Materno-infantile

a. I Consulteri Familiari

La legge 405 del 29 luglio 1975 istituisce i Consulteri familiari che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, rappresentano strutture ad accesso diretto che garantiscono alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative. Successivamente il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile e le indicazioni scaturite dal Rapporto ministeriale sulle attività consultoriali 2008 hanno integrato e approfondito le indicazioni date dalla legge istitutiva. Il DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) in tema di assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie precisa che nell'ambito

dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. È su tali principi che le ASL devono, nell'ambito della pianificazione attuativa, modellare la rete consultoriale territoriale prevedendo, inoltre, specifiche modalità di integrazione con la rete ospedaliera ed in particolare con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia e le rispettive UU.OO. dell'area pediatrica (Punti Nascita, Terapia Intensiva, Neonatologia, Pediatria).

Oltre ai citati criteri, le Aziende, nella definizione della rete consultoriale territoriale devono tener conto della possibilità di realizzare Consultoriali Primari e Secondari, come di seguito illustrato, prevedendo il raggiungimento dello standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti per ASL:

- I Consultori Primari: sono quelli che garantiscono tutte le prestazioni previste dalle norme sui consultori. Dall'assistenza ginecologica, assistenza ostetrica e ginecologica alla gravidanza, al puerperio e all'allattamento, colloqui per problemi di sterilità e preconcezionali, colloqui per IVG, assistenza ai minori, adolescenti, alle coppie e alle famiglie ed educazione alla salute informazione e consulenza per l'adozione e l'affido familiare, consulenza per maltrattamenti e abuso. I consultori primari sono dotati di personale e attrezzature atti a soddisfare tutte le esigenze degli utenti.
- I Consultori Secondari: garantiscono le prestazioni di base ad esclusione delle consulenze specialistiche, in quanto non dotati di tutte le figure professionali e attrezzature presenti invece nei consultori primari. Per tali consultori saranno previste le figure professionali di cui all'accordo CU del 16/12/2010

Le figure professionali che compongono l'équipe del Consultorio Familiare:

- Ginecologo;
- Ostetrico;
- Infermiere;
- Infermiere pediatrico;
- Psicologo;
- Assistente Sociale;
- Operatore Sanitario;
- Amministrativi;
- Altro.

Consulenti:

- Mediatore/trice culturale;
- Neuropsichiatra infantile;

- Genetista;
- Andrologo;
- Sociologo;
- Legale;
- Altro.

In tal modo i Consultori familiari rivestiranno sempre più un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, e di supporto alle relazioni di coppia e familiari.

Il consultorio familiare, in sintesi, espleta attività per:

- La tutela della salute della donna e della coppia
- La tutela del minore, dell'adolescente e della famiglia

Attraverso tali servizi, sono quindi attivabili i relativi programmi di tutela della maternità, di informazione e formazione.

Inoltre, i consultori familiari assumono un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini, essendo punto focale sul territorio nei confronti di problematiche sociali rilevanti, come ad esempio la procreazione consapevole, il fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta, i metodi contraccettivi e i complessi problemi del nucleo familiare.

L'accesso e le prestazioni erogate all'interno del Consultorio sono gratuite e ad accesso diretto, per i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o per coloro che soggiornano temporaneamente sul territorio italiano; per questo motivo i CF sono stati concepiti come servizi "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. L'accessibilità è un concetto complesso che esprime non solo la facilità o meno da parte dell'utente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo completo la persona per tutto il percorso di cura. Ciò implica che il servizio sia in grado di essere flessibile e capace di entrare in relazione con le diverse tipologie di utenti (italiani, stranieri, analfabeti, istruiti, ecc.). Anche se oggi è piuttosto difficile stabilire i confini dell'attività consultoriale, non si può prescindere dallo spirito della legge istitutiva che fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali. Al C.F. spetta un ruolo specifico nella educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva.

Diventa urgente il potenziamento dei Consultori perché in questi anni vi è stato un disinvestimento nella prevenzione e nella promozione della salute con uno spostamento verso le "cure in ospedale", una

medicalizzazione ed una privatizzazione sempre più marcate, con una pratica medica sempre meno relazionale e sempre più tecnicistica.

b. L'Attuale offerta dei Consulitori

Le attività dei consulitori familiari sono organizzate, nell'ambito della Regione Campania, come di seguito riportato:

A.S.L. Avellino

Le sedi dei consulitori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Avellino sono 16 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 421.523 (dati fonte ISTAT)

Comune	Indirizzo	Numerazione
AVELLINO	Via Morelli E Silvati	1
AVELLINO	Via S.Tommaso	2
MONTORO	Piazza Incoronata	3
MONTEFORTE IRPINO	Via Legniti	4
ALTAVILLA IRPINA	Via S.Francesco	5
ATRIPALDA	Via Manfredi	6
BAIANO	Via Litto	7
LAURO	Via Remondino	8
ARIANO IRPINO	Piazza Mazzini	9
BISACCIA	Via Roma	10
CALITRI	Via Pascone	11
GROTTAMINARDA	Via Largo Mercato, 20	12
LIONI	Viale Del Parco, 26	13
MONTELLA	Via Ippolita Panico	14
SANTANGELO DEI LOMBARDI	Via Bartolomei	15
VALLATA	Via Sandro Pertini	16

A.S.L. Benevento

Le sedi dei consulitori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Benevento sono 14. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 279.127.

Comune	Indirizzo	Numerazione
BENEVENTO	Via Lungosabato Don Emilio Matarazzo	1
VITULANO	Viale San Pietro	2
MONTESARCHIO	Via Napoli 113	3
SANT'AGATA DE' GOTI	Contrada San Pietro (P.O. S. A.M. De' Liguori)	4
SAN SALVATORE TELESINO	Via Molino Pacelli	5
COLLE SANNITA	Via G. Garibaldi, 22	6
MORCONE	Via Roma, 176	7
SAN BARTOLOMEO IN GALDO	C/Da Torre	8
SAN GIORGIO LA MOLARA	Via Piane	9
SAN MARCO DEI CAVOTI	Via Ariella	10
SAN MARCO DEI CAVOTI	Via Ariella	11
MONTEFALCONE DI VAL FORTORE	Rione S.Marco	12
SAN GIORGIO LA MOLARA	Via Piane	13
SAN GIORGIO DEL SANNIO	Viale A.Manzoni,49	14

A.S.L. Caserta

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Caserta sono 16 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 421.523.

Comune	Indirizzo	Numerazione
CASERTA	Via Unita' Italiana, 19	1
MADDALONI	Via Caudina Parco Giuliana	2
TEANO	Viale Italia Palazzo Ex Inam	3
MIGNANO MONTE LUNGO	Piazza Don Pezzoli	4
PIEDIMONTE MATESE	Via Epitaffio	5
MARCIANISE	Piazza Carita'	6
AVERSA	Viale Europa N. 4/6	7
SANT'ARPINO	Via De Gasperi 47	8
ORTA DI ATELLA	Via S. Donato	9
TRENTOLA-DUCENTA	Via Circunvallazione	10
SAN CIPRIANO D'AVERSA	Via M. Buonarroti N. 60	11
SANTA MARIA CAPUA VETERE	Via Mazzocchi Parco Zenit 5	12
CAPUA	Via Mezza Appia 49	13
CASTEL VOLTURNO	Via Marino Di Marzano 11	14
MONDRAGONE	Via Degli Oleandri 79	15
SESSA AURUNCA	Via Sessa Mignano	16

A.S.L. Napoli 1 Centro

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 1 sono 21. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 988.225.

Comune	Indirizzo	Numerazione
NAPOLI	Via Chiatamone N.	1
NAPOLI	Corso Vittorio Emanuele 90	2
NAPOLI	Via. Winspeare, 67	3
NAPOLI	Via Enea, 20	4
NAPOLI	Via Giorgio De Grassi 17	5
NAPOLI	Via C. Scherillo, 12	6
NAPOLI	Via Recco, 21	7
NAPOLI	Via Recco, 21	8
NAPOLI	Viale Della Resistenza, 25	9
NAPOLI	Via Scudillo A Pietravallo, 24/26	10
NAPOLI	Via Sogliano Ai Ponti Rossi, 19	11
NAPOLI	Via Cagnazzi C/O Psi E. D'Aosta	12
NAPOLI	Via V. Valente, 31	13
NAPOLI	Piazzetta Del Casale - Rione Dei Fiori	14
NAPOLI	Viale Iv Aprile 50	15
NAPOLI	Via Vespucci N°9	16
NAPOLI	Via Giovanni Amendola 1	17
NAPOLI	Via B.Quaranta 2/B	18
NAPOLI	Via Marghieri 88	19
NAPOLI	Via Maddalena N° 40	20
NAPOLI	Via S. Gennaro Dei Poveri N° 25	21

A.S.L. Napoli 2 Nord

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 2 sono 21. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 1.045.790.

Comune	Indirizzo	Numerazione
ACERRA	Via F.Gioia,1	1
AFRAGOLA	Via De Gasperi 1	2
ARZANO	Via Ferrara,28	3
CAIVANO	Via S. Chiara	4
CARDITO	Via G. Di Vittorio 1	5
CASALNUOVO DI NAPOLI	Via Ravello 3 / 4	6
CASAMICCIOLA TERME	Rione De Gasperi	7
CASAVATORE	Via Palizzi	8
CASORIA	Via 1 Maggio	9
FRATTAMAGGIORE	C.So Durante 5	10
GIUGLIANO IN CAMPANIA	C.So Campano 316	11
GIUGLIANO IN CAMPANIA	Via Staffetta 123 Lago Patria	12
MARANO DI NAPOLI	Via Merolla	13
MONTE DI PROCIDA	Via Torre Di Cappella 405	14
MUGNANO DI NAPOLI	Via A. Moro	15
POZZUOLI	Via Vecchia Vigne	16
POZZUOLI	Via C. Alvaro	17
PROCIDA	Via V.Emanuele	18
QUALIANO	Parco Meteora	19
QUARTO	Corso Italia	20
SANTANTIMO	Via Solimene	21

A.S.L. Napoli 3 Sud

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 3 Sud sono 26. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 1.012.314.

Comune	Indirizzo	Numerazione
CASTELLAMMARE DI STABIA	Via Cosenza 112	1
PORTICI	Corso Umberto I 12	2
ERCOLANO	Via Marittima, 3/B	3
ERCOLANO	Via Marittima 3/B	4
SAN GIORGIO A CREMANO	Via Marconi 29	5
SAN SEBASTIANO AL VESUVIO	Via Panoramica 4	6
BOSCOREALE	Via Settetermini	7
TORRE ANNUNZIATA	Via Luigi lacono 22	8
TORRE DEL GRECO	Via G. Marconi	9
POMPEI	Via Nolana 31/A	10
SANTA MARIA LA CARITA'	Piazza Borrelli 1	11
SANT'ANTONIO ABATE	Viale Kennedy 24	12
META	Via Del Lauro	13
GRAGNANO	Via Leone 79	14
GRAGNANO	Via Botteghelle 30	15
LETTERE	Via Mulino	16
PIMONTE	Via Madonnina,6	17
CASOLA DI NAPOLI	Via Roma	18
POMIGLIANO D'ARCO	Piazza S.Agnese N.4	19
NOLA	Via Dell' Amicizia	20
CICCIANO	Via De Gasperi	21
CERCOLA	Via A. Moro	22
SOMMA VESUVIANA	Via Indolfi	23
OTTAVIANO	Via S. Leonardo N.50	24
PALMA CAMPANIA	Via Municipio	25
POGGIOMARINO	Via C.A. Dalla Chiesa N.32/3	26

A.S.L. Salerno

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Salerno sono 39 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza è di: 1.101.763.

Comune	Indirizzo	Numerazione
SALERNO	Via Vernieri	1
SALERNO	Viale Kennedy	2
PAGANI	Via Olivella,4	3
NOCERA SUPERIORE	Via Materdomini	4
CAVA DE' TIRRENI	Via De Filippis,185	5
SCAFATI	Via Passanti,2	6
ANGRI	Via Semetelle,1	7
SARNO	Via S.Valentino	8
POSITANO	Via Pasitea	9
TRAMONTI	Via Municipio- Fraz. Polvica	10
CONCA DEI MARINI	Via Roma,35	11
RAVELLO	Via Civita 40	12
MERCATO SAN SEVERINO	Via P.Giovanni Xxiii	13
PONTECAGNANO FAIANO	Via R. Sanzio	14
BELLIZZI	Via Roma	15
GIFFONI VALLE PIANA	Via Pistilli	16
OLEVANO SUL TUSCIANO	Via Risorgimento	17
GIFFONI SEI CASALI	Via Capocasale	18
SAN CIPRIANO PICENTINO	Via Vicenza-Filetta	19
MONTECORVINO ROVELLA	Via Campania	20
ACERNO	Via Fosso Di Cinzio	21
BATTIPAGLIA	Via Fiorignano	22
SALA CONSILINA	Via Gramsci	23
PADULA	Via Nazionale	24
ROCCADASPIDE	Via. G. Marconi ,34	25
LAURITO	Corso Garibaldi 1	26
OMIGNANO	Via Nazionale	27
VALLO DELLA LUCANIA	Via Mattia De Laurentis 32	28
POLLICA	V S. Giuseppe Acciaroli	29
AGROPOLI	Via Marrota	30
EBOLI	Via Bruno Buozzi	31
SAPRI	Via Verdi	32
TORRE ORSAIA	Costa Carrara	33
CENTOLA	Loc. S. Agata Palinuro	34
CAPACCIO	Via Italia 61 Pal.Quadrifoglio	35
CAMPAGNA	C.Da San Leo	36
BUCCINO	Uomi -Dsa-C/O Centro Sindacale	37
CETARA	Via Garibaldi	38
NOCERA INFERIORE	Via S. Giordano,7	39

Pertanto in Regione Campania sono attivi n.153 consultori familiari divisi tra primari e secondari per un bacino di utenza pari a 5,839 milioni di persone: la “cultura territoriale” dell’offerta attiva di prestazioni sanitarie, il poter avere sempre “una porta aperta” a favore dei bisogni del cittadino, ha sempre costituito un punto prioritario sul quale si è basata gran parte della programmazione sanitaria, oltre a rappresentare un terreno fertile da tenere presente per qualsivoglia azione, principalmente innovativa, da intraprendere. L'attuale offerta assistenziale dei consultori familiari nell'ambito della Regione Campania può essere così descritta:

- Accoglienza: In tutti i consultori viene fornita una consulenza di indirizzo alle attività assistenziali, una mediazione culturale e la consegna di tutte le informazioni
- Certificazioni: Gravidanza a rischio (art. 15 legge 151/2001); flessibilità (ex art. 20 L 151/2001); Astensione obbligatoria; Bonus bebè – legge bilancio 2019

- **Promozione della salute:** in raccordo con l'Unità operativa Promozione della Salute, l'equipe dedicata, attraverso incontri/colloqui periodici (di gruppo o individuali) diffonde buone pratiche di salute in tema di: alimentazione, fumo, alcool, sostanze stupefacenti, ecc.
- **Percorsi di integrazione:** L'utente viene indirizzato ai percorsi di supporto consultoriali e ove non sia possibile attuare il percorso nel consultorio anche presso Ambulatori ASL Presidi Ospedalieri e/o i centri specialistici convenzionati per le attività inerenti a: Percorso Nascita, Percorso Gravidanza a rischio, Percorso DPP, Percorso IVG, Percorso GOM, Percorso Ginecologico specialistico
- **Consulenza ginecologica:** attività riconducibili al "Percorso Donna" con una particolare attenzione all'offerta attiva e gratuita per gli screening oncologici: Consulenza, Visita ginecologica, Visita senologica, Tampone vaginale, Screening (pap test), Ricerca HPV DNA, Colposcopia e biopsia, Ecografie, Contraccezione, Diagnosi infertilità/sterilità
- **Percorso nascita:** dalla fase pre-natale al post partum ivi incluse le informazioni sulle vaccinazioni obbligatorie neonatali da eseguire- Consulenza, Visita pre-concezionale, Pap test, Visita ostetrica, Prescrizioni acido folico, Vaccinazioni pre gravidanza, Ecografie, Inquadramento gravidanza a rischio, Esami strumentali, Individuazione precoce e sostegno nella sindrome depressiva post-partum, Supporto psicologico alla gestante e alla coppia
- **Percorso IVG:** Consulenza, Colloqui sociali/psicologici, Certificazione art. 6 legge 194/78, Prenotazione e follow-up IVG
- **Consulenza psicologica:** Consulenza, Colloqui sociali/psicologici individuali, di coppia e/o di gruppo. Sostegno psicologico nella sindrome depressiva post-partum, Valutazioni psicologiche per idoneità affido o adozione, Individuazione e presa in carico dei soggetti vittime di maltrattamenti e/o abusi
- **Percorso menopausa:** Visite Ginecologiche, Monitoraggio prevenzione (MOC, screening mammografico e Pap Test ecc.), Consulenza (ortopedica, cardiologica, metabolica ecc..)
- **Adolescenti:** Consulenza psicologica/spazio ascolto, Maltrattamento e abuso, Contraccezione, Percorso IVG dedicato alle minorenni, Educazione alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, Disturbi dell'alimentazione, Disturbi dell'identità di genere
- **Area tutela salute bambino:** Consulenza, Colloqui con genitori, Visite prevaccinali, Monitoraggio dei bilanci di salute effettuati dai PLS, Individuazione precoce di situazioni a rischio e/o disagio sociale, Individuazione precoce e presa in carico per abusi e maltrattamenti

La Regione prevede nel prossimo triennio di potenziare l'attività della rete Consultoriale mediante l'aumento del numero dei consultori primari, per singola ASL, che estendono l'orario di apertura al pubblico nei pomeriggi dei giorni feriali e la mattina del giorno prefestivo (sabato) e informatizzando tutte le attività

consultoriali su piattaforma regionale con monitoraggio semestrale di quelle previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

Tutte le attività erogate saranno monitorate e certificate tramite una piattaforma unica Regionale condivisa con tutte le ASL campane (SINFONIA) e già vengono svolte nel rispetto delle vigenti normative sulla privacy.

Il Consultorio vive la sua completezza ed offre la propria complessità assistenziale soltanto se all'interno di una più compiuta organizzazione che è rappresentata dalla Rete Materno-Infantile, compiutamente descritta nel suo modello e nei suoi obiettivi, nel Capitolo dei percorsi di cura integrati.

c. Percorso Nascita

Nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita, il Progetto Obiettivo Materno Infantile identifica quali prioritari gli obiettivi di:

- Umanizzare il percorso nascita, attraverso la promozione dei corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, la promozione del rooming-in e l'assistenza in puerperio.
- Favorire l'avvicinamento e contatto puerpera-neonato (anche patologico), attraverso il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica ed area pediatrico-neonatologica.
- Realizzare dimissioni protette e dimissioni precoci attraverso l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera, territoriale e sociale, per il rientro a domicilio della madre e del bambino.
- Promuovere l'inizio ed il mantenimento dell'allattamento al seno, attraverso specifiche informazioni nei corsi pre-parto, un'attenzione dedicata subito dopo la nascita ed il sostegno continuativo da parte dai servizi territoriali offerti dalle ostetriche e dai Pediatri di Famiglia.

d. 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. E' 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 sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Pur essendo previsti in molte realtà non sempre questi sono stati attivati o vengono spesso sotto utilizzati, anche per scarsa informazione.

La Regione Campania nel triennio 2019-2021 allo scopo di migliorare il percorso prenatale intende:

- aumentare progressivamente il numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN);
- Emanare linee di indirizzo regionali per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne;
- Attivare il servizio regionale per la tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'accesso alla diagnostica prenatale specifica del primo trimestre
- Aumentare il numero di donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP con relativa riduzione attesa dei casi di Pertosse nel primo anno di vita;
- Riduzione delle sepsi precoci da SBEGB attraverso linee di indirizzo regionali per il monitoraggio delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB).

e. La tutela della nascita

Un piano moderno per la salute del neonato e della sua famiglia non può non associare la sicurezza e la qualità delle cure, all'esigenza di rivedere il percorso nascita in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto ed al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione neonato-madre-famiglia.

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 inappropriata assistenza sanitaria. Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, la Regione Campania intende rafforzare il 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.

La Regione intende migliorare l'integrazione territorio 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 che contribuiranno ad un'ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

I seguenti punti rappresentano i passaggi territoriali più significativi di questo percorso:

- Corsi di preparazione alla nascita (fase prenatale)
- Promozione dell'allattamento al seno
- Continuità assistenziale post-dimissione

Si ritiene che il livello più idoneo per l'attuazione di tale percorso sia rappresentato da un'equipe "Tutela della nascita" a valenza Distrettuale, che coordini le iniziative tese al raggiungimento dei punti di cui sopra ed in particolare:

- il raccordo tra ospedale e territorio,
- la integrazione tra le varie professionalità,
- la continuità del percorso.

L'equipe Tutela della Nascita a sede consultoriale avrà la funzione di verificare il raggiungimento degli obiettivi fissati, in armonia con le disposizioni maturate in sede di dipartimento materno infantile aziendale e con gli indirizzi regionali riportati nel presente documento.

Essa, coordinata da un Pediatra territoriale comprende le seguenti figure: pediatra territoriale e ospedaliero, PLS, ginecologo, ostetrica, NPI, Ass. sociale.

Le azioni di riorganizzazione previste:

- attivazione sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato individuando una scheda tecnica informatizzata dedicata alla gravida e al nascituro.
- diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e corsi per l'implementazione della pratica dell'allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la diagnosi precoce e il trattamento della depressione post-partum.
- Emanazione direttive regionali per l'omogeneità dei percorsi, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare e istituzione di specifici gruppi di lavoro
- Realizzazione delle azioni previste dal Piano di prevenzione regionale Programma C
- Favorire dimissioni protette, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio in regime di Home visiting. Le visite domiciliari garantiscono la sicurezza del neonato e la serenità della famiglia, consentono una migliore assistenza al puerperio ed al neonato tenendo conto della volontà e delle esigenze della madre, nonché di situazioni personali particolari. Si intende adottare il termine di dimissione protetta concordata ed appropriata, intendendo come momento consigliato le 72 ore. La Regione emanerà apposite Linee di indirizzo per l'applicazione operativa della dimissione.
- Adottare il Libretto multilingue della gravidanza parto e puerperio.

- Predisporre specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA Percorso Nascita Territorio-Ospedale-Territorio; PTDA su disordini ipertensivi in gravidanza e situazioni di pericolo per la puerpera e il nascituro. (Near Miss)
- Adottare la Carta dei servizi delle attività consultoriali per il Percorso Nascita

f. I Primi 1000 giorni di vita e la presa in carico

Il futuro della salute di un bambino si costruisce nei "primi 1000 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.

Le azioni sono rivolte ai seguenti obiettivi:

- 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, socio relazionale, sensoriale, 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, famiglie monoparentali
- 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;
- Informatizzare i bilanci di salute compilati da parte del PLS
- Promuovere e sostenere i programmi di vaccinazioni attraverso il miglioramento delle competenze genitoriali.

g. 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

È da considerare centrale l'assistenza adolescenziale accanto a quella pediatrica: la transizione ai servizi per adulti può 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.

7 L'Area dell'assistenza sociosanitaria

Essa ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e Servizi di Psicologia Clinica.

Essi sono sotto la responsabilità organizzativa e gestionale del Servizio per l'Assistenza e il Coordinamento Sociosanitario presente in ogni Distretto. I Servizi distrettuali fanno riferimento all'Area di coordinamento sociosanitario centrale.

a. Assistenza sociosanitaria alla disabilità

La legge 104/92 ha segnato l'avvio del passaggio da una visione della disabilità come menomazione a quella di svantaggio sociale susseguente alla menomazione (successivamente intesa come il risultato dell'interazione fra la salute dell'individuo e fattori legati al contesto), introducendo un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona e non solo la valutazione della menomazione e promuovendo l'attivazione di servizi ed interventi territoriali finalizzati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle disabilità, alla riabilitazione, all'integrazione scolastica e formativa, all'integrazione sociale in contesto lavorativo, alla promozione degli interventi finalizzati a favorire l'accessibilità, la vita di relazione e la partecipazione attiva alla vita sociale.

La normativa e gli atti di indirizzo adottati dalla Regione Campania relativamente ai livelli essenziali di assistenza definiti con DPCM 29/11/2001 hanno contribuito alla diffusione dei principi della legge 104/92, promuovendo la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare, al fine di rispondere in maniera coordinata alla pluralità di bisogni specifici riferita alla globalità e complessità della persona.

Tuttavia l'organizzazione distrettuale registra ancora una forte settorializzazione che non consente di garantire una risposta adeguata e integrata. L'organizzazione distrettuale è generalmente articolata in funzione della specifica risposta assistenziale, riabilitativa da un lato e sociosanitaria integrata dall'altro, e non di interventi integrati a seguito di una valutazione globale del bisogno della persona. La presa in carico della persona con disabilità risente, quindi, della mancanza di un sistematico approccio multidimensionale e multidisciplinare e per percorsi, determinato anche dalla mancanza di figure professionali specifiche; essa si traduce, generalmente, unicamente nella prescrizione, da parte di un singolo "specialista prescrittore" o nel migliore dei casi da parte di una UVBR, di prestazioni riabilitative e/o di assistenza protesica e di un'autorizzazione alla erogazione/fornitura delle prestazioni, ovvero di una autorizzazione all'ingresso in RSA o in Centro Diurno a seguito della valutazione in UVI, al di fuori di un progetto di intervento globale.

Una rilevante criticità del sistema è rappresentata, inoltre, dallo scollamento tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti ed i servizi distrettuali, per cui l'individuazione e valutazione del bisogno assistenziale-

riabilitativo è generalmente disgiunta dal ricovero e dalla dimissione ospedaliera, spesso con una presa in carico riabilitativa territoriale tardiva.

La Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità, ratificata con la legge n. 18 del 3 marzo 2009, definisce persone con disabilità “coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”.

Tale definizione rappresenta il superamento di una visione della disabilità come malattia e l’affermarsi di una concezione della stessa come la risultante di una interazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali.

Il sistema sanitario deve tener conto di questa relazione per implementare servizi di diagnosi e di presa in carico idonei a garantire la valutazione delle molteplici variabili (aspetti psicologici, sociali, familiari) in grado di influenzare l’evoluzione della malattia in modo da individuare ed attivare tempestivamente tutti gli interventi utili a favorire lo sviluppo ed il raggiungimento del più alto livello possibile di autonomia e di partecipazione della persona con disabilità in tutti gli ambiti della vita.

L’obiettivo è il superamento del tradizionale schema prescrittivo di singole prestazioni sanitarie da parte del singolo medico e la realizzazione di processi di presa in carico globale, basati sull’approccio bio-psico-sociale, volti all’individuazione di strategie, interventi ed obiettivi condivisi, finalizzati alla valorizzazione delle capacità e delle potenzialità della persona per migliorare l’inclusione nel contesto di vita e favorire l’integrazione nell’ambito scolastico e lavorativo.

Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili, l’art. 14 della L. 328/2000 prevede la definizione di un progetto individuale che “comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a carico del comune, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione sociale e di povertà”.

Per le disabilità complesse l’art. 27 del DPCM 12/1/2017 prevede, nell’ambito dell’assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, 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.

L’assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

L’art. 34 del citato DPCM definisce, invece, i trattamenti di riabilitazione intensiva, estensiva e socioriabilitativi di recupero e mantenimento che il SSN garantisce, nell’ambito dell’assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale alle persone con disabilità, caratterizzato da forte integrazione/interazione funzionale con altri livelli, servizi ed ambiti per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, deve prevedere il potenziamento di forme di lavoro multidisciplinare al fine di valutare e prendere in carico in modo appropriato i diversi bisogni diagnostico terapeutici, assistenziali, riabilitativi e socio riabilitativi delle persone con disabilità e garantire accessibilità, tempestività degli interventi, continuità delle cure, coinvolgimento attivo della persona, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico. Il modello organizzativo e di processo lavorativo adottato è volto a garantire la presa in carico e al superamento della prescrizione della sola prestazione riabilitativa, e talvolta protesica, al di fuori di un PAI-PRI.

Pertanto i servizi per la disabilità devono essere inseriti nell'ambito delle articolazioni distrettuali responsabili dell'Assistenza Sociosanitaria; l'accesso ad essi e a tutte le diverse prestazioni erogabili è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su sua segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto; i servizi per la disabilità adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM-UVBR), redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile, committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

Il PAI-PRI deve contenere anche l'indicazione dei dispositivi protesici necessari nello specifico caso, in considerazione degli obiettivi riabilitativi e di inserimento sociale, educativo e lavorativo. Come indicato all'art. 1, comma 3, allegato 12 del DPCM 12.1.2017, il PAI-PRI deve riportare:

- indicazione della patologia o della lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità;
- diagnosi funzionale con le specifiche menomazioni o disabilità;
- descrizione del programma di trattamento, con indicazione degli esiti attesi in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine;
- tipologia di dispositivo, adattamenti e/o personalizzazioni eventualmente necessari, modi e tempi d'uso del dispositivo, eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, possibili controindicazioni e limiti di utilizzo;
- indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi. Il medico specialista e l'equipe sono responsabili della conduzione del piano e della verifica periodica dei risultati attesi, indicati nel piano stesso.

In ogni Distretto di base deve essere organizzato, nell'ambito del Servizio Assistenza Sociosanitaria, un servizio per la Disabilità per adulti e per minori (questi ultimi esclusivamente con disabilità neuromotorie di competenza della medicina fisica e riabilitativa mentre quelli con disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici sono presi in carico dai Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo) che svolge le seguenti funzioni:

- valutazione diagnostica multidisciplinare
- valutazione dei bisogni abilitativi e riabilitativi, di assistenza protesica ed integrativa della persona, per la definizione, attuazione e verifica del progetto individuale e dei programmi terapeutici e riabilitativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale;
- partecipazione alla valutazione integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari e per l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale e Riabilitativo, comprensivo di assistenza protesica ed integrativa
- gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;
- interventi di abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita
- interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- gruppi di sostegno;
- interventi sulla rete sociale formale e informale;
- consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- collaborazione con i medici di medicina generale
- collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche/universitarie per l'inserimento e l'integrazione della persona in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo
- raccordo con i Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo per le disabilità dell'età evolutiva per garantire la continuità dei percorsi di cura, assistenziali, abilitativi e riabilitativi al compimento della maggiore età delle persone, prevedendo attività integrate per la transizione;
- raccordo con i servizi sociali affinché l'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse sia integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione
- attuazione dei percorsi assistenziali/riabilitativi avviati in fase ospedaliera con interventi necessari ad assicurare in maniera coordinata la continuità di cura;

- attività di orientamento e informazioni su temi riguardanti la disabilità (servizi, documentazione, agevolazioni ecc.).

Il servizio distrettuale per la disabilità svolge stabilmente le proprie funzioni attraverso l'equipe multi professionale integrata, che interviene nella valutazione del bisogno Multidimensionale e multidisciplinare e del Bisogno riabilitativo, nella predisposizione, nell'attuazione e monitoraggio del PAI-PRI; esso prevede la presenza di:

- Medico specialista patologia prevalente
- Medico specialista in riabilitazione
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Psicologo
- Psicoterapeuta
- Assistente sociale

L'equipe garantisce l'approccio integrato multidisciplinare e multidimensionale e il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia nella individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo più appropriato e nella elaborazione del progetto di presa in carico globale, modulato a partire dai bisogni e dalle aspettative della persona con disabilità e della sua famiglia, che dinamicamente viene implementato e riformulato in relazione al ciclo vitale, alle opportunità e alle risorse disponibili. Il progetto individuale individua il Responsabile del caso e l'equipe di professionisti coinvolti nel caso, che ha anche la funzione di monitorare l'intero percorso assistenziale e garantire il collegamento con gli altri servizi coinvolti.

Lo strumento utilizzato per la valutazione multidimensionale è la SVAMDI Campania, in cui sono contenuti e sistematizzati i risultati di una serie di strumenti di rilevazione del bisogno della persona con disabilità che ciascun professionista utilizza.

L'equipe multi professionale può individuare ulteriori strumenti o procedure valutative e diagnostiche ad integrazione della SVAMDI, qualora opportuno o necessario per una completa comprensione, valutazione e monitoraggio del caso.

La valutazione multidimensionale è effettuata congiuntamente al Comune di residenza della persona quando è previsto l'accesso ad uno dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare integrata
- accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale sociosanitaria;
- accesso ai servizi sociosanitari diurni.

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni. I servizi per la disabilità stabiliscono tra l'altro, nell'ambito del PAI-PRI e all'esito della valutazione multidisciplinare e multidimensionale, l'accesso ai servizi di riabilitazione per disabilità complesse nei diversi setting, ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché ai trattamenti residenziali e semiresidenziali sociosanitari (RSA e Centri diurni per adulti con disabilità fisica, psichica e sensoriale). Non sarà più possibile l'accesso alle prestazioni riabilitative con la sola prescrizione del singolo medico specialista, e al di fuori dei PAI-PRI.

In raccordo con il coordinamento sociosanitario i servizi distrettuali definiscono le modalità e procedure di collegamento funzionale e strutturale con i presidi ospedalieri e le unità di cura extraospedaliere deputate alla presa in carico.

Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 (DCA 14/2017 e DCA 99/2018 e smi) per l'area della disabilità, è stata prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, coerente con il DPCM del 12/01/2017, 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 era 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 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

In particolare, l'offerta residenziale e semiresidenziale deve garantire l'erogazione dei trattamenti riabilitativi definiti all'art. 34 del DPCM 12/1/2017, così articolati:

- a. trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili;
- b. trattamenti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale;
- c. trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Con il DCA 97/2018 è stata aggiornata la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue (RD3), che corrisponde al punto c) e a quelle che erano già denominate RSA per disabili. Sono state,

quindi, avviate le procedure amministrative per il rinnovo degli accreditamenti sulla base dei nuovi requisiti previsti dalla suddetta disciplina.

È 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 ed estensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungono e in parte riquaificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26". Parallelamente è in fase di conclusione il complesso processo di riconversione di oltre 1500 posti letto di riabilitazione estensiva cosiddetta "ex art. 26", in altri setting territoriali, prioritariamente e prevalentemente RSA e Centri diurni per Disabili, ma anche altri setting carenti, in modo da diversificare l'offerta territoriale e poter modulare i percorsi assistenziali tra diversi livelli di intensità di cura e per fasi diverse delle patologie.

b. Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti

“La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le “normali azioni della vita quotidiana” ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale e relazionali.”

La “non autosufficienza” è una condizione derivante da patologie o invalidità, temporanea o permanente, patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, riducendo e limitando la capacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze. La eterogeneità delle condizioni all'origine della non autosufficienza, e quindi la difficoltà a individuare la popolazione di riferimento, determina che anche la programmazione nazionale e regionale è commisurata alla popolazione anziana, che prevalentemente è caratterizzata da condizioni di non autosufficienza.

L'area della non autosufficienza può essere definita anche area della cura a lungo termine o area della continuità assistenziale, è un'area organizzativa che mette in rete i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per favorire la risposta tempestiva e continuativa ai bisogni delle persone non autosufficienti che necessitano di intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione.

Il nuovo modello organizzativo omogeneo adottato colloca chiaramente nel Distretto sanitario, nell'ambito del Servizio di coordinamento e assistenza sociosanitaria, uno specifico servizio o funzione multidisciplinare stabile per la presa in carico della non autosufficienza.

Esso è composto almeno da un geriatra o medico internista, e infermieri, assistenti amministrativi, e assicura il raccordo con gli altri servizi o aree afferenti all'area sociosanitaria.

Inoltre pianifica e programma la rete dei servizi per la non autosufficienza, partecipando alle fasi di programmazione, definendo le diverse procedure per la presa in carico in regime di continuità assistenziale

tra i diversi livelli di assistenza e i servizi territoriali ed ospedalieri. In raccordo con il coordinamento sociosanitario definisce le modalità e procedure di collegamento funzionale e strutturale con i presidi ospedalieri e le unità di cura extraospedaliere deputate alla presa in carico.

Partecipa alla definizione dei criteri di accesso alla rete dei servizi per non autosufficienti e definisce i criteri di priorità, curando anche le liste di attesa e disponibilità per l'assistenza ambulatoriale, per l'accesso ai servizi per la non autosufficienza e a tutte le diverse prestazioni erogabili.

L'accesso ai servizi per la non autosufficienza è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su sua segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto ed avviene previa valutazione delle condizioni cliniche funzionali e del bisogno effettuato con gli strumenti di valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

I servizi per la non autosufficienza contribuiscono e prendono parte alla UVMM e alla predisposizione dei PAI, predispongono i progetti esecutivi, prendono in carico il paziente non autosufficiente, curano l'invio alle strutture RSA e Centri Diurni, sono responsabili dei casi e quindi verificano e liquidano le prestazioni residenziali e semiresidenziali assicurate dal privato accreditato; erogano direttamente le prestazioni possibili, organizzano la risposta integrata, attivando tutti i servizi distrettuali necessari alla realizzazione del PAI (visite specialistiche, protesica e ausili, farmaci); garantisce la continuità della presa in carico da e per gli ospedali, anche con procedure e schede di dimissioni protette.

Lo strumento utilizzato di norma per la valutazione multidimensionale della non autosufficienza è la SVAMA Campania, in cui sono contenuti e sistematizzati alcune scale e strumenti di rilevazione del bisogno e delle condizioni clinico infermieristiche della persona anziana e non autosufficiente, che ciascun professionista utilizza. Tuttavia per la rilevazione di particolari condizioni cliniche o per l'invio a setting specifici di assistenza la S.Va.M.A. non è sensibile e pertanto è richiesto l'utilizzo di ulteriori strumenti o l'integrazione con altre scale, per le quali si rinvia agli atti di indirizzo specifici.

L'equipe multiprofessionale infatti può individuare e mettere a punto ulteriori strumenti o procedure valutative e diagnostiche ad integrazione della SVAMA, qualora opportuno o necessario per una completa comprensione, valutazione e monitoraggio del caso.

Un esempio è la valutazione multidimensionale dei soggetti affetti da demenza o disturbi cognitivi per i quali ci sono atti dedicati

I servizi per la non autosufficienza adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM), strumenti e schemi per la redazione unitaria del PAI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile, committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato. Il PAI deve sempre contenere anche l'indicazione dei dispositivi protesici necessari nello specifico caso, in considerazione degli obiettivi assistenziali

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni.

Per le persone non autosufficienti non esiste un modello univoco di servizi ma un'offerta di servizi e prestazioni che deve essere definita in relazione allo stato, al momento, alla condizione e che deve essere adeguato nei diversi momenti della patologia o dell'evoluzione delle sue condizioni.

Per la non autosufficienza, il D.P.C.M. del 12.1.2017 declina il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale con l'articolo 30, non distinguendo l'offerta per l'età adulta da quella per gli anziani, né ponendo distinguo relativi alle patologie o cause che determinano la non autosufficienza. L'offerta è infatti declinata in relazione alla tipologia di trattamenti e alla tipologia di assistenza di cui necessitano i soggetti non autosufficienti.

Già con i programmi operativi 2016-2018 della Campania questo orientamento nazionale è stato recepito e si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la articolazione più puntuale dei fabbisogni per ciascun setting assistenziale e per intensità di cura, e avviando azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattone e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Nei citati Programmi Operativi per l'Area Adulti e anziani non autosufficienti l'offerta assistenziale residenziale programmata è così articolata:

- “Unità di cure residenziali intensive” (R1) per assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- “Unità di Cure Residenziali Estensive” (R2) per assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- “Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento” (R3) per assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento;
- “Unità di cure residenziali per demenze” (R2D) per assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze;

In relazione a tale ridefinizione, gli atti regionali hanno modificato ed integrato i dispositivi normativi preesistenti nell'ottica della riqualificazione dell'offerta e della definizione della continuità assistenziale. Gradualmente si sta definendo la rete della non autosufficienza, ponendo particolare attenzione alle procedure di presa in carico e di accesso alla rete dei servizi territoriali.

Con i DCA nn. 79/2017 e 97/2018 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.

E' stata adottata la disciplina per requisiti e utenza per la tipologia di struttura R2D specifica per le Demenze nelle fasi di significativi disturbi comportamentali.

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

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, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata.

Infine con il DCA 74/2019 ad integrazione del DCA 97/2018 sono stati disciplinati i requisiti, criteri e procedure di accesso e tariffe anche per le "Unità di cura residenziale R2".

Complessivamente l'intervento nell'area della non autosufficienza per il triennio tende ad un incremento numerico della disponibilità di posti letto per i setting più carenti (R1, 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 e della non autosufficienza quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa. E' previsto pertanto per le dimissioni protette l'utilizzo dei setting R3, in analogia con le cure domiciliari, per garantire la continuità dei percorsi di cura da e per l'ospedale, anche al fine di ridurre le ospedalizzazioni improprie o la loro durata, con costi a carico del SSR per un limitatissimo periodo temporale non superiore a 30 giorni in vista del rientro al domicilio. Ciò anche in vista della effettiva attivazione dell'offerta R2 che completerà i setting necessari per la gestione dei pazienti in transito da e per gli ospedali.

Per quanto attiene alla rete dei servizi per i cittadini affetti da demenza e disturbi cognitivi, nell'ambito dei Servizi aziendali per le non autosufficienze, devono trovare spazio i Centri disturbi cognitivi e demenze che a livello distrettuale o sovradistrettuale governano la rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi e come definito dal DCA 52/2015 sono i referenti e responsabili della presa in carico dei soggetti affetti da tale patologia. Ai centri di disturbi cognitivi e demenze fanno operativamente capo i servizi territoriali per le demenze, anzi alcuni dei servizi sono contenuti all'interno dei CDCD.

I CDCD devono essere dotati di personale specifico, di un'equipe minima così composta:

- Geriatra
- Neurologo,
- Psichiatra/consulenza
- Psicologo con competenza in psicologia cognitiva
- Assistente sociale
- Infermiere

Il numero delle figure professionali varierà in relazione al bacino di utenza. Ogni azienda sanitaria locale dovrà:

- attivare CDCD completo con ambulatorio di riabilitazione cognitiva aziendale – definire piani di adeguamento per le strutture pubbliche riqualificate in unità di cura R3/ R2D/RD3 ai sensi del dca 97/2018
- approvare procedure per presa in carico dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e demenze e MILD cognitive imparimente, procedure per la presa in carico e continuità delle cure tra i diversi setting ospedalieri e territoriali e procedure di dimissioni pianificate - applicare il PDTA specifico.

c. Assistenza sociosanitaria a Malati Terminali e Cure Palliative

Le Cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, sono garantite dal servizio sanitario nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono caratterizzate spesso da complessità e intensità elevata, e sono costituite di diverse prestazioni previste in un unico programma di assistenza integrato. L'obiettivo delle Cure palliative è garantire adeguata e qualificata assistenza e qualità della vita anche nelle fasi della patologia in cui non sia possibile la cura, al di fuori del contesto ospedaliero. In tal senso anche il ricovero in Hospice non è inteso quale ricovero soltanto negli ultimi giorni di vita, ma permanenza anche prolungata per garantire adeguata assistenza al malato e sollievo alla famiglia da un carico di cura non adeguatamente gestibile al domicilio.

Le norme nazionali e regionali di riferimento sono: il d.m. 43/2007; L. n. 38/2010; Intesa Stato Regioni del 15/7/2012; DCA n. 4/2011 e 128/2012. Inoltre si deve far riferimento al DPCM 12/1/2017 – Aggiornamento LEA, artt. 23 e 31, DCA n. 1/2013 per le cure Domiciliari in generale e palliative, DCA n. 72/2017 per l'accreditamento degli hospice.

Recenti dati diffusi dall'American Cancer Society indicano che dal 2030 ogni anno vi saranno nel mondo oltre 20 milioni di nuovi casi di tumore con quasi il 13 % di decessi; dai dati ISTAT 2011 si rileva che il tasso di mortalità per neoplasie in Campania è di 26,7 decessi ogni 10.000 abitanti contro un valore nazionale pari a 25,6; si stima, inoltre, che il numero complessivo di pazienti non oncologici che necessitano di interventi di cure palliative corrisponde al numero di pazienti deceduti per tumore/anno. Per quanto attiene al paziente in età pediatrica, gli studi evidenziano: una mortalità pari a 0,8 – 1/10.000 minori che necessitano di cure palliative pediatriche con età 0 – 17 anni / anno / regione; una stima della prevalenza di minori con necessità di cure palliative pediatriche pari a 10 volte la mortalità e, pertanto, corrispondente a 10 / 10.000 minori 0 – 17 anni.

Secondo l'insieme di queste normative, devono essere definite la Rete regionale e le Reti aziendali delle Cure Palliative, che devono ricomprendere i livelli ospedalieri, il raccordo con la Rete Oncologica, le strutture residenziali Hospice, le Cure domiciliari palliative, divise in domiciliari di base e specialistiche. Le Reti aziendali devono essere gestite attraverso un Coordinamento delle Cure Palliative.

La rete delle cure palliative, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, in particolare i DCA 4/2011 e 128/2012 che stabiliscono le modalità di accesso, i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative, è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, essa è composta come segue :

M.M.G. - MCA; ambulatori; equipe distrettuali di cure palliative; day hospice; strutture residenziali hospice; presidi ospedalieri; AA.OO.RR.NN; organizzazioni non-profit.

Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura, attraverso programmi individualizzati integrati.

Devono essere costituiti in tutte le Aziende i Coordinamenti di Cure palliative, Area di Coordinamento centrale presso la Direzione sanitaria, che devono coordinare tutte le Unità di Cure Palliative distrettuali, nonché garantire il raccordo con i presidi ospedalieri aziendali e gli ambulatori facenti parte della rete. La Regione, nell'ambito della programmazione degli Obiettivi di Piano sanitario, ha già programmato e sostenuto il rafforzamento, organizzazione e qualificazione del sistema delle cure palliative, destinando risorse e fissando obiettivi per le aziende sanitarie e per gli Hub regionali, AORN Pascale e Santobono.

Il Coordinamento centrale della rete aziendale garantisce unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza. Definisce protocolli di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliere e non che insistono sul territorio aziendale e regionale e trasmettono periodicamente l'elenco/carta dei servizi domiciliari alle strutture che dimettono. Programma e monitora la spesa per il privato accreditato e per i servizi in out sourcing. Cura per la direzione sanitaria e strategica i rapporti interistituzionali con gli altri nodi della Rete regionale delle cure palliative, e per le programmazioni aziendali. Cura e garantisce l'alimentazione corretta e completa dei flussi informativi sia aziendali che regionali.

Nel modello regionale le cure palliative domiciliari sono governate dalla UCP, unità di cure Palliative domiciliari alla quale fa capo, come definito dal d.p.c.m. del 12.1.2017 sia il livello domiciliari che l'erogazione di cure palliative per soggetti ospiti in RSA-Unità di cura residenziali extraospedalieri di cui all'art. 30 del d.p.cm. Citato. L'assistenza per le cure palliative è organizzata per ogni distretto, o con bacino d'utenza sovra distrettuale, una Unità di Cure Palliative. Per le aziende con presidi ospedalieri, come previsto dall'Intesa Stato regioni del 15/7/2012, l'unità di cure palliative può essere collocata nel P.O. di riferimento con l'annesso ambulatorio o se previsto in altre strutture pubbliche della rete di cure palliative attivate sul territorio. Ciò consente un continuum assistenziale per le cure palliative. Esse si raccordano con MMG/PLS esperti individuati nelle AFT

Il ruolo del MMG e PLS nell'erogazione delle cure palliative soprattutto di natura domiciliare è fondamentale, e per questo motivo si deve prevedere, come già definito nel Patto per la salute, nell'ambito

delle UCCP e AFT che i MMG e PLS abbiano formazione e competenza in cure palliative e terapia del dolore.

Le Unità di Cure Palliative distrettuali, possibilmente nell'ambito del Servizio di Assistenza socio-sanitaria, con una propria articolazione organizzativa specifica, sono costituite dalle équipe per le cure domiciliari palliative per adulti e minori, e hanno la responsabilità della gestione delle strutture residenziali Hospice pubbliche insistenti eventualmente nel Distretto, ovvero private accreditate di cui governano l'accesso e verificano l'andamento dei PAI dei pazienti in essi collocati, di cui sono responsabili. Le Unità di Cure Palliative distrettuali pertanto sono responsabili dell'attuazione del programma terapeutico-assistenziale, e della relativa spesa, e provvedono alla verifica per la liquidazione delle prestazioni rese da soggetti terzi. Erogano le prestazioni domiciliari palliative specialistiche. Si coordinano con le équipe distrettuali per le cure domiciliari degli altri livelli di intensità assistenziali, laddove il PAI preveda cure domiciliari di intensità inferiore.

La strutturazione di base dell'équipe multi professionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza; di tale struttura è parte integrante il medico di medicina generale. Con questa struttura di base delle équipe, collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute necessarie, anche di tipo amministrativo. In relazione al fabbisogno delle figure professionali specifiche e ai relativi standard le Aziende devono definire o aggiornare la programmazione di acquisizione delle risorse nell'ambito dei propri Piani aziendali del fabbisogno di personale, anche tenendo conto del DM 43/2007 che definisce gli standard per la appropriata e adeguata presa in carico degli utenti in cure palliative.

Per le cure palliative domiciliari, il Distretto attraverso l'Unità di Cure Palliative, sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e a seguito di Valutazione Multidimensionale e redazione del PAI, deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio necessarie al paziente, che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, di aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PHT e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, ausili e protesi, trattamento del dolore. Tutte le prestazioni sono previste nell'ambito del PAI e nel piano esecutivo: pertanto all'utente e al suo familiare arruolato in cure domiciliari a seguito di valutazione multidimensionale devono essere erogati e garantiti "di ufficio" senza ulteriori oneri di tipo amministrativo o diverse operazioni di valutazione cliniche. Quindi l'Unità di cure palliative curerà l'attuazione del PAI in tutte le sue declinazioni, curando anche l'attivazione coordinata di tutte le unità operative che devono garantire le diverse prestazioni necessarie e previste dal PAI. Le cure palliative domiciliari si articolano nei livelli base (erogate da medici e infermieri con competenze generali per il controllo dei sintomi e con CIA inferiore a 0,50) e specialistici (erogate da équipe multi professionali e multidisciplinari dedicate e con specifiche competenze, per malati con bisogni complessi, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, con CIA superiore a 0,50).

Le cure palliative domiciliari e residenziali richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Per tali aspetti vale quanto definito per le cure domiciliari integrate. Luogo privilegiato di intervento è costituito dall’abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative - Hospice che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l’ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti.

In attuazione del D.M. della salute del 04.06.2014, la Regione Campania ha recentemente approvato il decreto commissariale n.57/2016 per la certificazione dell’esperienza di cure palliative per i professionisti già impegnati cure palliative privi della specializzazione richiesta.

Sarà disciplinato e attivato nel triennio il setting di Day hospice, in modo da completare la rete assistenziale. Al fine di facilitare la presa in carico e la continuità dei percorsi assistenziali del cittadino con bisogno di cure palliative è stata di recente predisposta una scheda unica di presa in carico nell’ambito della rete ROC sia per la dimissione a domicilio sia per l’invio ai servizi territoriali distrettuali. Essa sarà a breve messa a disposizione sia della ROC che dei punti di presa in carico e assistenziali territoriali, attraverso una piattaforma informatica, che renderà omogeneo e tempestivo il passaggio del paziente dalla ROC alla Rete Cure palliative e da un punto all’altro di quest’ultima.

La rete di assistenza del paziente pediatrico

La legge 38/2010 all’art. 1 tutela “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore” ed individua tre reti di assistenza dedicate, rispettivamente, alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Secondo l’Intesa stato-regioni del 25 luglio u.s., la rete locale di terapia del dolore e cure palliative è unica e per rete locale s’intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative e terapia del dolore rivolte al minore erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale.

I soggetti e le strutture che assicurano la rete di assistenza ai pazienti in età pediatrica sono i seguenti : Pediatra di libera scelta; ambulatori; centri di riferimento; struttura ospedaliera-reparto pediatrico; assistenza domiciliare di base e specialistica (unità di Cure palliative Domiciliari); hospice pediatrico-centro residenziale di cure palliative per minori; servizi sociosanitari territoriali; servizio urgenza/emergenza; ambulatori; organizzazioni non profit. L’AORN Santobono–Pausilipon ha già attivato due posti letto dedicati utilizzando i fondi a destinazione vincolata erogati all’uopo dalla regione.

Elemento essenziale della rete è il Centro di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche individuato già nel Santobono –pausilipon che come definito dal decreto commissariale n.22/2015 è centro Hub per la terapia del dolore e già sede del primo Hospice pediatrico della Regione, con due posti letto dedicati e in fase di ampliamento.

Data la coincidenza delle due reti, e l'auspicata convergenza delle funzioni di hospice e di centro di riferimento per l'età pediatrica, come definito dalla normativa nazionale, l'AORN Santobono-Pausilipon dovrà pianificare le attività di Centro di riferimento compiutamente, e completare le funzioni di Hub regionale, secondo il programma già avviato con i fondi a destinazione vincolata.

d. Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari sono "percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"; sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.

Sono erogate sempre a seguito di valutazione clinico funzionale e a seguito di un piano formalizzato di assistenza che preveda tutte le prestazioni.

Le cure domiciliari sono classificate da ultimo dal d.p.cm. Del 12/01/2017 in relazione al coefficiente di intensità assistenziale, ovvero CIA, che misura la intensità e in maniera derivata la complessità del servizio erogato in relazione al bisogno espresso e rilevato. A tal proposito si vedano gli atti regionali di indirizzo: delibera di giunta regionale n.41/2011 e decreto commissariale 1/2013.

Pertanto le cure domiciliari si articolano in:

Assistenza Domiciliare Integrata						
Profilo di cura	Natura del bisogno	Coefficiente intensità assistenziale CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE	Durata media	Complessità Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fasCIA oraria 8-20)
Cure domiciliari prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale	Inferiore a 0,14	PUA-MMG	(Occasionali o cicliche programmate)	Medico Infermiere/ Professionisti della riabilitazione	5 giorni su 7 8 ore die
Cure domiciliari integrate di primo livello	Clinico funzionale soCIAle	da 0,14 a 0,30	PUA-UVM e definizione PAI	180 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico -medico specialista Operatore sociosanitario	5 giorni su 7 8 ore die
Cure domiciliari integrate di secondo livello	Clinico funzionale soCIAle	Fino a 0,50	PUA-UVM e definizione PAI	180 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico -medico specialista Operatore sociosanitario	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
Cure domiciliari integrate di terzo livello	Clinico funzionale soCIAle	Superiore a 0,50	PUA-UVM e definizione PAI	90 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico -medico specialista Operatore sociosanitario	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20

* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

** Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

*** Per "operatività del servizio" ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogato

Tabella 27 – Calcolo CIA

All'articolo 22, comma 1.a. sono definite ed introdotte le cure domiciliari di livello base che consistono in prestazioni professionali erogate in risposta a bisogno sanitari di bassa intensità e complessità ma di varia natura. Le prestazioni sono di natura medico, infermieristica e/o riabilitativa

Il medesimo D.P.C.M. , all'art. 22, punto 1 e successivamente ai 2.b ,2.c,2.d, definisce ed introduce le cure domiciliari integrate; sancisce la peculiarità delle cure domiciliari come una risposta non di per sé alternativa al ricovero ospedaliero o ad altre tipologie di servizi sanitari o sociosanitari e ne delinea la unitarietà nell'erogazione.

Una proposta di organizzazione funzionale al sistema delle cure domiciliari che tenga conto anche delle cure palliative, è definire a livello centrale una unità operativa di coordinamento di cure domiciliari e una unità operativa di cure palliative, meglio se complessa a livello distrettuale, nell'ambito del Servizio per il coordinamento e l'assistenza sociosanitaria. Per una migliore efficacia ed efficienza, laddove sostenibile, dovrebbero essere attivate uo di cure domiciliari per livello assistenziale: una uo di cure domiciliari di bassa intensità (cure domiciliari di tipo prestazionale, I, II livello) e una uo di cure domiciliari di alta intensità (cure domiciliari di terzo livello).

La U.O. distrettuale di cure domiciliari persegue i seguenti obiettivi:

- governo clinico della continuità di cura ospedale-territorio (Rete Long-Term-Care)
- appropriatezza dei percorsi di cura attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero;
- gestione dell'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico integrata dei malati fragili in condizioni di cronicità complesse, adottando protocolli e procedure condivisi con le Unità di offerta territoriali;
- formazione continua delle equipe professionali multidisciplinari nonché programmi di ricerca scientifica e di sperimentazione gestionale.

Le u.o. distrettuali gestiscono l'erogazione diretta di cure domiciliari geriatriche e riabilitative specialistiche e l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico integrata dei soggetti fragili in condizioni di cronicità; vigilano sulla corretta gestione ed erogazione dei PAI di cure domiciliari e monitorano l'andamento degli stessi, individuando in raccordo con la uo centrale di Cure domiciliari strumenti dedicati alla verifica dell'appropriatezza clinica e definendo percorsi per garantire a a livello distrettuale il raccordo tra tutti i servizi coinvolti.

Compito della u.o. distrettuale è gestire –se il servizio è erogato in forma diretta- le équipe di cure domiciliari o in alternativa individuare –se il servizio è gestito mediante soggetto terzo- modalità di verifica e vigilare sulla corretta erogazione delle prestazioni comprese nel PAI. In ogni caso spetta alla uo di cure domiciliari monitorare la qualità del servizio e predisporre attività di verifica e valutazione del servizio periodica.

E' fondamentale garantire il raccordo con le altre tipologie di prestazioni anche complesse erogate a domicilio quali la NA: nutrizione artificiale che nell'ambito dei percorsi di presa in carico domiciliare deve

essere considerata come un *unicum*, deve cioè rientrare nel PAI di cure domiciliari integrate, ivi compreso la terapia del dolore se richieste o ogni altra forma di assistenza, quali l'assistenza protesica e l'assistenza farmaceutica, come previsto dal DPCM. Del 12.1.2017, Capo IV assistenza sociosanitaria articoli 21 e 22. E' obbligo dell'azienda definire la carta dei servizi con le indicazioni circa tempi, modalità e percorsi delle cure domiciliari e fornire l'indicazione a livello distrettuale del referente del percorso di dimissione pianificata e programmata a domicilio.

L'azienda deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio, se necessarie al paziente, comprese l'erogazione di farmaci, ausili e protesi, NAD, prevedendole tutte nell'ambito del PAI: pertanto all'utente e al suo familiare arruolato in cure domiciliari a seguito di valutazione multidimensionale devono essere erogati e garantiti "di ufficio" senza ulteriori oneri di tipo amministrativo o diverse operazioni di valutazione cliniche tutto quanto previsto e definito nel PAI e nel piano esecutivo in sede di valutazione multidimensionale e in sede di rivalutazione se necessaria.

All'atto dell'arruolamento in cure domiciliari, sottoscritto il PAI a cura dell'utente stesso e/o del suo familiare o tutore all'utente non sarà richiesto l'espletamento di alcuna pratica per l'erogazione delle cure domiciliari e per la realizzazione del PAI, ovvero la U.O. individuata a livello distrettuale per la gestione ed erogazione delle cure domiciliari curerà l'attuazione del PAI in tutte le sue declinazioni, curando anche l'attivazione coordinata di tutte le unità operative che devono garantire le diverse prestazioni necessarie e previste dal PAI.

Nel caso di richiesta di consulenze medico specialistiche, previste dal PAI di cure domiciliari, le stesse vanno garantite nell'ambito del PAI mediante la prescrizione su ricetta bianca a cura del responsabile del caso di cure domiciliari, afferente alla U.O. distrettuale competente ovvero dal direttore della U.O. responsabile delle cure domiciliari distrettuale, che avrà cura di prenotare presso il CUP con codice U di priorità le visite richieste.

La strategia regionale in merito alle cure domiciliari integrate è quella di dare forte impulso alla attività di presa in carico precoce e di continuità assistenziale garantendo l'erogazione di prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa, medica, medico specialistica e di assistenza tutelare, con particolare riguardo per i livelli di minore intensità che vedono la regione Campania ancora al di sotto della performance prevista con il questionario LEA. Lo sviluppo delle cure domiciliari integrate definito con l'attribuzione di obiettivi incrementali di utenti in carico implica un incremento delle prestazioni e dei servizi erogati sia per qualificare i Piani di assistenza individualizzati già avviati, sia per raggiungere in modo tempestivo gli utenti non intercettati dal sistema. Occorre rafforzare i servizi e le funzioni distrettuali e territoriali dell'accesso e della valutazione clinico, funzionale, sanitaria e sociale.

Ciò richiede un dispiegamento di risorse professionali da distribuire ed allocare per funzioni e per intensità assistenziale con équipe multi professionali. Il rafforzamento e l'incremento delle cure domiciliari implica inevitabilmente che ogni ASL preveda un incremento di personale per le funzioni di presa in carico e per sostenere il sistema di accesso e valutazione, incrementando oltre alle figure di tipo medico ed

infermieristico dedicate alla funzione di valutazione, operatori dell'accoglienza, assistenti sociali ed amministrativi da indirizzare ad attività di accesso, cura ed istruttoria delle procedure di invio ai servizi, informatizzazione dei dati, attività di monitoraggio.

Fatto salvo i piani di reclutamento in atto, si definisce quale criterio di composizione dell'équipe minima di cure domiciliari quella di seguito specificata:

- infermiere,
- operatore sociosanitario
- psicologo
- medico specialista (fisiatra, geriatra, pneumologo, anestesista, neurologo, oncologo...)
- terapeuta della riabilitazione
- terapeuta occupazionale.

Relativamente alla partecipazione dei medici specialisti, l'azienda individua i professionisti nonché la quota oraria da destinare alle Cure Domiciliari.

Per poter programmare interventi di implementazione delle cure domiciliari di primo livello, si tenga presente che un infermiere può avere in carico non più di 10 pazienti in linea. Il medico tra i 10 e i 12 pazienti. La dotazione organica deve poi essere in grado di garantire i turni, le ferie etc.

e. L'Assistenza per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva

Sono già istituiti i Nuclei per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici, a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, con un bacino di popolazione non superiore ai 200.000 abitanti, tenendo conto delle condizioni geografiche e territoriali (aree disperse), con l'individuazione di sedi fisiche, riconoscibili e raggiungibili. Un'Area di Coordinamento centrale presso la Direzione Sanitaria aziendale, individuata tra i responsabili distrettuali dei Nuclei, coordina e garantisce unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici. Nelle ASL sono già costituiti alcuni Nuclei. Con il presente Piano si intende rafforzarne l'organizzazione e la loro funzione.

Il Nucleo distrettuale o pluri-distrettuale svolge le funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e Unità di valutazione integrata:

1. prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
2. Diagnosi clinica e funzionale;
3. presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva
4. valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici,

- abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, farmacologico, psicoterapeutico, di supporto alla famiglia; rapporti con le istituzioni scolastiche e giudiziarie minorili;
5. attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con l'unità di riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
 6. integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
 7. partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
 8. formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
 9. integrazione operativa con le UO di salute mentale e disabilità dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità.

I Nuclei svolgono le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo, e pertanto essi predispongono il PAI-PRI che costituisce l'unico strumento di accesso alle prestazioni riabilitative. I Nuclei ne curano il monitoraggio dell'andamento e delle evoluzioni del percorso, per l'adeguamento del PAI-PRI. Non è prevista la possibilità che i programmi riabilitativi siano prescritti e autorizzati da singoli professionisti prescrittori. I Nuclei sono essi stessi erogatori delle attività e prestazioni più sopra elencate, ovvero committenti delle attività e prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati sia per le attività di riabilitazione estensiva cd. ex art. 26, sia per l'assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale (SIRMIV-SISEM). Operano mediante una equipe multidisciplinare composta almeno dalle seguenti figure:

- Neuropsichiatra Infantile
- Psicologo e psicoterapeuta
- Assistente Sociale
- Fisioterapista
- Terapista della Neuropsicomotricità dell'età Evolutiva
- Logopedista
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Terapista occupazionale
-

La Regione ha incentivato negli anni scorsi con delle azioni ad hoc (ex DCA n. 105/2014) la gestione dell'emergenza psichiatrica in adolescenza (12-18 anni) e il potenziamento dell'offerta regionale attraverso l'attivazione di almeno due posti letto per azienda. Con il presente Piano si ribadisce l'obiettivo per le ASL

di organizzare, nell'ambito della rete aziendale per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici, punti di accoglienza per l'emergenza e percorsi per la gestione.

Dal PANSM e dai lavori del gruppo di esperti nazionali che l'ha prodotto è scaturito un documento tecnico di indirizzo per le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per i disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza, recepito in Campania con il DCA n. 45/2015.

Relativamente alle strutture SISEM/SIRMIV ex DCA n. 45/2015 e smi, si conferma la necessità di monitorare l'attuale offerta per valutare e stabilire successivamente l'eventuale fabbisogno aggiuntivo.

Servizi di Psicologia Clinica

Ogni ASL istituisce a livello di distretto, e con bacino di utenza distrettuale o sovra distrettuale non superiore a 200.000 abitanti, Servizi di Psicologia clinica, che garantiscono prestazioni e percorsi psicologico-clinici, psicoterapeutici, di counseling, di psicodiagnostica, sia per adulti che per soggetti in età evolutiva, anche nell'ambito di percorsi riabilitativi.

I Servizi di Psicologia Clinica consentono l'accesso diretto da parte dell'utenza richiedente, senza prescrizione medica, o su invio e richiesta di altri servizi aziendali, in particolare da parte dei consultori familiari o dei nuclei per i disturbi del neurosviluppo, ovvero dei servizi per disabili e non autosufficienti/cronici. Laddove utile e opportuno essi partecipano alle UVI, alle equipe multidisciplinari, per la predisposizione dei PAI e dei PRI, ai rapporti con la scuola. Deve essere organizzata una funzione di coordinamento aziendale dei servizi distrettuali di Psicologia Clinica. Ad essa può essere affidato anche il coordinamento delle attività per il contrasto presa in carico, valutazione e trattamento alle violenze di genere o contro i minori che devono comprendere anche i Presidi Ospedalieri e Pronto soccorso per la gestione dei codici rosa.

8 Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e distrettuale

a. Definizione del modello di monitoraggio della rete territoriale

Affinché la presente programmazione possa procedere attraverso una reale e progressiva implementazione, è parimenti necessario programmare un sistema di analisi e monitoraggio dei servizi e delle attività in grado di rilevare l'efficacia programmatica e valutarne la sostenibilità economica. Il governo del sistema non può che procedere attraverso un virtuoso modello di management che preveda:

- Definizione dei fabbisogni: programmazione dei servizi sulla base dei fabbisogni individuati, in termini di strutture ambulatoriali, domiciliari, posti letto semiresidenziali e residenziali per le rispettive aree di attività, articolati per intensità assistenziali
- Implementazione dei servizi programmati
- Monitoraggio delle attività e degli esiti di salute: il cruscotto di monitoraggio territoriale

Il Cruscotto di Monitoraggio Territoriale

Facendo riferimento agli indicatori LEA già previsti per l'assistenza distrettuale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, per le cure palliative e per l'appropriatezza prescrittiva, la Regione Campania nella predisposizione del cruscotto di monitoraggio territoriale terrà conto degli indicatori individuati nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria.

Entro 90 giorni dal presente Piano, la Regione Campania emanerà apposito documento per il monitoraggio degli indicatori secondo il NSG e PNI. In particolare per l'area prevenzione collettiva e sanità pubblica e per l'assistenza distrettuale, il documento risulterà parte integrante del presente Piano.

Parimenti saranno indicatori di confronto gli indicatori di contesto, gli indicatori di equità sociale e quelli per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) man mano che i PDTA saranno adottati dalla Regione.

Il monitoraggio così concepito sarà possibile per il contemporaneo rafforzamento della struttura informatizzata regionale, per la previsione già decretata (DCA 32/2019) della predisposizione dei PDTA su piattaforma gestionale, per le azioni di monitoraggio sistematico già esistenti presso la Direzione Generale Tutela della Salute.

b. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato di prestazioni specialistiche

La Regione Campania vuole procedere ad una rivalutazione dei fabbisogni sanitari della sua popolazione nella maggior parte dei setting assistenziali in cui si snoda il Sistema Sanitario Regionale, conseguentemente migliorando anche la configurazione dei Tetti di spesa, basati sull'analisi storica dell'andamento annuale, corretta unicamente finora per gli aspetti puramente finanziario-normativi (spending review). Tale volontà deriva dalla consapevolezza di una mutata situazione demografica ed epidemiologica nonché dall'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria. Nuovi criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica si sono intanto sviluppati e richiedono la necessaria rivalutazione in termini di allocazione di risorse.

Definire dunque il bisogno assistenziale e compararlo all'offerta esistente (pubblico/privato accreditato) permette di poter programmare per il biennio 2018/2019 l'erogazione dei servizi parametrata all'effettiva definizione dei bisogni, per i diversi livelli di assistenza (ospedaliera, territoriale, socio-sanitaria) e per le diverse aree geografiche, invertendo il paradigma assistenziale: dell'erogazione delle prestazioni a seconda della offerta alla programmazione dell'assistenza a seconda del bisogno.

Questo documento fa riferimento alla area assistenziale cosiddetta della "Specialistica Ambulatoriale". Altri documenti di programmazione riguarderanno l'area ospedaliera, l'area socio-sanitaria, l'area prevenzione.

La metodologia storica

Le prestazioni ambulatoriali rappresentano una variabile assistenziale multiforme e complessa, spesso non del tutto rilevabile dagli ordinari flussi informatizzati di dati, in quanto spesso non perfettamente registrate, in particolare nel pubblico, specialmente in ambito ospedaliero. Infatti un dato significativo in Regione Campania è la scarsa rilevazione di prestazioni di tipo ambulatoriale in molte AORN, come evidenziato nel corso delle elaborazioni dei Piani di Efficientamento per le AORN campane ricadenti nel disposto della Legge 208/2015 (di cui al DCA n. 102/2016).

Fino a questa annualità la stima dei fabbisogni per l'area "Specialistica Ambulatoriale" è stata equivalente alla stima dei Tetti di spesa, suddivisi abitualmente in 9 ambiti, come di seguito elencati:

- Branche a visita
- Cardiologia
- Dialisi
- Diabetologia
- FKT
- Laboratorio
- Medicina Nucleare
- Radioterapia
- Radiologia

La definizione di un fabbisogno rappresenta per la Regione Campania la possibilità di modificare l'erogazione delle prestazioni e l'allocazione delle risorse ad esse destinate, considerandole non più come una semplice operazione di sommatoria a valere sull'erogato, ma come strumento per governare la domanda e riorientare l'offerta, rimodulando infine, sulla base della riconosciuta mutata domanda, anche, con appropriatezza, i tetti di spesa.

La metodologia attuale

I drivers di lettura del bisogno assistenziale di cui sarà tenuto conto nell'analisi dei dati per la configurazione dell'obiettivo:

- **Valutazioni demografiche ed epidemiologiche** relative alla patologia principale di cui si configura il fabbisogno.

Anche nel caso dell'assistenza ambulatoriale la domanda di salute cresce in proporzione all'età della popolazione che, dunque, ne rappresenta uno dei determinanti più rilevanti. Il consumo pro capite di prestazioni di Attività clinica e di Attività di diagnostica strumentale e di immagine è maggiore nella fascia di età 65-74 anni che non nella fascia di età da 75 anni in su, mentre il consumo pro capite di prestazioni di laboratorio cresce con l'età.

Età	Milestone	
	Ricoveri	Ambulatoriale
0-4	0-5	0-4
5		5-14
6-14	6-14	
15-44	15-49	15-44
45-49		45-64
50-64	50-64	
65-74	65-74	65-74
75-in su	75-in su	75 in su

Tabella 28 – Stratificazione della popolazione - progetto Mattone

La stratificazione delle popolazioni potrà essere considerata quale variabile correttiva di un valore standard di riferimento.

L'epidemiologia delle malattie acute e croniche in Campania si discosta, per numerose variabili, da molti indicatori nazionali, rappresentando in alcuni casi, veri e propri record negativi. Pertanto non ci si può esimere dal valutare, oltre i valori di incidenza e prevalenza nazionali per le patologie oggetto di valutazione, anche i rispettivi indicatori di incidenza e prevalenza regionali, affinché la valutazione dei fabbisogni sia effettivamente rispondente al bisogno di salute della popolazione regionale.

Le prestazioni ambulatoriali risentono oltremodo di una mobilità interaziendale territoriale, anche tra aziende della stessa provincia, condizionate soprattutto da risorse tecnologiche, liste di attesa, qualità percepita.

La mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali in Regione Campania risulta pari a prestazioni 1.669.372 (anno 2018), come da elaborazioni So.Re.Sa.

- **Valori standard di erogazione di prestazioni**, derivanti da studi nazionali e ministeriali relativi al numero di prestazioni medie stabilite come necessarie per singolo abitante. A tal proposito si richiamano i valori standard nazionali derivanti dal Progetto Mattone SSN "Standard minimi di quantità di prestazioni – standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali – Milestone 1.4" del Ministero della Salute; la Campania vuole inserirsi pienamente nel processo metodologico validato a livello nazionale e ministeriale, pur consapevole che i processi di standardizzazione contengono in sé concetti di relatività temporale, locale e di dotazione di risorse. È per questo motivo che in questo documento viene introdotta la variabile epidemiologica regionale per le principali patologie, in maniera da rendere il fabbisogno standardizzato più coerente con la dimensione del bisogno reale.

La suddivisione delle prestazioni ambulatoriali è già oggi effettuata dal Ministero nei flussi STS e nei flussi economici secondo tre tipologie: Attività clinica, Attività di laboratorio e Attività di diagnostica strumentale e di immagine. Si utilizza questa suddivisione per disaggregare meglio i dati e le relative analisi.

Dagli studi nazionali deriva un intervallo di tasso di consumo nazionale che conduce ad una previsione di n. 12 prestazioni pro-capite in ambito di specialistica ambulatoriale, secondo la seguente tabella e nel solco della tipologia di aggregazione dei flussi STS:

TIPOLOGIA PRESTAZIONE SPECIALISTICA	N. PRESTAZIONI STANDARD/ABITANTE
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1
Diagnostica per immagini	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
TOTALE COMPLESSIVO	12

Tabella 29 – Valori standard di erogazione delle prestazioni - progetto Mattone

È propedeutico ricollocare nelle 3 categorie sopra descritte le 9 categorie storiche di distribuzione della spesa in Campania.

Si determina dunque la ricollocazione delle 9 categorie campane nelle 3 categorie di tipologia specialistica come derivanti dal Progetto Mattone:

Tipo Prestazione (nazionale)	Gruppo di prestazione (mattone)
A) Prestazioni di attività clinica	A1 Interventi ambulatoriali
	A2 Dialisi
	A3 Prestazioni di terapia fisica
	A4 Prestazioni di radioterapia
	A5 Altre procedure diagnostiche e terapeutiche
B) Prestazioni di laboratorio	B) Prestazioni di laboratorio
C) Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	C) Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine

Tabella 30 – Definizione contenuto tipo e gruppo di prestazioni

Categoria Mattone	Corrispondente categoria storica
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	Branca a visita, cardiologia, diabetologia, dialisi, FKT, Radioterapia
Diagnostica per immagini	Radiologia, Medicina Nucleare
Diagnostica di laboratorio	Laboratorio (compresa lettera R definita con documento a parte)

Tabella 31 – Ricollocazione categorie prestazioni campane secondo il progetto Mattone

Considerando quindi la popolazione campana al 1.1.2018 pari a 5.826.860 abitanti il fabbisogno teorico complessivo di prestazioni (secondo il progetto Mattone) che ne deriva è il seguente:

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Mattoni	
Tipologia di prestazione	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	19.020.835
Diagnostica per immagini	3.282.546
Diagnostica di laboratorio	45.408.547
Totale	67.711.927

Tabella 32 – Stima fabbisogno teorico totale - progetto Mattone

Produzione storica di aree come derivante dagli uffici competenti

Anno 2018						
Branca	Importo			N. Prestazioni		
	Strutture Pubbliche	Strutture Private	TOTALE	Strutture Pubbliche	Strutture Private	TOTALE
Diabetologia	3.435.484	11.274.353	14.709.837	274.307,00	1.104.889,00	1.379.196
Branche a visita	81.309.520	22.555.436	103.864.956	4.272.518,00	849.422,00	5.121.940
Cardiologia	13.159.040	42.470.735	55.629.775	489.228,00	1.212.233,00	1.701.461
Radioterapia	13.708.540	35.134.474	48.843.013	175.049,00	520.058,00	695.107
FKT	2.207.162	39.945.572	42.152.735	113.514,00	2.013.624,00	2.127.138
Dialisi	13.177.849	138.079.886	151.257.735	174.721,00	726.157,00	900.878
Patologia Clinica	27.040.776	145.414.723	172.455.499	5.081.473	35.388.678	40.470.151
Radiologia	16.728.920	167.153.834	183.882.753	387.655	2.895.173	3.282.828
Medicina Nucleare	4.345.514	38.894.916	43.240.431	11.765	106.192	117.957
Totale	175.112.805	640.923.930	816.036.735	10.980.230	44.816.426	55.796.656

Tabella 33 – Produzione storica e numero prestazioni specialistica ambulatoriale per branca - anno 2018 (valori in €) – dati comunicati nei flussi informativi al lordo dei controlli e degli abbattimenti per extraCOM, extratetto, ecc.

Le prestazioni come sopra elencate, vengono aggregate secondo i 3 raggruppamenti previsti dal progetto Mattone:

Anno 2018						
Branca	Importo			N. Prestazioni		
	Strutture Pubbliche	Strutture Private	TOTALE	Strutture Pubbliche	Strutture Private	TOTALE
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	126.997.595	289.460.456	416.458.051	5.499.337	6.426.383	11.925.720
Diagnostica per immagini	21.074.434	206.048.750	227.123.184	399.420	3.001.365	3.400.785
Diagnostica di laboratorio	27.040.776	145.414.723	172.455.499	5.081.473	35.388.678	40.470.151
Totale	175.112.805	640.923.930	816.036.735	10.980.230	44.816.426	55.796.656

Tabella 34 – Produzione storica e numero prestazioni specialistica ambulatoriale per tipo prestazione- anno 2018 (valori in €)– dati comunicati nei flussi informativi al lordo dei controlli e degli abbattimenti per extraCOM, extratetto.

Fonti dei dati

Le fonti dei dati richiamate in questo documento, oltre a quelle nazionali e ministeriali, saranno quelle dell'anno 2018, provenienti dal sistema regionale informativo SANIARP (File C), dall'anagrafica regionale pazienti, dalle rilevazioni economico-finanziarie delle UOD regionali, con il supporto analitico di SORESA e di CIRFF. L'utilizzo di farmaci traccianti patologie per l'anno 2018 contenuto in un rapporto appositamente commissionato al CIRFF (Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmaco-economia e Farmaco-utilizzazione) del Dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II ha fornito strumenti di valutazione per l'elaborazione del presente documento attraverso indicatori farmaco-epidemiologici. Ad esso si fa pieno riferimento quale allegato documentale.

La popolazione campana

Si fa riferimento alla popolazione di cittadini assistibili residenti in Regione Campania al 1 gennaio 2018, secondo dati ISTAT.

Fasce età	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1 Centro	Napoli 2 Nord	Napoli 3 Sud	Salerno	Regione Campania
0-6	22.166	14.678	59.714	60.419	74.280	70.445	64.776	366.478
0-14	30.366	19.727	81.033	81.407	100.218	95.422	84.489	492.662
15-24	45.249	30.698	110.836	113.533	136.144	131.023	120.636	688.119
25-34	52.376	34.354	119.647	119.710	139.145	137.486	137.763	740.481
35-44	55.976	36.157	133.873	131.682	151.923	149.712	150.721	810.044
45-54	66.698	43.514	143.891	151.105	163.383	161.208	171.005	900.804
55-64	57.564	37.432	114.940	130.787	128.572	133.767	149.805	752.867
65-74	43.784	29.545	86.367	102.739	93.346	105.680	111.478	572.939
75-84	31.966	22.156	53.643	63.264	49.329	63.231	77.601	361.190
85≥	15.378	10.866	19.501	25.619	14.551	21.872	33.489	141.276
Totale	421.523	279.127	923.445	980.265	1.050.891	1.069.846	1.101.763	5.826.860

Tabella 35 popolazione residente al 1 gennaio 2018 stratificata per ASL e fasce di età

Il totale della popolazione regionale residente è pari a 5.826.860. Le differenze di popolazione e la diversa stratificazione per età tra macro-aree è dato ampiamente noto.

Definizione dei fabbisogni per branca

Per quanto concerne il numero di utilizzatori suddivisi per Area si fa riferimento al paragrafo "a." del capitolo 2 di questo documento. Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno per le differenti Aree.

Area Cardiovascolare

Si stima che 1.403.550 cittadini campani abbiano necessità di una assistenza cardiologica. Vari PDTA segmentari e Linee Guida di Società Scientifiche non prevedono una standardizzazione di processi assistenziali per i vari aspetti delle patologie cardiovascolari.

Pertanto si definisce una stima di bisogno assistenziale medio annuo per un paziente cardiovascolare avendo come riferimento di prestazioni progetto Mattone e si calcola il fabbisogno secondo la seguente proporzione: considerando:

- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 42% con 1 sola condizione patologica = 588.830 (fabbisogno al 100%),
- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 34,9% con 1 patologia associata = 489.471 (fabbisogno al 50%)
- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 16,3% con 2 patologie associate = 229.091 (fabbisogno al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Cardiovascolare					
Tipologia di prestazione	1 condizione patologica	1 patologia associata	2 patologie associate	3 patologie associate	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	1.825.373	1.517.360	710.182	298.211	4.351.126
Diagnostica per immagini	353.298	293.683	137.455	57.718	842.153
Diagnostica di laboratorio	4.887.289	4.062.609	1.901.455	798.435	11.649.789
Totale	7.065.960	5.873.652	2.749.092	1.154.364	16.843.068

Tabella 36 – stima fabbisogno prestazioni area cardiovascolare – progetto MATTONE

Area Diabete

Di seguito la tabella indica i fabbisogni di prestazioni per:

- pazienti diabetici con mono-patologia pari a 20.225 (calcolati al 100%)
- pazienti diabetici con 1 patologia aggiuntiva (29,6%) pari a 93.864 (calcolati al 50%)
- pazienti diabetici con 2 patologie aggiuntive (33,8%) pari a 107.279 (calcolati al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Diabetica					
Tipologia di prestazione	1 condizione patologica	1 patologia associata	2 patologie associate	3 patologie associate	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	62.698	290.991	332.565	296.410	982.663
Diagnostica per immagini	12.135	56.321	64.367	57.370	190.193
Diagnostica di laboratorio	167.868	779.104	890.416	793.613	2.631.000
Totale	242.700	1.126.416	1.287.348	1.147.392	3.803.856

Tabella 37– stima fabbisogno prestazioni area diabete – progetto MATTONE

Area Respiratoria

Si stima che 344.891 cittadini campani abbiano necessità di un'assistenza dovuta a patologie respiratorie.

Di questi si calcolano:

- numero di pazienti con mono-patologia (48,7%) = 167.977 (calcolati al 100%)
- numero di pazienti con 2 patologie concomitanti (21,4%)= 73.853 (calcolati al 50%)
- numero di pazienti con 3 patologie concomitanti (17,1%) = 59.071 (calcolati al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Respiratoria					
Tipologia di prestazione	1 condizione patologica	1 patologia associata	2 patologie associate	3 patologie associate	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	520.729	228.944	183.120	136.369	1.069.162
Diagnostica per immagini	100.786	44.312	35.443	26.394	206.935
Diagnostica di laboratorio	1.394.209	612.980	490.289	365.117	2.862.595
Totale	2.015.724	886.236	708.852	527.880	4.138.692

Tabella 38- stima fabbisogno prestazioni area respiratoria – progetto MATTONE

Area Oncologica

Dall'analisi precedentemente riportata sugli utilizzatori di farmaci nel 2018, condotta dal CIRFF, si stimano 32.651 pazienti affetti da patologie oncologiche e 33.421 pazienti utilizzatori di terapia del dolore.

Per l'area oncologica sono stati stimati circa 36.000 pazienti oncologici attualmente in carico. La Regione, inoltre, ha stimato che il 60% dei pazienti oncologici (21.600) usufruisce di 55 prestazioni di radioterapia e 12 prestazioni così ripartite:

Radioterapia		
Tipologia di prestazione	N. Prestazioni Standard	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1	66.960
Diagnostica per immagini	0,6	12.960
Diagnostica di laboratorio	8,3	179.280
Radioterapia	55	1.188.000
Totale	67	1.447.200

Tabella 39– stima fabbisogno prestazioni di radioterapia – progetto MATTONE

Invece il 40% dei pazienti oncologici usufruisce di 20 prestazioni afferenti l'area oncologica ripartite proporzionalmente secondo gli standard Mattone:

Oncologici		
Tipologia di prestazione	N. Prestazioni Standard	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1	74.400
Diagnostica per immagini	0,6	14.400
Diagnostica di laboratorio	8,3	199.200
Totale	12	288.000

Tabella 40– stima fabbisogno prestazioni oncologia – progetto MATTONE

Per questa specifica area occorre tener conto che i costi sanitari per la patologia oncologica si sviluppano lungo il percorso di malattia che si articola in 3 fasi (fase diagnostica, fase di malattia, fase finale) a differente impatto sulla spesa, rappresentata con il classico andamento a “U”. Inoltre le numerose patologie oncologiche impattano in maniera assai diversa sul consumo di specialistica ambulatoriale. Non vi sono studi di settore per l’individuazione della percentuale dei costi in oncologia per l’area della sola specialistica ambulatoriale e diagnostica. Alcuni studi pilota riguardano solo il costo per l’area ospedaliera. Stanti le sopraesposte premesse e considerazioni, considerando l’evidente maggior ricorso alla diagnostica in generale per l’area oncologica, si attribuisce a questa area una percentuale del fabbisogno pari al 100% di quanto determinatosi secondo il modello standard di calcolo.

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Area Oncologica	
Tipologia di prestazione	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	297.600
Diagnostica per immagini	57.600
Diagnostica di laboratorio	796.800
Totale	1.152.000

Tabella 41– stima fabbisogno complessivo prestazioni area oncologica – progetto MATTONE

Area Neuropsichiatrica

Si stima che 348.370 cittadini campani abbiano necessità di un'assistenza neuropsichiatrica. Dal report sottostante si definisce il fabbisogno secondo lo standard:

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Neuropsichiatrica					
Tipologia di prestazione	1 condizione patologica	1 patologia associata	2 patologie associate	3 patologie associate	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	296.757	340.619	263.240	179.335	1.079.950
Diagnostica per immagini	57.437	65.926	50.950	34.710	209.023
Diagnostica di laboratorio	794.530	911.979	704.803	480.155	2.891.467
Totale	1.148.724	1.318.524	1.018.992	694.200	4.180.440

Tabella 42– stima fabbisogno prestazioni area neuropsichiatrica – progetto MATTONE

Area Insufficienza renale

Sulla base degli ultimi dati disponibili i pazienti affetti da malattia renale cronica sono pari a circa il 7.05% della popolazione (fonte: studio italiano CARHES), per cui si stima un numero di pazienti pari a 410.794 per i quali si definisce il fabbisogno secondo lo standard.

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Insufficienza Renale					
Tipologia di prestazione	1 condizione patologica	1 patologia associata	2 patologie associate	3 patologie associate	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	189	2.201	2.713	2.523	7.626
Diagnostica per immagini	37	426	525	488	1.476
Diagnostica di laboratorio	506	5.893	7.263	6.756	20.418
Totale	732	8.520	10.500	9.768	29.520

Tabella 43– stima fabbisogno area insufficienza renale – progetto MATTONE

Area Dialisi

Di seguito si riporta il consumo di prestazioni di dialisi per l'anno 2018, per le strutture pubbliche e private, come rilevato dal File C.

Prestazioni di dialisi - anno 2018	
	N. prestazioni
Strutture Pubbliche	174.721
Strutture Private	726.157
TOTALE	900.878

Tabella 44– prestazioni di dialisi anno 2018

La stima del numero di trattamenti annui per la dialisi si effettua considerando 12 prestazioni medie a paziente, mensili.

Il numero di prestazioni per il 2018 è pari a 900.878, mentre il numero di pazienti estratto da sistema SANIARP per il 2018 è pari a 6.154.

Prendendo come riferimento il numero di pazienti e considerando 12 prestazioni medie a paziente mensili si può stimare il numero di trattamenti annui. Occorre inoltre considerare che alcuni studi riportano che i nuovi casi di insufficienza renale cronica terminale possano rappresentare circa 1/53 della prevalenza (Università degli Studi di Padova) a causa dell'allungamento della vita media, della persistenza dei fattori di rischio che conducono alla insufficienza stessa (diabete, ipertensione, ecc.), dell'abuso di farmaci con effetto nefrotossico. Secondo tale parametro i nuovi casi previsti in Campania ogni anno risulterebbero essere circa 98. Di conseguenza il numero di prestazioni di dialisi stimato per il triennio 2019-2021, e quindi il fabbisogno, è come di seguito riportato:

Stima pazienti e numero di prestazioni di dialisi		
	Prestazioni	Num Pazienti
Prestazioni 2018	900.878	6.154
Stima prestazioni 2019	916.166	6.252
Stima prestazioni 2020	931.454	6.351
Stima prestazioni 2021	946.742	6.449

Tabella 45– stima pazienti e numero prestazioni di dialisi

Analisi Posti Rene

ASL	Ordinari (A)		Emergenza (B)		(A) + (B)		Contumaciali (C)		Totale (A) + (B) + (C)	
	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico
Avellino	98	26	0	4	98	30	9	3	107	33
Benevento	50	12	0	0	50	12	6	2	56	14
Caserta	219	36	0	0	219	36	20	2	239	38
Napoli 1	253	17	0	0	253	17	18	2	271	19
Napoli 2	251	10	0	7	251	17	20	1	271	18
Napoli 3	263	26	0	4	263	30	22	5	285	35
Salerno	216	50	0	0	216	50	23	7	239	57
Totale	1.350	177	0	15	1.350	192	118	22	1.468	214

Tabella 46 - Ricognizione dei Posti Rene Accreditati - ASL - 2018

AO/AOU/IRCCS	Ordinari (A)	Emergenza (B)	(A) + (B)	Contumaciali (C)	Totale (A) + (B) + (C)
Area NA	47	17	64	7	71
Area AV	18	2	20	1	21
Area BN	12	2	14	2	16
Area CE	16	2	18	2	20
Area SA	18	0	18	0	18
Totale	111	23	134	12	146

Tabella 47 - Ricognizione dei Posti Rene Accreditati – AO/AOU/IRCCS – 2018

Come si evince dal prospetto, la Regione Campania dispone attualmente di un totale di 1.638 posti rene ordinari (esclusi 152 contumaciali e 38 delle emergenze) in regime di accreditamento distribuiti tra assistenza territoriale ed ospedaliera, pubblica e privata.

Relativamente ai posti rene necessari al soddisfacimento della domanda, si richiama quanto già fissato nel DCA 118/2012 "Rideterminazione fabbisogno dialisi ambulatoriale", che aveva parametrato il numero di posti rene per pazienti nella misura di 1 p.r. ogni 3,5 pazienti.

Partendo dai dati ripostati nella Tabella sottostante, l'applicazione del parametro di un posto rene ogni 3,5 pazienti comporta le seguenti conclusioni:

Anno	Pazienti	Fabbisogno Regionale (1 p.r. ogni 3,5 Pazienti)
2018	6.154	1.758
2019	6.252	1.786
2020	6.353	1.815

Tabella 48 – Fabbisogno Regionale in termini di Pazienti

I posti rene già autorizzati ai sensi della DGRC 7301/2001 in virtù del fabbisogno definito con i DD.C.A. 118/2012 e n.48/2013 ma non ancora accreditati saranno oggetto di procedura di accreditamento, anche attraverso una redistribuzione su aziende sanitarie locali confinanti, dando preferenza all'offerta pubblica. L'offerta di assistenza di prestazioni emodialisi dovrà, altresì, articolarsi secondo le direttive contenute al punto 11.4.2 del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015-Aggiornamento Dicembre 2018, approvato con il D.C.A. n.103 del 28.02.2018.

Area Miscellanea

Dai dati relativi ai pazienti utilizzatori di farmaci traccianti, sterilizzando i pazienti nella categoria “dolore”, assimilando tale categoria ad un determinismo sintomatico che afferisce a diverse patologie, è possibile individuare 906.609 pazienti con miscellanea di patologie per i quali si definisce il fabbisogno secondo lo standard

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Area Miscellanea	
Tipologia di prestazione	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	2.810.487
Diagnostica per immagini	543.965
Diagnostica di laboratorio	7.524.853
Totale	10.879.306

Tabella 49– stima fabbisogno complessivo area miscellanea –progetto MATTONE

Area soggetti non affetti da patologie croniche – Sani

Dalla disamina dei dati rilevati dal consumo di farmaci traccianti la popolazione pesata che abitualmente utilizza un farmaco è di 3.364.457. Rispetto ad una popolazione pesata per età e consumi di 5.826.860, risulta una popolazione di 2.462.403 cittadini apparentemente sana e/o non affetta da patologie croniche. Per essa va comunque stimato un fabbisogno di prestazioni di routine e di prevenzione annuo, calcolata in termini di

- N. 3,1 prestazione clinica
- N. 0,6 esame diagnostico per immagini
- N. 8,3 prestazioni di laboratorio

Considerata l'età della popolazione campana si stima che solo il 50% dei soggetti apparentemente sani effettui le prestazioni sopra ipotizzate, per cui il fabbisogno viene considerato al 50%

Tale previsione determina il seguente fabbisogno:

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Soggetti Sani	
Tipologia di prestazione	Totale Prestazioni
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	6.361.208
Diagnostica per immagini	1.231.201
Diagnostica di laboratorio	17.031.620
Totale	24.624.029

Tabella 50 – stima fabbisogno complessivo area soggetti sani/non cronici

Conclusioni

La definizione del fabbisogno assistenziale così ragionata permette alla Regione Campania di individuare i bisogni di salute e allocare le risorse. Tale programmazione deve necessariamente tener conto dell'apporto significativo del privato accreditato al soddisfacimento della domanda e alla potenzialità che potrà esprimere nel prossimo futuro il settore pubblico finalmente liberato dai vincoli del turn over, finalmente riprogrammato nei modelli organizzativi dal presente Piano e dotato di risorse tecnologiche adeguate al futuro.

Sulla base di questo studio la Regione Campania individua con atto a parte ogni anno o biennio la propria programmazione per branche, attribuendo obiettivi ai Direttori Generali per il potenziamento delle attività da rendere nel pubblico, assegnando i Tetti di spesa alle varie ASL per il privato accreditato in funzione della popolazione residente, della mobilità interaziendale, della domanda residua rispetto a quanto erogabile nel pubblico. Per ogni mese di dicembre la Regione emana il corrispondente decreto di ripartizione a valere sull'annualità successiva. Parallelamente sono attivati sistemi di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza dell'erogazione sia in senso quantitativo che qualitativo.

c. Ricognizione dell'offerta regionale di assistenza extraospedaliera pubblica e privata accreditata (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)

L'attività assistenziale territoriale in termini di produttività, risalta dai flussi informativi regionali e nazionali iscritti sul percorso NSIS, correlati all'istituto che eroga la prestazione.

Tuttavia le evidenze regionali di produzione rilevano un disallineamento rispetto al flusso NSIS (soprattutto per effetto di riconversioni, procedimenti amministrativi, ecc), che è in corso di riconciliazione e che viene evidenziato nelle seguenti tabelle di fianco al flusso NSIS.

In linea con le aree di attività dell'offerta assistenziale previste dall'art. 3 del DPCM 12 gennaio 2017 si riporta l'offerta assistenziale ed i relativi erogatori, distinta secondo diverse aree di attività:

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialisti Ambulatoriali	
ASL	Numero di Specialisti
ASL AV	176
ASL BN	161
ASL CE	306
ASL NA1	725
ASLNA2	418
ASLNA3	402
ASL SA	387
AO Santobono	65
AORN Colli	86
AOU Ruggi	50
AO Rummo	1
AOU Vanvitelli	92
AOU Federico II	115
IRCCS Pascale	6
Totale	2.990

Tabella 51 - numero specialisti ambulatoriali

Assistenza materno infantile

ASL	n Comuni	n Consulteri
Avellino	15	16
Benevento	13	14
Caserta	16	16
Napoli 1	1	21
Napoli 2	19	21
Napoli 3	24	26
Salerno	38	39
Totale	126	153

Tabella 52 - numero consulteri

Assistenza socio-sanitaria

Adulti e anziani non autosufficienti

Attualmente l'assistenza alla non autosufficienza si configura prevalentemente in Campania come Assistenza agli Anziani non autosufficienti, area tematica gestita o a livello distrettuale o a livello di Dipartimenti funzionali per l'assistenza territoriale, di solito da Unità operative fragilità, o Assistenza anziani. E' evidente che la differente scelta effettuata dalle ASL di collocare questo tipo di assistenza nei distretti o in dipartimenti, conferisce al Coordinamento sociosanitario aziendale ruoli e pesi diversi nell'organizzazione omogenea della funzione. Solitamente esse si occupano prevalentemente del

collocamento dei pazienti in strutture RSA, talvolta insieme alle cure domiciliari, anch'esse prevalentemente orientate all'utenza anziana.

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 più di 1600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato.

Adulti non autosufficienti - Centri diurni modello STS 24 quadro F (S09)				
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR		
			<i>di cui Demenze</i>	
ASL AV		25	25	15
ASL BN		-	-	-
ASL CE		15	15	15
ASL NA1		45	45	-
ASL NA2		40	80	-
ASL NA3		-	15	-
ASL SA		-	-	-
Totale		125	180	30

Tabella 53 - Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziali agli adulti non autosufficienti

Adulti non autosufficienti - RSA modello STS 24 quadro G (S09)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV		219	219
ASL BN		122	204
ASL CE		217	182
ASL NA1		243	381
ASL NA2		112	148
ASL NA3		123	125
ASL SA		408	408
Totale		1.444	1.667

Tabella 54 - Posti letto complessivi per RSA agli adulti non autosufficienti

Adulti non autosufficienti - R1 SUAP modello STS 24 quadro G (S09)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV		8	18
ASL BN		-	-
ASL CE		-	10
ASL NA1		-	10
ASL NA2		15	15
ASL NA3		-	26
ASL SA		-	11
Totale		23	90

Tabella 55 - Posti letto complessivi per R1 agli adulti non autosufficienti

Come si nota, ci sono significative differenze tra quanto risulta da NSIS e quanto accreditato (e in riconversione). Ciò per effetto di un progressivo adeguamento delle anagrafiche agli accreditamenti e alle riconversioni, nonché in parte per una non completa alimentazione dei flussi di attività.

I processi di accreditamento sono ormai fortemente presidiati; analogamente la riorganizzazione del governo dei flussi informativi sta gradualmente producendo effetti positivi sulla rappresentazione dell'effettiva disponibilità di servizi e della produzione.

Le strutture attive presentano un tasso di occupazione non pieno, e non sono pienamente inseriti in percorsi di cura. Questo è in parte ascrivibile alla necessità di semplificare e rendere più efficiente il percorso di accesso e valutazione multidimensionale.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattone 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 e 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.

La SUAP, come disciplinato dal DCA n. 79/2017, è un'unità di cura residenziale ad alta intensità assistenziale di tipo sanitario, deputata alla presa in carico di persone con patologie non acute in fase di stabilizzazione clinica e/o a rischio di instabilità clinica, 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 erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità. La SUAP, come previsto anche dall'Accordo S/R del 5/5/2011, è un'unità di cura intermedia separata e distinta da aree di degenza ordinaria e dai reparti ospedalieri di riabilitazione post acuta o da setting territoriali di riabilitazione o di cure intensiva o estensiva, ma deve essere preferibilmente allocata in prossimità di presidi ospedalieri/AO

o comunque ad essi funzionalmente collegati mediante protocolli operativi definiti dai distretti sanitari/ASL e recepiti dal contratto di cui all'art 8 quinquies del Dlgs 502/92 stipulato con le strutture erogatrici. Deve essere organizzata in nuclei al massimo di 15 PL con spazi specifici, anche in caso di coesistenza in un'unica struttura plurifunzionale, in grado di favorire una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni di questi pazienti. E' auspicabile organizzare i moduli/stanze per tipologia di utenti e anche in considerazione dei bisogni assistenziali e relazionali.

Sono state di recente disciplinate con il DCA n. 97/2018 le strutture codificate R2D specifiche per le Demenze nelle fasi di agitazione e disturbi comportamentali. Sono in corso le procedure per la riqualificazione di parte delle RSA moduli demenze, e per l'attivazione di nuova offerta, sia pubblica che privata.

È di recentissima definizione (DCA n. 74 del 9/10/2019) la disciplina della tipologia di accoglienza residenziale R2 per i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, per persone con bisogno di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore. Sono invece decisamente scarsi i Centri Diurni per Anziani, che prevalentemente sono pubblici.

Per l'assistenza ai Disturbi cognitivi e alle Demenze, in tutte le ASL sono presenti le UVA (unità di valutazione Alzheimer) che si stanno gradualmente evolvendo verso forme più complesse e integrate definite Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, in attuazione del Piano Nazionale Demenze e sotto la spinta della programmazione regionale anche afferente agli Obiettivi di Piano.

Disabilità

L'attuale offerta per l'assistenza ai disabili è rappresentata in buona parte da strutture riabilitative private cosiddette "ex art. 26 Legge 833/78" accreditate per l'erogazione di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Le strutture che erogano riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale accolgono prevalentemente minori con disturbi del neurosviluppo.

Le attività di riabilitazione estensiva in regime residenziale, articolate in 3 livelli organizzativi – base medio ed alto - (con relative specifiche tariffe), e semiresidenziali, sono storicamente utilizzate di fatto spesso per ricoveri di lungoassistenza (con corrispondente adeguamento della remunerazione per ricoveri superiori ai 240 giorni alle tariffe per Centri Diurni e RSA per disabili) che per una degenza di riabilitazione extraospedaliera in un tempo determinato, rendendo di fatto inutilizzabili per lunghi periodi posti letto per le attività per i quali sono autorizzati. Esse rappresentano l'offerta assistenziale "storica" per la disabilità, e vista la numerosità e tipologia prevalente di assistenza offerta, è in corso un vasto e complesso processo di riconversione dei numerosi posti letto residenziali ma soprattutto semiresidenziali in altri setting assistenziali territoriali carenti, soprattutto per anziani/adulti non autosufficienti, e disabili.

Non esistono posti letto dedicati all'attività di riabilitazione intensiva extraospedaliera (RD1) per soggetti in fase immediatamente postacuta, con disabilità complesse modificabili, che non necessitano di

assistenza ospedaliera. Tale livello di assistenza riabilitativa viene garantita solo in strutture di ricovero cod. 56. L'offerta di RD1 è già programmata nei programmi operativi 2016-2018, ed è in corso la definizione della disciplina di tale setting, anche in revisione e aggiornamento della disciplina vigente per la riabilitazione cosiddetta ex art. 26 per garantire la riqualificazione della riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera.

L'offerta residenziale e semiresidenziale per disabili è costituita, inoltre, dalle strutture sociosanitarie denominate "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti e Centri Diurni Integrati" che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento.

Di seguito l'offerta attiva nei setting residenziali e semiresidenziali, sia risultante da NSIS, sia accreditata:

Disabilità - Assistenza riabilitativa Residenziale modello RIA 11			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	108	94	
ASL BN	71	63	
ASL CE	144	24	
ASL NA1	20	-	
ASL NA2	95	71	
ASL NA3	130	130	
ASL SA	308	239	
Totale	876	621	

Tabella 56 - Posti letto complessivi per assistenza residenziale riabilitativa

Disabilità - Assistenza riabilitativa Semiresidenziale modello RIA 11			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	77	77	
ASL BN	25	25	
ASL CE	339	164	
ASL NA1	673	179	
ASL NA2	454	254	
ASL NA3	718	191	
ASL SA	475	200	
Totale	2.761	1.090	

Tabella 57- Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziale riabilitativa

Disabilità - Assistenza riabilitativa Ambulatoriali modello RIA 11			
ASL	Numero Strutture da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	11	13	
ASL BN	11	12	
ASL CE	18	18	
ASL NA1	21	24	
ASL NA2	20	21	
ASL NA3	23	25	
ASL SA	26	29	
Totale	130	142	

Tabella 58 - Numero Strutture erogatrici di assistenza ambulatoriale per disabili

Disabilità - Residenziali modello STS 24 quadro G (S10,S11)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	144	142	
ASL BN	33	33	
ASL CE	145	221	
ASL NA1	32	114	
ASL NA2	43	100	
ASL NA3	323	263	
ASL SA	343	299	
Totale	1063	1.172	

Tabella 59- Posti letto complessivi per assistenza residenziale riabilitativa ai disabili

Disabilità - Centri diurni modello STS 24 quadro F (S10,S11)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	57	57	
ASL BN	60	60	
ASL CE	126	119	
ASL NA1	-	170	
ASL NA2	-	140	
ASL NA3	-	22	
ASL SA	252	261	
Totale	495	829	

Tabella 60 - Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziale ai disabili

Come si nota, ci sono significative differenze tra quanto risulta da NSIS e quanto accreditato (e in riconversione). Ciò per effetto di un progressivo adeguamento delle anagrafiche agli accreditamenti e alle riconversioni, nonché in parte per una non completa alimentazione dei flussi di attività.

I processi di accreditamento sono ormai fortemente presidiati; analogamente la riorganizzazione del governo dei flussi informativi sta gradualmente producendo effetti positivi sulla rappresentazione dell'effettiva disponibilità di servizi e della produzione.

L'offerta attiva di cui alle tabelle è praticamente garantita solo dal privato accreditato.

Infine, alle persone con disabilità sono garantite le cure domiciliari integrate/ADI, ma i disabili sono una minoranza dei soggetti presi in carico in ADI.

Risulta necessario restituire con chiarezza alle strutture di riabilitazione extraospedaliera le competenze specifiche. La Regione, sia attraverso la riconversione di parte delle strutture di riabilitazione cosiddette ex.art. 26, sia attraverso linee di indirizzo basate su linee guida nazionali ed internazionali, sta promuovendo il cambiamento strutturale e culturale necessario al processo di riqualificazione del sistema della riabilitazione nonché alla individuazione degli interventi più appropriati a favore delle persone con disabilità all'interno di un unico percorso integrato nei vari setting terapeutici in riferimento a specifici requisiti organizzativi.

L'obiettivo prioritario è garantire un'adeguata offerta territoriale, con specifica vocazione riabilitativa, al fine di assicurare l'erogazione dei trattamenti di riabilitazione, secondo quanto indicato dal DPCM 12/1/2017, nonché favorire la piena attuazione dei percorsi riabilitativi definiti per patologie ad alto impatto sulla disabilità: DCA 23/2015 e 23/2016 (Ictus), DCA 69/2017 (Frattura di femore) e 70/2017 (BPCO).

L'utilizzo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali deve rappresentare garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso a termine con lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

E' ormai molto avanzato il processo di riconversione di un consistente numero di strutture di riabilitazione estensiva ex art. 26 in altri setting territoriali carenti.

Dei circa 1800 posti letto semiresidenziali e in piccola parte residenziali in eccesso, è già definito, e in parte realizzato, il programma di riconversione per circa 1300 posti letto per 6 ASL, 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 ASL.

Regione Campania	Riconversione in setting SEMIRESIDENZIALE				Riconversione in setting RESIDENZIALE					
	PL CD disabile	PL CD adulti/anziani	CD demenze	PL SISEM	Riab.Res. Est.	PL RSA RD3	PL RSA R3	R2D	PL R1/ S.U.A.P.	PL SIRMIV
Totale	370	286	5	10	99	215	171	35	75	10

Tabella 61 – Riconversioni da posti letto eccesso riabilitazione

Cure palliative

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi, comprensivi di 2 posti letto di Hospice Pediatrico. Non è attivo il setting di Day Hospice. È 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. Sono ancora insufficienti le cure palliative domiciliari per l'età pediatrica, e in generale gli accessi domiciliari dei medici palliativisti, sebbene siano adeguati i tassi di prese in carico domiciliari con CIA 4.

Assistenza ai Malati Terminali- Hospice modello STS 24 quadro G (S12)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV		22	22
ASL CE		35	35
ASL NA1		13	13
ASL NA2		12	12
ASL NA3		40	40
ASL SA		30	30
AO SANTOBONO*		2	2
Totale complessivo		154	154

*Hospice pediatrico

Tabella 62 - Posti letto complessivi per assistenza ai malati terminali

In Campania risultano attivati 154 e già programmati complessivamente 181 P.L. totali tra pubblici e privati. Nelle ASL non risultano costituiti Coordinamenti Aziendali di Cure palliative autonomi; il più delle volte le funzioni sono ricomprese nei Coordinamenti sociosanitari, e per le cure domiciliari palliative nelle Unità di Cure domiciliari integrate. Con il DCA n. 22/2015 che definisce la rete regionale della Terapia del Dolore, è stata individuata l'AORN Santobono-Pausillipon quale HUB regionale anche per le cure palliative pediatriche. Con successivi atti ha individuato l'AORN Pascale quale Hub regionale per l'età adulta.

Assistenza domiciliare

Asl	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 e under 75	Popolazione over 65 e under 75	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 75	Popolazione over 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
AV	2.636	91.128	2,89	408	43784	0,93	2228	47344	4,71
BN	1.382	62.567	2,21	187	29545	0,63	1195	33022	3,62
CE	4.788	159.511	3	1090	86367	1,26	3698	73144	5,06
NA 1	3.203	191.622	1,67	502	102739	0,49	2701	88883	3,04
NA 2	3.087	157.226	1,96	668	93346	0,72	2419	63880	3,79
NA 3	3.187	190.783	1,67	580	105680	0,55	2607	85103	3,06
SA	7.246	222.568	3,26	1156	111478	1,04	6090	111090	5,48
Totale	25.529	1.075.405	2,37	4591	572939	0,8	20938	502466	4,17

Tabella 63 - Numero Assistiti trattati in ADI

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per Intensità di Cure – tassi di presa in carico						
ASL	GDC0	CIA base	CIA 1	CIA 2	CIA3	CIA 4
ASL AV	0,17	0,08	1,14	4,44	0,82	1,61
ASL BN	0,01	0,12	0,43	1,54	0,64	2,65
ASL CE	0,44	0,25	2,46	3,80	0,59	1,29
ASL NA1	0,06	0,09	1,04	2,15	0,29	0,50
ASL NA2	0,05	0,06	0,83	1,86	0,53	1,85
ASL NA3	0,16	0,41	1,04	1,38	0,30	0,68
ASL SA	0,30	1,71	2,45	8,65	1,07	4,13
Totale	0,19	0,48	1,47	3,58	0,58	1,77

Tabella 64 - Assistenza Domiciliare per intensità di cura

Emergenza sanitaria territoriale

Emergenza Territoriale		
ASL	PSAUT	COT
AV	1	1
BN	2	1
CE	3	1
NA1	3	1
NA2	1	1
NA3	2	1
SA	5	1
Totale	17	7

Tabella 65 – n di Postazioni Fisse di Primo Soccorso Territoriale e di Centrali Operative Territoriali

Assistenza termale

Assistenza Termale modello STS 11 quadro H (S08)			
ASL	Numero Strutture da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV	1	1	1
ASL BN	2	2	2
ASL CE	0	-	-
ASL NA 1	1	1	1
ASL NA 2	75	75	75
ASL NA 3	2	2	2
ASL SA	6	6	6
Totale complessivo	87	87	87

Tabella 66 - Numero di strutture erogatrici di assistenza termale

Dipartimento di prevenzione

Il modello organizzativo è stato già descritto nel capitolo relativo. L'attuale assetto produttivo è completamente riservato a strutture pubbliche.

Dipartimento di salute mentale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Il sistema è costituito da strutture pubbliche e da quelle del privato sociale. Garantisce la filiera riabilitativa con setting a varia intensità assistenziale.

Setting assistenziale
SRP1 Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa
SRP2 Programmi di attività intensiva riabilitativa
SRP3 attività terapeutico-riabilitativa a carattere estensivo
Case alloggio a valenza socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale
Attività diurna semiresidenziale

Il sistema regionale ha dovuto gestire il processo di riconversione delle cliniche neuropsichiatriche in strutture residenziali intermedie di tipo riabilitativo, avviato con i DCA 94/2014 e DCA 193/2016. Oggi è da ritenersi pressoché completato. La complessa procedura di riconversione ha determinato il soddisfacimento della quasi totalità del fabbisogno regionale sia nel setting residenziale sia in quello semiresidenziale, con una distribuzione territoriale dell'offerta, tuttavia, non omogenea. Ciò nonostante l'offerta è adeguata e sufficiente su scala regionale come illustrato nella tabella che segue:

Salute Mentale - Residenziale modello STS 24 quadro G (S05)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV		120	140
ASL BN		30	54
ASL CE		98	159
ASL NA1		300	303
ASL NA2		98	162
ASL NA3		80	147
ASL SA		84	298
Totale		810	1.263

Tabella 67 - Posti letto per assistenza residenziale psichiatrica

Salute mentale - Semiresidenziale modello STS 24 quadro F (S05)			
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR	
ASL AV		10	10
ASL BN		79	72
ASL CE		149	128
ASL NA1		150	217
ASL NA2		170	268
ASL NA3		133	151
ASL SA		159	169
Totale		850	1.015

Tabella 68 - Posti letto per assistenza semiresidenziale psichiatrica

Sul territorio regionale si sono sviluppate strutture a bassa intensità assistenziale ad integrazione socio-sanitaria: le cosiddette Case alloggio. Esse completano l'offerta riabilitativa residenziale ma non sono omogeneamente distribuite nelle AA.SS.LL. per cui, come si dirà in seguito, il presente Piano adotta dei correttivi.

Offerta Casa Alloggio

Salute Mentale - Offerta attiva di Casa Alloggio	
ASL	PL da ricognizione regionale
ASL AV	131
ASL BN	10
ASL CE	354
ASL NA1	-
ASL NA2	64
ASL NA3	100
ASL SA	266
Totale	925

Tabella 69- Casa Alloggio per soggetti con disagio psichico autorizzati/accreditati ai sensi del regolamento 4/2014 dal sistema di welfare locale, con compartecipazione alla spesa del SSR pari al 40%

Il sistema è in corso di integrazione con la rete regionale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Essa consiste del centro pilota regionale presso la Clinica Psichiatrica dell'Università "L. Vanvitelli", di una struttura residenziale che funziona come service regionale, e di centri ambulatoriali e diurni specifici, uno in ogni ASL. La rete attualmente si compone di 10 ambulatori, 6 Centri semiresidenziali Diurni ed 1 struttura residenziale con 12 posti letto presso la Azienda Sanitaria Locale "Salerno".

La salute mentale in età evolutiva

Di seguito l'offerta attiva di strutture residenziali e semiresidenziali per i disturbi psichiatrici e psicopatologici in età evolutiva ex DCA 45/2015:

Strutture accreditate ex DCA n. 45/2015 e smi		
Tipologia	Natura	PL accreditati
S.I.R.M.I.V.	Residenziale	44
S.I.SEM.	Semiresidenziale	58
Totale complessivo		102

Tabella 70 – Numero di posti letto per assistenza per i disturbi psichiatrici e psicopatologici in età evolutiva

Dipartimento delle dipendenze

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....).

Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. La strategia regionale di fondo, quindi, è stata quella di implementare e potenziare i servizi pubblici, e una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraaziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete con la strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Il sistema di offerta pubblico in Campania è caratterizzato dalla presenza di n. 7 ASL articolate in n. 43 Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), ossia 0,1 ogni 10000 abitanti nella fascia di età 15-64 anni:

Le figure professionali presenti nei Ser.D. sono:

- Medici
- Infermieri
- Psicologi
- Assistenti sociali
- Educatori professionali
- Sociologi

Secondo dati SID (Sistema Informativo Dipendenze) al 2015, il personale complessivamente dedicato ai servizi per le dipendenze era di 520 unità di cui il 60% medici e infermieri. La carenza quali quantitativa di personale ostacola di fatto la piena attuazione delle attività di competenza anche a fronte della modifica e complessità dei nuovi bisogni assistenziali.

Mentre il sistema di offerta privata accreditata è caratterizzato da n. 17 strutture residenziali e n. 4 strutture semiresidenziali. Attualmente sono operative le tipologie assistenziali Terapeutico-riabilitativo e minor misura Pedagogico-riabilitativo, mentre le tipologie specialistiche Doppia Diagnosi, Accoglienza, Minori TD, Madre Bambino sono in corso di attivazione, coerentemente all'accordo di riconversione posti letto approvato con DCA 54/2019. La distribuzione territoriale non è omogenea sulle 7 aziende. L'attuale offerta di posti letto attivi risultano n. 449 residenziali e n. 78 semiresidenziali.

Dipendenze modello STS 11 quadro H (S06)			
ASL	Tipologia di Struttura	Numero Strutture da NSIS	Offerta attuale
ASL AV	S.E.R.D	1	2
	Residenziale	1	1
	Semiresidenziale	1	2
Totale		3	5
ASL BN	S.E.R.D	3	3
	Residenziale	-	1
	Semiresidenziale	-	-
Totale		3	4
ASL CE	S.E.R.D	9	7
	Residenziale	2	5
	Semiresidenziale	-	1
Totale		11	13
ASL NA1	S.E.R.D	10	11
	Residenziale	-	-
	Semiresidenziale	-	-
Totale		10	11
ASL NA2	S.E.R.D	6	6
	Residenziale	-	2
	Semiresidenziale	-	1
Totale		6	9
ASL NA3	S.E.R.D	7	6
	Residenziale	5	4
	Semiresidenziale	-	-
Totale		12	10
ASL SA	S.E.R.D	9	8
	Residenziale	2	4
	Semiresidenziale	-	-
Totale		11	12
Totale complessivo	S.E.R.D	45	43
Totale complessivo	Residenziale	10	17
Totale complessivo	Semiresidenziale	1	4
Totale Strutture		56	64

Tabella 71 – Numero di Strutture per l'assistenza alle Dipendenze

Il numero di iscritti ai Ser.D. per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 11.271 al 31/12/2018 fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze (SID) mentre per l'Alcool risultano n.3.571 al 31/12/2018– (fonte dati: Schede Alc ministeriali) e per il Disturbo da gioco d'azzardo n 2376 (fonte dati: rilevazione regionale semestrale)

ASL	Utenti iscritti per uso sostanze (fonte: SID)	Utenti iscritti per uso alcool (fonte: schede ministeriali)	Utenti iscritti per disturbo da gioco d'azzardo (fonte: rilevazione regionale)
ASL AV	783	471	105
ASL BN	432	119	39
ASL CE	1516	397	441
ASL NA1	2648	634	326
ASL NA2	2063	442	471
ASL NA3	1626	478	308
ASL SA	2203	1030	686
Totale	11271	3571	2376

Tabella 72 – Utenti iscritti a strutture per le dipendenze

Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018).

Questo dato sommato alla slatentizzazione, in diversi consumatori, di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico, pubblico (Ser.D.) e privato accreditato (Comunità terapeutiche), ad un forte raccordo sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che inter istituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento socio lavorativo ecc....). La complessità della continua evoluzione del fenomeno delle Dipendenze impone un raccordo sistematico, in una logica di rete, tra tutte le componenti pubblico-privato che sia in grado di leggere i bisogni e programmare congiuntamente la modifica del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria adeguato all'evoluzione del fenomeno.

Tale raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi, sa connettersi al sociale pur offrendo risposte specialistiche, integra il pubblico e il privato profit e no-profit e mette in relazione servizi ambulatoriali con quelli residenziali o semi-residenziali.

I Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico.

Altra caratteristica strategica dei Ser.D. è la loro capillarizzazione su tutto il territorio regionale che va mantenuta e, dove possibile, potenziata nel rispetto della complessità geomorfologica dei diversi territori che compongono la Campania dove mentre per le cosiddette AASSLL cittadine, come quelle del napoletano si riesce ad assicurare una presenza diffusa, nelle altre Provincie, invece, in particolare in quelle avellinesi e beneventane nelle cosiddette aree interne e nel salernitano per la sua estensione che va dalla fascia costiera a quella interna, si aggiunge la complessità di intercettare il bisogno adeguatamente e agevolare i cittadini di quelle aree a contattare i Servizi.

Difatti, mentre per le cosiddette AASSLL metropolitane (Napoli, Caserta, Salerno) il dipartimento riesce ad assicurare a tutti i cittadini un agevole accesso ai servizi dedicati grazie all'attuale distribuzione territoriale dei Ser.D. e di tutti i servizi ad esso collegati (Alcologia, Dipendenze comportamentali, Centri antifumo), nelle altre Provincie, ossia ad Avellino e Benevento ubicate nelle cosiddette aree interne con un carico di utenti più esiguo, il modello dipartimentale è stato conservato integrato con quello del dipartimento di Salute Mentale (dipartimento di salute mentale/dipendenze), sempre nell'ottica di intercettare il bisogno adeguatamente e facilitare l'accesso dei cittadini ai Servizi, al fine di garantire l'erogazione omogenea su tutto il territorio di competenza dei LEA in materia di dipendenze.

Infine va standardizzato il percorso personalizzato rivolto ai detenuti ritenuti idonei alla concessione delle Misure Alternative al carcere d'intesa con i tribunali di sorveglianza.

Per tutto quanto suesposto risulta importante intervenire:

- potenziando ed implementando il sistema di offerta pubblica (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno intesa come prassi messe in atto dai servizi sanitari e dalle associazioni che mira a ridurre le negative conseguenze sulla salute, sociali ed economiche del comportamento dipendente);
- promuovendo l'attivazione di nuovi servizi aderenti ai nuovi bisogni;
- attivando ambulatori dedicati per l'assistenza a cittadini con dipendenza da alcool e con disturbo da gioco d'azzardo (almeno 1 in ogni ASL);
- sistematizzando percorsi integrati di reinserimento sociolavorativo d'intesa con il privato accreditato, i Comuni, le aziende.

d. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)

Salute Mentale

Il fabbisogno dell'offerta residenziale e semiresidenziale psichiatrica

L'art. 33 del DPCM 12/1/2017 sancisce la necessità di organizzare un'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone con disturbi mentali per trattamenti terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico.

Per rispondere al bisogno di un'offerta qualificata di strutture residenziali e diurne in favore di cittadini con disagio psichico la Regione ha emanato, nel 2011, due importanti atti – il DCA n. 5 e la DGRC n. 666 – che costituiscono la attuale disciplina di riferimento per le strutture sanitarie e sociosanitarie in favore di cittadini adulti con disagio psichico.

Si prediligono le strutture residenziali di piccole dimensioni, territorialmente radicate per favorire la realizzazione del massimo dell'integrazione sociale e ambientale, e finalizzate a seguire il paziente lungo il percorso evolutivo della patologia nei suoi diversi gradi e livelli di intensità, anche attraverso una successiva revisione e valutazione dei fabbisogni. L'offerta sanitaria, normata con il DCA n. 5/2011 ed aggiornata con il DCA 193/2016, si articola in Strutture Intermedie Residenziali – SIR con diversi livelli di complessità e intensità assistenziale:

Setting assistenziale:

SRP1 Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa

SRP2 Programmi di attività intensiva riabilitativa

SRP3 attività terapeutico-riabilitativa a carattere estensivo

Attività diurna semiresidenziale

Il fabbisogno P.L. per la Salute Mentale nei setting residenziale (SIR) e semiresidenziale è calcolato confermando l'indice, già determinato nei precedenti Programmi Operativi, sulla base delle indicazioni del Progetto obiettivo Salute mentale e del PANSM, del 4/10000 sulla popolazione regionale residente anno 2018 pari a n. 2.331 complessivi. Esso è pressoché soddisfatto per effetto delle riconversioni delle Case di Cura Neuropsichiatriche, e viene così ripartito per le 7 aziende, tenendo conto dell'offerta attiva in ciascuna, e quindi delle carenze territoriali:

Fabbisogno 2018 - Salute Mentale (4/10000 residenti)		
ASL	SIR DCA 14/2017	Centro Diurno DCA 14/2017
AV	140	30
BN	54	72
CE	185	138
NA1	303	217
NA2	162	205
NA3	167	171
SA	298	189
Totale	1309	1022

Tabella 73 – fabbisogno Salute Mentale

L'offerta socio-sanitaria, disciplinata dapprima congiuntamente dal settore Sanità e Politiche Sociali della Regione in via sperimentale con la DGRC n. 666/2011 (recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria), e poi stabilmente con il regolamento dell'offerta sociale n. 4/2014, si articola in: strutture residenziali denominate "Casa Alloggio" (prima denominate "Comunità Alloggio"), corrispondenti all'assistenza residenziale per trattamenti socioriabilitativi previsti dall'art. 33, c. 2, lett. C del DPCM del 12/1/2017, che erogano attività volte a favorire il completamento del percorso terapeutico teso a raggiungere un soddisfacente grado di autonomia, anche necessario ad una eventuale successiva collocazione in strutture sociali. Attualmente, quest'ultima tipologia di struttura risulta disciplinata, con la denominazione di Casa Alloggio (Area di intervento Salute Mentale/Disagio Psicico) dal Regolamento Regionale n. 4/2014 per l'attuazione della L.R. 11/2007 sulla Dignità e Cittadinanza Sociale il quale incardina la relativa procedura autorizzativa in capo alle attività dell'Ufficio di Piano Sociale di Zona. Tale tipologia di strutture, ad integrazione sociosanitaria, vede costi a carico del SSR per il 40% della tariffa giornaliera, come previsto dall'art. 33 c. 4 del medesimo DPCM. I "Gruppi Appartamento", in cui si svolgono attività gestite in compartecipazione con gli ospiti e concordate con essi volti a sostenere progetti personalizzati diretti a potenziare il diritto ad abitare anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti e l'attivazione di percorsi lavorativi. Essi sono strutture per pazienti adulti con disagio psichico di natura prettamente sociale, e quindi con costi a totale carico del sistema di welfare locale. L'implementazione di questo tipo di offerta è tutt'ora in corso, presentando alcune criticità, in corso di superamento, il cui duplice obiettivo è l'appropriatezza degli interventi, l'idonea distribuzione territoriale e il controllo della spesa.

Si definisce in questa sezione per la prima volta il fabbisogno di strutture residenziali Comunità alloggio, che come previsto già nel DCA 14/2017 che ha approvato i programmi operativi 2016-2018, è stato fissato provvisoriamente in 600 posti complessivi.

A seguito delle ripetute ricognizioni effettuate, è stato evidente che allo stato risultano autorizzate/accreditate dagli Ambiti sociali n. 96 strutture Casa alloggio, per un complessivo numero di posti letto pari a 925, cifra ben al di sopra del fabbisogno ipotizzato.

La distribuzione delle strutture e quindi dei posti letto è assai disomogenea, non essendo stato stabilito preliminarmente alcun fabbisogno su base aziendale; risultano territori ad alta concentrazione di strutture e territori del tutto privi o carenti.

Si definisce un fabbisogno complessivo regionale utilizzando l'indice di 2 posti letto ogni 10.000 = 0,002 per abitanti, come già utilizzato per le strutture residenziali SIR, pari a 1175 (popolazione residente 2018), attribuendolo su base aziendale in considerazione delle carenze territoriali e garantendo un indice di poco inferiore al 1/10000 abitanti sulle aziende carenti e secondo modalità che saranno in seguito disciplinate. E' confermato pertanto il divieto, già stabilito dal 2017 con specifiche comunicazioni e decreti commissariali, per gli Ambiti territoriali di rilasciare autorizzazioni per la apertura di nuove strutture Casa Alloggio, se non attraverso le modalità fissate dalla DGR n. 7301/2001, in coerenza con le norme di cui all'art. 8 ter del D. Lgs 502/92 e fino a specifica disposizione.

Fabbisogno 2018 - Salute mentale	
ASL	Casa alloggio
AV	131
BN	40
CE	354
NA1	100
NA2	134
NA3	150
SA	266
Totale	1175

Tabella 74 – Fabbisogno Casa Alloggio

L'emergenza psichiatrica

Già il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 ha ampiamente previsto di dare impulso alla riorganizzazione della gestione dell'emergenza psichiatrica sottolineando la necessità di evitare modelli duplicati di intervento e, soprattutto, di garantire gli stessi diritti e livelli di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza/urgenza anche ai cittadini affetti da disturbi mentali. Quanto contenuto nel suddetto piano sanitario regionale, tuttora vigente, ha trovato ampio riscontro nel DM 70/2015.

Il piano ospedaliero regionale prevede i seguenti SPDC¹:

¹ Ogni SPDC, di norma, possiede una dotazione di 18 PL distribuiti in 16 PL ordinari e 2 PL di DH (DCA 8/2018)

Strutture Salute Mentale - SPDC	
ASL	Struttura
AV	AO Moscati
	PO Sant'Angelo Dei Lombardi
BN	AO Rummo
CE	AO San Sebastiano
	PO Sessa Aurunca
	PO Aversa
NA1	PO Loreto Mare
	PO San Giovanni Bosco
	PO Ospedale del Mare
	AOU Vanvitelli
NA2	AOU Federico II
	PO Pozzuoli
NA3	PO Frattamaggiore
	PO Nola
SA	PO Boscotrecase
	PO Catellammare di Stabia
	AOU Ruggi
	PO Oliveto Citra
	PO Polla
	PO Nocera Inferiore
	PO Vallo Della Lucania

Tabella 75 - SPDC

La salute mentale in area penale

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito al Sistema Sanitario Regionale le competenze per l'assistenza sanitaria per la popolazione detenuta. Il modello implementato per l'assistenza dei cittadini detenuti con problemi di salute mentale è il medesimo di quello dei servizi territoriali. Si deve garantire la presa in carico multidisciplinare con l'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato, il costante contatto con il DSM di competenza territoriale. Sono state individuate le articolazioni per la salute mentale in carcere e le REMS. Il DSM è responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misure di sicurezza detentiva o non detentiva, e interagisce con le articolazioni aziendali preposte alla sanità in area penale laddove istituite. Il DSM mantiene una funzione esclusiva di cura e riabilitazione per i cittadini affetti da disturbi mentali ed autori di reato con l'obiettivo del reinserimento sociale e della lotta allo stigma.

La salute mentale in età evolutiva

Relativamente alle strutture SISEM/SIRMIV ex DCA n. 45/2015 e smi, si conferma la necessità di monitorare l'attuale offerta per valutare e stabilire successivamente l'eventuale fabbisogno aggiuntivo.

Le Dipendenze Patologiche

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze da sostanze, per la definizione del fabbisogno si utilizza, in assenza di un parametro nazionale, come parametro lo 0,35/1.000 abitanti prendendo a riferimento la popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2018 nella fascia di età 15-64 anni.

Fabbisogno 2018 - Dipendenze Patologiche - Residenziale										
Popolazione (15-64 anni)	Totale PL (Res e Semires)	di cui Residenziale (60%)	Terapeutico Riabilitativo (35%)	Pedagogico Riabilitativo (13%)	Accoglienza (24%)	Doppia Diagnosi (20%)	Minori TD (3%)	Minori DD (4%)	Madre Bambino (1%)	
Totale	3.869.984	1.355	813	284	106	195	163	24	32	9

Tabella 76 – Fabbisogno residenziale per soggetti con dipendenze da sostanze

Fabbisogno 2018 - Dipendenze Patologiche - Semiresidenziale									
Popolazione (15-64 anni)	Totale PL (Res e Semires)	di cui Semiresidenziale	Terapeutico Riabilitativo (35%)	Pedagogico Riabilitativo (13%)	Accoglienza (24%)	Doppia Diagnosi (20%)	Minori TD (3%)	Minori DD (4%)	
Totale	3.869.984	1.355	542	190	70	130	108	16	28

Tabella 77 – Fabbisogno semiresidenziale per soggetti con dipendenze da sostanze

Con DDCCA n. 32, 39 e 40 del 2018 si è provveduto all'accreditamento delle strutture private residenziali e semiresidenziali stabilendo nel contempo i posti in eccesso rispetto al fabbisogno.

Successivamente con DCA n. 54 del 04/07/2019 si è provveduto all'approvazione dell'accordo di riconversione con le strutture accreditate dei posti letto in eccesso nelle tipologie specialistiche completando in tal modo il quadro dell'offerta residenziale e semiresidenziale.

Nello sviluppo della nuova offerta per soddisfare il fabbisogno si terrà conto delle carenze territoriali, opzione già assunta nella programmazione dei Programmi Operativi 2016-2018 e confermata quale criterio per le nuove attivazioni.

Le Cure Palliative: fabbisogno

Perché una rete funzioni e non si determinino inapproprietezze, è necessario che tutti i nodi siano rappresentati in maniera da coprire i diversi gradi ed intensità di bisogno e, in regione Campania, il numero di P.L. Hospice, nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, appare in alcuni territori ancora deficitario per cui il presente Piano persegue il loro uniforme sviluppo nei diversi ambiti territoriali.

Il fabbisogno regionale di P.L. individuato per i Centri residenziali per le cure palliative - Hospice adulti è pari a 291. Tale fabbisogno è stato determinato applicando l'indice di 0,5 P.L. ogni 10.000 abitanti, così come definito dalla Commissione Tecnico-scientifica del Ministero della Salute.

Fabbisogno 2018 - Hospice	
ASL	Hospice 0,05/1000
AV	21
BN	14
CE	46
NA1	49
NA2	53
NA3	53
SA	55
Totale	291

Tabella 78 – Fabbisogno cure palliative

Per l'Hospice pediatrico, il fabbisogno definito (cfr dca 128/2012) è una struttura ogni 2 - 2,5 milioni di abitanti con un dimensionamento ideale di 4-6 posti letto, e comunque fino ad un massimo di 12 posti letto su base regionale. La Regione Campania come già definito nei P.O. 2016-2018 sta implementando il programma di incremento dei posti letto hospice e con decreto 72/2017 ha approvato la procedura per la accreditamento di strutture hospice, che ha già portato, nel corso del 2018 all'accREDITAMENTO di nuovi 40 posti letto hospice. Quanto alle cure domiciliari palliative, posto che il livello attuale garantito è allineato con i valori attesi del questionario LEA, si definiscono i seguenti fabbisogni incrementali, per rafforzare la capacità di presa in carico

Fabbisogno incrementale-ADI cure palliative terminali			
	2019	2020	2021
CIA 4	1,8	1,9	2

Tabella 79– Coefficiente Intensità Assistenziale Livello 4

A tal fine i Piani Attuativi Aziendali dovranno dare adeguato risalto all'incremento della capacità di presa in carico, e pertanto alla pianificazione del acquisizione del personale necessario.

Disabilità

Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 per l'area della disabilità, è stata 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 era 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 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

In particolare, l'offerta residenziale e semiresidenziale deve garantire l'erogazione dei trattamenti riabilitativi definiti all'art. 34 del DPCM 12/1/2017, così articolati:

- trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore;
- trattamenti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Con il DCA 97/2018 è stata aggiornata la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue (RD3), che corrisponde al punto c). Sono state, quindi, avviate le procedure amministrative per il rinnovo degli accreditamenti sulla base dei nuovi requisiti previsti dalla suddetta disciplina.

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 riquaificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26".

I servizi di riabilitazione estensiva ad oggi sono normati, per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, dalla DGRC 7301/2001, dal Regolamento n. 1/2006 e dal DCA 154/2014.

Confermando il quadro programmatico di riferimento già impostato con i Programmi Operativi 2016-2018, l'intervento nell'area della disabilità è volto ad una generale qualificazione e riquaificazione dei servizi, al fine di 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.

In particolare nel DCA 14/2017, relativo all'approvazione dei Programmi Operativi 2016/2018, tra gli obiettivi programmati nell'ambito dell'intervento 19.1 "Assistenza sociosanitaria territoriale", è stata individuata la riquaificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale dell' "Area della Disabilità e Riabilitazione" al fine di completare il sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, tenendo conto del Progetto Mattone 12 "Prestazioni residenziali

e semiresidenziali" del Ministero della Salute. Nei citati Programmi Operativi l'offerta assistenziale per l'Area della Disabilità e Riabilitazione residenziale programmata è così articolata:

- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi ed estensivi (RD1 intensivo ed estensivo);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 per soggetti in età evolutiva);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a persone con disabilità stabilizzate RD3.

Per i servizi sociosanitari per la disabilità, normati ad oggi dalla DGRC n. 7301/2001, dal Regolamento n. 1/2006, dal DCA 110/2014, si è proceduto con l'adozione del DCA 97/2018 alla modifica parziale della DGRC n. 7301/2001, per una riqualificazione dell'offerta sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i servizi residenziali RD3 e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata.

Il DCA n. 97/2018, pertanto, ha provveduto per l'area dei servizi sociosanitari per la disabilità a modulare l'intensità assistenziale di aiuto infermieristico in relazione all'articolazione disciplinata dal DPCM 12/1/2017 per la tipologia RD3 (ex RSA per disabili) e ad aggiornarne i criteri di accesso e requisiti di eleggibilità.

Con i decreti dirigenziali n. 3/2019 e n. 10/2019, di attuazione del DCA 97/2018, si è proceduto a definire il procedimento amministrativo per il rinnovo dell'accreditamento definitivo e con riserva di verifica delle RSA: Unità di Cure residenziali per adulti disabili non autosufficienti RD3".

Per ogni ASL sono programmati i seguenti fabbisogni di posti letto nei diversi setting, aggiornati alla popolazione complessiva 2018, tenendo conto degli indicatori del Questionario LEA:

Fabbisogno 2018 - Disabilità							
ASL	Residenziale (0,60/1000 residenti)			Centri Diurni (0,55/1000 residenti)			
	Residenziale estensiva - 0,22/1000	RSA (RD3) - 0,33/1000	Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) - 0,05/1000	Semiresidenziale estensiva - 0,18/1000	Centri Diurni - 0,22/1000	Totale Regione Campania - 0,50/1000(*)	Semiresidenziale Minori - 0,05/1000
AV	93	139		76	93		
BN	61	92		50	61		
CE	193	305		166	203		
NA1	206	341		186	228		
NA2	231	347		189	231		
NA3	223	335		183	223		
SA	274	364		198	242		
Totale	1282	1923	291	1049	1282	2913	291

* 0,1 aggiuntivo regionalizzato

Tabella 80- Fabbisogno Disabilità – residenziale e semiresidenziale

Il fabbisogno nel setting Centro diurno disabili viene di fatto soddisfatto prevalentemente dalla riconversione del semiresidenziale cd ex art. 26, mentre quello di RSA che è non omogeneamente distribuito nel territorio regionale viene gradualmente soddisfatto con nuove attivazioni sia pubbliche che private. Le strutture residenziali e soprattutto semiresidenziali, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza, sono preferibilmente localizzate in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.

Considerata l'offerta già esistente, che risulta non omogeneamente distribuita sul territorio e che satura quasi completamente il fabbisogno programmato, è necessario che le nuove strutture da autorizzare e accreditare nell'ambito del fabbisogno, siano localizzate nell'ambito di aree territoriali in cui non vi siano già altri servizi della stessa tipologia, al fine di ottenere per quanto possibile un riequilibrio territoriale, facile accessibilità, universalità, equità ed appropriatezza.

In relazione a questa esigenza viene programmata una quota di fabbisogno "regionalizzata" per tener conto appunto delle differenze territoriali di offerta.

In relazione alle caratteristiche del sistema della riabilitazione e dell'effettiva offerta come più sopra descritta, come già programmato nei Programmi Operativi 2016-2018 e confermato da quelli 2019-2021, sarà realizzato un più ampio programma di riqualificazione dell'intero sistema d'offerta. Esso deve definire più chiaramente i criteri di eleggibilità e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'offerta estensiva ed intensiva di riabilitazione extraospedaliera per disabili, eventualmente riconsiderando il fabbisogno complessivo, per l'adeguamento alle indicazioni scaturenti dai lavori nazionali sull'appropriatezza in riabilitazione e al DPCM del 12/1/2017 art. 34.

Adulti e Anziani non autosufficienti

Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 per l'area della non autosufficienza, è stata prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza 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 assistenziali e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone non autosufficienti. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 era 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 nn. 79/2017 per R1, 97/2018 per R3 e R2D, in corso la definizione degli altri setting), coerentemente al progetto Mattone e all'art. 30 del DPCM 12/1/2017.

Il Decreto Commissariale n. 97/2018 è un atto programmatico e di regolazione di carattere generale, che prioritariamente riordina e sistematizza la normativa di varia fonte che negli anni si è stratificata, riguardante requisiti, prestazioni, organizzazione e modalità di accesso alle Residenze sanitarie

assistenziali. Introduce importanti innovazioni soprattutto all'utenza eleggibile ai trattamenti in senso ampliativo, aprendosi a tutti gli adulti non autosufficienti e non solo anziani, e alla flessibilità della risposta assistenziale, incrementando l'assistenza infermieristica.

Sono allo studio soluzioni per la maggiore efficacia dei percorsi di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, che già con il DCA 97/2018 sono state in parte definiti. In particolare è in corso di definizione una scheda per le dimissioni protette, ed è in corso la definizione di un piattaforma informatica per il collegamento in rete di tutti i nodi della rete assistenziale con riguardo agli anziani e non autosufficienti.

L'obiettivo di semplificazione della presa in carico e valutazione devono condurre all'accelerazione dell'accesso in struttura, richiede la definizione di percorsi chiari e soprattutto l'individuazione di criteri clinici immediatamente rilevabili per indirizzare ai setting appropriati soprattutto quando trattasi di necessità di trattamenti ad elevato impegno sanitario di natura intensiva ed estensiva (R1 e R2) prevalente bisogno sanitario, come già previsto per le cure domiciliari, in cui la valutazione multidimensionale può anche seguire immediatamente la presa in carico per la definizione più puntuale del PAI, anche in riferimento ai bisogni sociali.

Di seguito i fabbisogni di posti letto residenziali e semiresidenziali per intensità di cura, come già stabilito con il DCA n. 14/2017, aggiornati alla popolazione 2018, coerenti con i criteri del questionario LEA, e con l'Accordo S/R del 5/5/2011 per le SUAP, tenuto conto dell'indicazione a garantire almeno 30/40 posti letto per milione di abitanti, nonché dell'utenza eleggibile.

Fabbisogno 2018 - Adulti non autosufficienti							Centri Diurni Adulti e anziani non autosufficienti		
ASL	Residenziale Adulti e anziani non autosufficienti (**)						Totale Regione Campania	Centro Diurno Adulti e anziani non autosufficienti	
	R1 - 6/10mila (tra cui SUAP)	di cui SUAP - 6/100mila DCA 79	R2 Estensiva - 20/10mila	RSA Anziani R3 - 46/10mila	Residenziale Demenze R2D - 5/10mila	Residenziale Adulti Spettro autistico - 1/10mila		Centro Diurno Anziani (SR) - 19/10mila	Centro Diurno Demenze (SRD) - 3/10000
AV	55	25	182	419	46	702	173	27	
BN	38	17	125	288	31	482	119	19	
CE	96	55	319	734	80	1228	303	48	
NA1	122	62	408	939	102	1572	388	61	
NA2	94	63	314	723	79	1211	299	47	
NA3	107	61	357	820	89	1373	339	53	
SA	134	66	445	1024	111	1714	423	67	
Totale	645	350	2151	4947	538	8388	2043	323	

Tabella 81– Fabbisogno Adulti e anziani non autosufficienti – residenziale e semiresidenziale

Per effetto del governo delle nuove autorizzazioni e dei nuovi accreditamenti, degli atti di disciplina dei diversi setting e dei procedimenti amministrativi, l'offerta sta gradualmente aumentando in termini quantitativi di strutture attive e posti letto; in termini qualitativi di prestazioni e integrazione delle attività.

Per le successive autorizzazioni e accreditamenti, nell'ambito di una pianificazione aziendale, si richiama la l.r. 8/2003, che tra l'altro stabiliva che possono essere attivati non più di un Centro Diurno per ciascun distretto. La norma, che ha la finalità di garantire una distribuzione territoriale omogenea dei servizi, è da intendersi come garanzia che possa essere attivato almeno un CD per distretto e fino a concorrenza del

fabbisogno aziendale. Lo stesso criterio può essere seguito per quanto possibile a partire dall'offerta già attiva per le strutture residenziali.

Perché la rete dei servizi per la non autosufficienza sia omogeneamente distribuita e sviluppata, è opportuno favorire al definizione di una rete di servizi pubblici che sia articolata con almeno una struttura RSA articolata in Unità di cura R3, R2D e R2, Un centro diurno per adulti e un centro diurno per persone con disturbi cognitivi e demenze. Quest'ultimo deve essere inserito nella rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi che comprenderà il centro di disturbi cognitivi e l'ambulatorio ad esso collegato nonché l'ambulatorio di riabilitazione cognitiva.

L'Assistenza Domiciliare

Gli obiettivi definiti con il piano triennale sono i seguenti e sono relativi all'incremento della presa in carico dei cittadini campani in relazione all'intensità assistenziale, ovvero ai CIA. Partendo dal dato del 2018 e considerando i target definiti a livello nazionale (CA 1 > 2,93 – CIA 2 > 2,18 – CIA 3 > 0,40: questionario LEA 2018), con questo piano ci proponiamo di mettere in campo azioni tese al miglioramento dell'assistenza e all'avvicinamento al target definito. Come già indicato il livello assistenziale nel quale ritroviamo delle carenze è soprattutto il primo livello, il CIA 1, che corrisponde appunto al primo livello del decreto commissariale 1/2013, caratterizzato da un coefficiente di intensità assistenziale ricompreso tra pari a 0,13 e 0,30.

Fabbisogno incrementale-Assistenza domiciliare			
	2019	2020	2021
CIA 1	1,7	2,1	2,45
CIA 2	3,7	3,85	4
CIA 3	0,65	0,7	0,85
CIA 4	1,8	1,9	2

Tabella 82 – distribuzione della presa in carico suddivisa per CIA

L'obiettivo di presa in carico di anziani collocati in cure domiciliari stimato su base regionale da raggiungere nel triennio di vigenza del piano è 2,90% di anziani in ADI/popolazione ultrasessantacinquenni residente, con una percentuale di anziani ultrasettantacinquenni sul totale pari al 4,8% sulla popolazione ultra settantacinquenne residente, prevedendo un incremento su base annuale.

e. Aggiornamento manuali autorizzazioni e accreditamento

In materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie la Regione Campania ha emanato una serie di provvedimenti. Per i requisiti minimi organizzativi sono stati approvati con la DGRC n. 3958 del 07.08.2001 e s.m.i., tutti provvedimenti elencati nella tabella n 83, con i quali si è dato avvio all'intero sistema di accreditamento istituzionale.

Procedure e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie	
Autorizzazione	Accreditamento
D.G.R. n. 3958 del 07.08.2001	Regolamento Consiliare 1/2007
D.G.R. n. 7301 del 31.12.2001	Regolamento Consiliare 3/2006
D.G.R. n. 518 del 7 febbraio 2003	DCA n. 26/2015
DECRETO N. 21 DEL 04.02.2019	DCA 22 del 5/02/2019
	DCA 51 del 4/7/2019

Tabella 83 – Procedure e requisiti per le strutture sanitarie

Con successivi provvedimenti, analiticamente elencati nella tabella n 84, sono stati disciplinati i requisiti minimi per le nuove tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie. Con Regolamento regionale 3/2006 e 1/2007 sono stati definiti i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale di soggetti pubblici e privati. Infine per adeguare il proprio assetto normativo a quanto sancito dalle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015 la regione Campania ha istituito con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 5 febbraio 2019 l'Organismo Tecnicamente Accreditante tecnicamente accreditante (OTA) e con decreto 51 del 04.07.2019 ha armonizzato i requisiti generali di accreditamento vigenti con quelli di cui alle citate Intese Stato Regioni.

Setting	Riferimenti Normativi
Area Disabilità	
Riabilitazione ambulatoriale/domiciliare	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 3/2006; DCA 153/2014
Riabilitazione Residenziale	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 1/2007; DCA 153/2014
Riabilitazione semiresidenziale	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 1/2007; DCA 153/2014
RD3 - Residenziale Disabili Non autosufficienti	DGRC 7301/2001; L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; Regolamento Consiliare 1/2007 ; DCA 97/2018 ; DCA 74/2019
CD disabili non autosufficienti	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
Area Non Autosufficienza	
R1 - (Residenziale non autosufficienti alta intensità/SUAP)	DCA 70/2012 - DCA 79/2017
R2 - (Residenziale estensiva non autosufficienti)	DCA 74/2019
R3 - Residenziale Adulti Non autosufficienti	L.R. 8/2003; DCA 97/2018; DCA 74/2019
R2D - Residenziale Disturbi Cognitivi e Demenze	DCA 97/2018; DCA 74/2019
CD Anziano N.A.	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
CD Anziano per Demenze	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
Area Dipendenze patologiche	
Tossicodipendenza Residenziale Pedagogica	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Semiresidenziale Pedagogica	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Semiresidenziale Terapeutico	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Residenziale Terapeutico	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Residenziale Specialistiche	DCA 76/2017 – DCA 94/2012
Tossicodipendenza Semiresidenziale Specialistiche	DCA 76/2017 – DCA 94/2012
Area Salute Mentale	
Salute Mentale – SIR Residenziale intensiva	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale – SIR Residenziale estensiva	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale - Centro Diurno Psichiatrico	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale – SIR Residenziale elevata attività assistenziale	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale - SIRMIV intensiva	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Salute Mentale - SIRMIV estensiva	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Salute Mentale - SISEM	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Area Hospice	
Hospice	DCA 4/2011; DCA 128/2012

Per i requisiti generali aggiornati per l'accreditamento si rinvia al DCA n° 51 del 04/07/2019

Tabella 84 – Definizione requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi; Criteri di accesso ed eleggibilità; Tariffe.

Entro 6 mesi dall'approvazione del presente piano e comunque in tempo utile e coerente con la definizione delle azioni e della relativa tempistica dei Piani Attuativi Aziendali.

9 Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio. Esperienze realizzate e linee di sviluppo.

Sono incluse in questa sezione esperienze realizzate e/o formalizzate, relative ai necessari collegamenti trans-murali tra attività ospedaliera e le funzioni di prevenzione e di assistenza territoriale. In questo ambito sono selezionate alcune esperienze, relative a strutturazione di piani/reti o a redazione di PDTA in stato avanzato di realizzazione. Sono poi successivamente indicati altri campi e modalità di integrazione, da realizzarsi nel corso di vigenza del presente Piano.

A supporto della redazione, della tenuta e dello sviluppo nel tempo di protocolli di integrazione, la Regione, ha provveduto a definire con DCA 32/2019 gli indirizzi sulla metodologia per la stesura di PDTA a valenza regionale.

Malattie Rare

Nel primo Piano Regionale Malattie Rare, approvato con DCA 48 27/10/2017 (Approvazione Piano Regionale Malattie Rare e Documento Percorso Diagnostico Assistenziale del Paziente raro) e successivamente implementato (DCA 61 del 05.07.2018), sono declinate le principali azioni alla base dell'assistenza del malato raro:

- Rete
- Registro Regionale Malattie Rare e flusso informativo
- Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
- Associazioni/ Empowerment
- Ricerca
- Formazione
- Informazione
- Prevenzione

Per ogni azione, vengono identificati obiettivi ed indicatori (soglia, fonti, tempi). La realizzazione prevede una stretta collaborazione tra la Regione ed il CCMR con le aziende sanitarie, le ASL, ed i case manager.

Il ruolo del territorio è cruciale in ogni singola azione, come di seguito. Gli strumenti di realizzazione degli obiettivi sono stati definiti dalla regione nei progetti obiettivi di piano 2017 (Linea 2 - Umanizzazione; Linea 5 - Telemedicina nelle malattie rare).

- RETE: Come previsto dal DCA 99 (Piano triennale), la definizione e collegamento della rete, con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali, è un processo a "step", che prevede:
- Un sistema di diagnosi precoce ("early referral" da parte dei MMG, PDL o territorio/ASL) del paziente con sospetto di malattia rara (DCA 48/2017; DCA 61/2018),
- seguito da una presa in carico multidisciplinare, integrata, sociosanitaria, globale, in cui il ruolo del territorio risulta fondamentale (DCA 48/2017; DCA 61/2018).

La realizzazione di una rete hub-hub (tra centri di competenza, di cui alcuni riconosciuti a livello europeo - ERN) ed hub-spoke (centri di competenza-territorio) è il modello di assistenza da realizzare. La definizione di "ambulatori filtro" e di UNITs multidisciplinari aziendali/territoriali, collegate tra loro a livello aziendale o interaziendale - anche grazie alla realizzazione di sistemi di telemedicina, come previsti dal DCA 30/2018 - rappresenta l'"ossatura" del progetto assistenziale.

Un primo esempio è la rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC).

Altri importanti tasselli della rete (previsti negli obiettivi strategici di piano 2017), sono il collegamento presidi con rete genetica (DCA 58) e la definizione di una rete di emergenza per le malattie rare (già condiviso con associazioni di categoria: UNIAMO - Forum Malattie Rare - Cittadinanzattiva-REMARE).

Un esempio di rete è il recente DCA 198/2018, che definisce l'attività dei Centri per la diagnosi e la cura dei difetti ereditari con codici di esenzione RDG020/RDG030, strutturata su scala provinciale, secondo un modello hub-spoke (centro competenza-territorio), coordinata da un Centro Regionale di Riferimento e di Coordinamento (CRRC- Federico II), in collaborazione con Il Centro Coordinamento Malattie Rare e la Direzione Generale Tutela della Salute.

Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione

Con il DCA 19/2016, la Regione Campania ha approvato azioni per il potenziamento dell'offerta pubblica delle attività ambulatoriali specialistiche, di strutture semiresidenziali e residenziali deputate all'accoglienza, al trattamento ed alla riabilitazione dei Disturbi del comportamento alimentare. La Regione Campania ha inteso, così, rispondere ad una priorità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti.

Il DCA 19/2016 ha inteso promuovere azioni per il potenziamento o il consolidamento da parte del Sistema Sanitario Regionale dell'offerta pubblica, finanziando, in particolare, il rafforzamento o l'attivazione di almeno un centro ambulatoriale e uno semiresidenziale per ciascuna ASL e l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale nell'anno 2016. A tal fine, ha altresì promosso azioni per il rafforzamento quantitativo e qualitativo della capacità di diagnosi precoce e trattamento dei DCA da parte delle strutture ospedaliere specializzate.

La rete attualmente si compone di 10 ambulatori, 6 Centri semiresidenziali Diurni ed 1 struttura residenziale con 12 posti letto presso la Azienda Sanitaria Locale "Salerno".

Centrale il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che possono avere un ruolo importante nell'identificazione precoce dei pazienti con disturbi dell'alimentazione. Essi rappresentano la porta di accesso alla rete, contribuendo alla prevenzione, allo screening e alla diagnosi precoce, alla rilevazione dei segnali di allarme, alla comunicazione col paziente ed i familiari, all'identificazione dei nuovi casi, alla valutazione del rischio fisico, all'invio ai centri specialistici, al trattamento dei casi lievi, al follow-up dei casi trattati.

La Regione Campania sta predisponendo uno specifico PDTA per tali disturbi ed ha, inoltre, pubblicato sul sito ufficiale, tutti i presidi della Rete specialistica.

Rete Materno-Infantile

La Regione Campania programma una rinnovata Rete Materno-Infantile con i seguenti obiettivi:

- Integrazione tra territorio-ospedale-territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati per la madre e il nascituro, attraverso una migliore presa in carico e la continuità assistenziale;
- Rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura delle gestanti e dei neonati, bambini e adolescenti favorendo l'adeguamento professionale e formativo delle ostetriche dei ginecologi, dei pediatri, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure perinatali.
- Definizione di una rete socio-sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali e la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del neonato, del bambino e dell'adolescente.

Rete delle malattie croniche in età evolutiva

Il concetto di cronicità in età pediatrica si riferisce a "bambini con bisogni assistenziali speciali a maggior rischio di condizione cronica nella sfera fisica, evolutiva, comportamentale ed emotiva, che richiedono servizi socio-sanitari di tipo e dimensione diversa da quelli usuali, includendo poche condizioni cliniche frequenti e molte condizioni rare. La sopravvivenza di pazienti con condizioni un tempo considerate ad esito infausto ha determinato un incremento delle malattie croniche, con una prevalenza stimata nella popolazione pediatrica (0-16 anni) di 1:200.

La complessità assistenziale di questi pazienti cronici risiede nella natura socio-sanitaria dei bisogni dei bambini. Essi richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, organizzate sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

La Rete regionale delle malattie croniche in età evolutiva prevede la presa in carico del bambino con cronicità, come previsto dal relativo Piano Nazionale, attraverso una offerta di assistenza specialistica su livelli diversi di complessità.

Il primo livello rappresentato dai Pediatri di libera Scelta per la diagnosi precoce e il follow-up auxologico del piccolo paziente e il secondo livello di assistenza rappresentato dai Centri di riferimento regionali per la patologia e dai centri aziendali. Le aziende sanitarie locali hanno già individuato con appositi atti amministrativi le strutture e il personale che avrà il compito di assicurare controlli periodici ai piccoli pazienti e garantire loro le migliori condizioni per affrontare serenamente gli impegni scolastici, sportivi e della vita quotidiana.

I Centri regionali di riferimento per patologia avranno il compito di migliorare a livello regionale e aziendale le conoscenze e la relativa presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva e di garantire presa in carico del nucleo familiare in un contesto specialistico

La Direzione generale della Salute costituirà un nucleo di coordinamento regionale per le malattie croniche in età evolutiva garantendo ai Centri Regionali per patologia e ai centri aziendali di II livello le risorse previste dal Piano Nazionale della Cronicità in età evolutiva.

PDTA Esordi psicotici

La Regione Campania ha avviato la realizzazione del PDTA per gli esordi psicotici definendo le principali linee di indirizzo di cui le aziende sanitarie dovranno tenere conto al fine di garantire sul territorio regionale omogenei livelli di assistenza.

Di seguito le indicazioni al momento definite:

- La fascia d'età è compresa tra 13 e 25 anni.
- Definire nel PDTA il sistema di accesso alla rete (PLS, MMG, PP.SS., agenzie territoriali, etc.) e le modalità di accesso.
- Definizione di strumenti di screening, di assessment e per la valutazione del follow-up a lungo termine. Si suggerisce di considerare l'utilizzo dei seguenti strumenti: - PHQ-9; - PQ-92; - SIPS.
- Trattamento integrato
- Introdurre indicazioni per l'uso principalmente di Antipsicotici di Seconda Generazione (quando necessario) unitamente ad interventi psicosociali, con un focus su stili di vita, coinvolgimento dei familiari, rimedio cognitivo, terapie cognitivo-comportamentali e identificazione di un case manager.
- Formazione degli operatori che lavorano nei servizi di salute mentale attraverso programmi specifici

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale-Educativo (PDTAE) per i soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico

La Regione Campania, assieme alla Liguria (Regione capofila), al Veneto, alle Marche e all'Umbria, attraverso sue risorse professionali, ha partecipato alla redazione del PDTAE, su progetto proposto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Esso è oggetto di sperimentazione da parte di tutte le ASL per un anno, fino al 2020; all'esito della sperimentazione ne sarà verificata la sostenibilità così da garantire una presa in carico omogenea di tutti i soggetti con disturbo dello spettro autistico.

L'applicabilità e sostenibilità del PDTAE dovrà essere verificata anche tramite le famiglie e le associazioni.

Elementi essenziali del PDTAE sono:

- la composizione delle equipe, la cui disponibilità è requisito necessario ad una corretta presa in carico del soggetto e della sua famiglia;
- la conoscenza e valutazione del soggetto e della famiglia;
- le modalità di presa in carico diretta del soggetto, che deve tenere conto di quanto emerge dal profilo funzionale e prevedere oltre a interventi specifici e differenzianti sul singolo soggetto, sulla famiglia e la scuola, anche interventi esterni che favoriscano l'inserimento del soggetto nella vita di comunità;
- la presa in carico del nucleo familiare;
- l'identificazione di modalità efficaci per la costruzione condivisa con gli operatori scolastici del Progetto Educativo Individualizzato, per l'integrazione del soggetto nel contesto e l'acquisizione di competenze necessarie ad affrontare la vita in contesti meno protetti e supportivi;
- l'individuazione e attuazione di percorsi per la gestione delle crisi comportamentali in fase acuta e post-acuta e gestione della routine per gli accessi ordinari c/o presidi sanitari;
- l'identificazione delle risorse territoriali, la loro mappatura, come renderle fruibili in una rete integrata, in cui differenti tipologie di contesti possano rispondere alle esigenze di soggetti con competenze e necessità di supporti molto differenziati.
- le modalità di attuazione del passaggio dai servizi dell'età evolutiva all'età adulta;
- le competenze relative a specifiche tematiche clinico-assistenziali ed educative che gli attori del PDTAE devono possedere.

Integrazione delle reti tempo-dipendenti

Nell'ambito della definizione delle Reti tempo-dipendenti correlate all'assistenza ospedaliera, la Regione ha definito con DCA n° 64 del 2018 e DCA n°63 del 2019, la propria rete IMA e la propria rete ICTUS. Tali documenti, rispondenti ad un'esigenza prioritariamente legata all'area dell'emergenza, devono necessariamente essere estesi da un lato al versante della prevenzione della patologia, dall'altro alla presa in carico del paziente dopo l'evento acuto. Pertanto la Regione inserirà i citati documenti nell'ambito di un più compiuto PDTA che evidenzii l'intera filiera assistenziale pre e post-evento acuto. Per quanto riguarda i percorsi ictus sono già stati emanati documenti regionali di presa in carico precoce del paziente, per favorire dimissioni protette dirette verso una riabilitazione precoce.

Analogo percorso è stato già delineato per la presa in carico del paziente con frattura del femore.

10 Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio

In relazione alla presente programmazione le azioni di riorganizzazione risultano essere:

- Entro 60 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana Linee di Indirizzo per la redazione dei Piani Attuativi Aziendali, con le quali si precisano gli obiettivi, le procedure, le modalità operative nonché l'individuazione di specifici indicatori di monitoraggio per la valutazione *in itinere* dei piani attuativi aziendali, strutturati sulla base di quanto previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sarà posta particolare attenzione alla rete delle cure palliative e i relativi adempimenti e obiettivi.
- Entro 60 giorni dalla emanazione delle Linee Guida Regionali, le ASL elaborano il Piano attuativo, comprensivo degli indicatori di monitoraggio dei livelli di attuazione (cronoprogramma) e degli effetti assistenziali ed economici.
- Entro 60 giorni dalla validazione regionale del Piano attuativo le ASL adeguano gli Atti Aziendali.
- Entro 30 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana uno specifico documento relativo alla determinazione del fabbisogno regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- Entro 90 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione 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 AA.SS.LL., 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;
- strutturando 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 39 del 3.5.2019 "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 ASL.
- condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale alla 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

- Entro 6 mesi dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana l'aggiornamento sulle procedure e i relativi requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio sanitarie.
- Entro 12 mesi dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana atti di definizione di requisiti e tariffe per i setting non ancora disciplinati.

Di seguito si riporta il GANT delle attività del cronoprogramma

Cronoprogramma	2019		2020										2021				
	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar
1. Linee di Indirizzo per la redazione dei Piani Attuativi Aziendali	30/01/2020																
1.1 Elaborazione dei Piani Attuativi Aziendali			23/04/2020														
1.1.1 Adeguamento degli Atti aziendali ai Piani Attuativi					16/07/2020												
2. Documento relativo alla determinazione del fabbisogno regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.	13/12/2019																
3. Ricognizione dell'offerta relativa agli screening oncologici per ogni Azienda	13/12/2019																
4. Programma regionale degli screening oncologici			12/03/2020														
5. Aggiornamento sulle procedure e sui requisiti di autorizzazione ed accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie			10/07/2020														
6. Definizione dei requisiti e delle tariffe e attivazione relativi a setting non ancora disciplinati			26/03/2021														

Tutte le tempistiche sono state assunte per giornate lavorative

Tabella 85 – Cronoprogramma

11 Edilizia sanitaria territoriale in coerenza con la programmazione

Nell'ultimo biennio, la Regione Campania ha sottoscritto gli Accordi di programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988; più precisamente:

- in data 16.02.2018, l'Accordo di Terza Fase – I stralcio, per l'importo complessivo di € 169.244.689,46 , cui corrisponde la quota statale di € 156.982.454,99, la quota di cofinanziamento regionale di € 8.262.234,47, nonché la quota di cofinanziamento delle Aziende Sanitarie di € 4.000.000,00
- in data 23.08.2019, l'Accordo di Terza Fase – II stralcio, per l'importo complessivo di € 1.083.450.286,00, di cui € 1.029.277.771,70, a carico dello Stato, € 54.172.514,30 di cofinanziamento regionale

I suddetti piani degli investimenti riservano ampio spazio al potenziamento delle strutture territoriali: dalla costruzione di nuove sedi di distretti, alla realizzazione di numerose UCCP e Centri Polivalenti, dalla realizzazione di RSA e SIR alla realizzazione della "Cittadella della Salute" ad Aversa, dai Dipartimenti della prevenzione alla costruzione di consultori familiari.

Di seguito si rappresentano per ciascuna ASL gli interventi programmati, distinguendo tra il primo ed il secondo stralcio degli Accordi di programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988.

Interventi territoriali per tipologie del I Stralcio

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- la riconversione dei presidi di Bisaccia in Ospedale di Comunità
- la Demolizione e ricostruzione del poliambulatorio di via Minghetti a Benevento, il completamento dell'Hospice di Cerreto Sannita;
- la riconversione dell'Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità.
- 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, i Lavori di adeguamento normativo all'ex P.O. San Gennaro, la ristrutturazione del Presidio Sanitario Polifunzionale Elena D'Aosta.
- la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccaspide..

Interventi territoriali per tipologie del II Stralcio

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- la realizzazione SPS di Quarto e di una UCCP a Frattamaggiore (ASL Napoli 2 Nord);
- realizzazione del D.S. di Atripalda e del D.S. di Baiano (ASL Avellino);
- la costruzione di un centro integrato polivalente per la cura e la riabilitazione dei portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e sede del DSM ed annessi ambulatori in Benevento;
- la costruzione del dipartimento di prevenzione; costruzione della nuova sede centrale amm.va dell'Asl a Benevento; costruzione della sede del D.S., di un poliambulatorio, con altre funzioni 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 Roccaspide e il completamento di un'altra a Pagani nell'Asl di Salerno;
- la realizzazione delle nuove sedi di Distretto ad Eboli, Vallo della Lucania, Mercato San Severino e Capaccio (ASL Salerno).

In linea generale, le nuove strutture territoriali saranno a gestione diretta. In diversi casi le nuove strutture saranno realizzate in sostituzione di locali condotti in locazione. Ne conseguiranno, pertanto, risparmi e utilizzo di personale, in gran parte, già presente.

Per quanto riguarda le nuove assunzioni, con decreti commissariali (dal n. 4 al n. 18) del 22.01.2019 sono stati approvati i piani triennali di fabbisogno del personale 2018/2020 delle aziende sanitarie campane, per circa 7.700 unità, mentre le aziende stanno avviando le attività per la predisposizione dei piani triennali di fabbisogno 2019/2021. Tali piani prevedono il reclutamento delle figure professionali necessarie all'attivazione delle nuove strutture sanitarie e al corretto funzionamento delle attrezzature.

Di seguito si riporta un dettaglio degli investimenti programmati in strutture territoriali per ASL.

ASL Avellino

Il primo stralcio dell'Accordo di programma prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione dei presidi di Bisaccia in Ospedale di Comunità.

Nel secondo stralcio sono previsti: la realizzazione dei Distretti Sanitari di Atripalda e di Baiano; l'adeguamento funzionale ed impiantistico di diverse strutture territoriali (Centro Australia – C.da Amoretta – Avellino; S. Angelo dei Lombardi - D.S. / Consultorio; Montoro - Centro "W. Tobagi"; Ariano Irpino – D.S.; Mirabella Eclano – P.S.; SERT Avellino e Grottaminarda; Centro Autismo c/o P.O. S. Angelo dei Lombardi e RSA c/o SPS Bisaccia).

ASL Benevento

In dettaglio:

- il primo stralcio dell'Accordo di programma prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la demolizione e la ricostruzione del poliambulatorio di via Minghetti a Benevento; il completamento dell'Hospice di Cerreto Sannita;
- nel Programma di investimenti Il stralcio, sono previsti: l'acquisto di attrezzature; la costruzione di un immobile da destinare a Dipartimento di Prevenzione ; la costruzione di un centro integrato polivalente per la cura e la riabilitazione dei portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e sede del DSM ed annessi ambulatori; la costruzione di un immobile da destinare a sede centrale amministrativa dell'ASL; la costruzione di due immobili da destinare ad attività sanitarie nei comuni di Montesarchio e Cautano (Immobile n. 1 – Nuova sede del distretto sanitario, poliambulatorio ed altre funzioni nel comune di Montesarchio; Immobile n. 2 – Nuova sede poliambulatorio di Cautano).

ASL Caserta

Con l'attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione dell'Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità.

Il II stralcio, prevede: i lavori di messa a norma e di adeguamento di una parte del complesso denominato “La Maddalena” di Aversa da destinare a “Cittadella della Salute” per attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze.

ASL Napoli 1 Centro

Con l’attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell’offerta territoriale, con la riconversione e l’adeguamento del Presidio S.S. Annunziata, dove si intende realizzare un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell’area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica, Sono, inoltre, previsti:

- lavori di adeguamento normativo all’ex P.O. San Gennaro;
- la messa a norma del Presidio Sanitario Polifunzionale Elena D’Aosta.

Nel secondo stralcio dell’Accordo di programma degli investimenti non sono previsti interventi territoriali per l’ASL.

ASL Napoli 2 Nord

Il primo stralcio non prevede interventi territoriali.

Nel secondo stralcio è previsto il potenziamento delle strutture territoriali dell’ASL, attraverso la realizzazione di una SPS nel Comune di Quarto e di una struttura polivalente di screening ed ambulatori a supporto dell’Ospedale San Giovanni di Dio di di Frattamaggiore

ASL Napoli 3 Sud

Sia il primo che il secondo stralcio non prevedono interventi territoriali.

ASL Salerno

Con l’attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell’offerta territoriale, con la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccaspede.

Il secondo stralcio prevede:

- nel P.O. Pagani, che rappresenta il polo oncologico dell’ASL di Salerno, la programmazione anche dell’attività di radioterapia. Nell’ottica del potenziamento delle prestazioni erogate ai pazienti, l’ASL Salerno intende impegnarsi nella realizzazione di un servizio di Radioterapia,

attivo 7 giorni su 7, che consenta di servire i pazienti provenienti dalla parte meridionale della Campania e non solo. Inoltre, differenziando l'offerta assistenziale, mediante l'installazione di una tecnologia innovativa, quale la Tomoterapia elicoidale, intende avvalersi di un'equipe composta da alte professionalità per estendere l'offerta di servizi ad un bacino di utenza che si estende al territorio extraregionale limitrofo;

- la costruzione di una RSA nel comune di Roccadaspide e il completamento della RSA nel Comune di Pagani;
- la realizzazione di quattro nuove sedi di distretto (Eboli, Vallo della Lucania, Mercato S. Severino, Capaccio).

12 Il sistema informativo sanitario a supporto della rete di assistenza territoriale

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e le limitate risorse finanziarie mettono sotto pressione il sistema sanitario. E' necessario promuovere corretti stili per mantenere gli assistiti sani il più a lungo possibile e offrire migliori servizi sanitari per la gestione delle patologie: più accessibile, più personalizzati, più efficienti, quindi sostenibili.

In questa prospettiva le nuove tecnologie diventano un canale fondamentale per sviluppare le modalità di relazione e di servizio per l'assistito lungo tutte le fasi del percorso di salute: dall'accesso ai dati sanitari alla fruizione dei servizi, fino al monitoraggio delle terapie e all'adozione di comportamenti preventivi basati su analisi di modelli statistici. Tra queste si inseriscono le potenzialità dei device "mobile", delle app e di strumenti quali assistenti vocali e tecnologie innovative per l'assistenza domiciliare e la gestione della cronicità.

Per questi motivi il ruolo dell'Information Technology in ambito sanitario è diventato ormai centrale, vero punto di riferimento per il governo e per il monitoraggio dell'attività socio-sanitaria e amministrativa delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

La Regione Campania, dopo aver conseguito strutturalmente condizioni di equilibrio economico e finanziario, si è riappropriata pienamente della funzione di governo delle dinamiche evolutive del SSR conferendo un notevole impulso al miglioramento dell'offerta di prestazioni sanitarie attraverso la formulazione e/o riformulazione degli strumenti più importanti della programmazione: nuovo Programma Operativo, nuovo Piano Ospedaliero, nuovo Piano del fabbisogno del personale del SSR e un nuovo Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale.

Dal punto di vista del governo dei sistemi informativi in ambito sanitario, il panorama campano si presenta come un ecosistema in rapida evoluzione che richiede azioni strategiche al fine completare il processo di

integrazione delle informazioni tra le Aziende sanitarie e gli altri attori impegnati nella erogazione di servizi socio-assistenziali, con l'obiettivo di sfruttare le potenzialità del digitale per rispondere alle sfide legate ai nuovi bisogni di salute.

Tra le condizioni abilitanti dei percorsi volti al potenziamento dei LEA e del supporto alle attività assistenziali territoriali 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. Gli indicatori ISTAT relativi ai comportamenti demografici evidenziano che cittadini e imprese sempre più si aspettano una Pubblica Amministrazione capace di offrire informazioni qualificate e servizi on-line che semplifichino la vita del cittadino.

In questo senso si può ormai affermare che il "digital-divide" di natura culturale e tecnologico si sta sempre più assottigliando tanto è vero che l'ISTAT ha confermato che una crescente percentuale di persone di età superiore ai 65 anni possiede dispositivi mobili e connessione Internet. Inoltre, tanti servizi del mondo privato (dai servizi bancari a quelli per la mobilità) hanno in questi anni abituato buona parte dei cittadini a servizi accessibili h24 da qualunque luogo l'utente si trovi.

Questa spinta "dal basso" è stata sostenuta dagli interventi del legislatore: SPID, PagoPA, il domicilio digitale a breve, sono servizi che cominciano ad essere percepiti come strumenti utili per la semplificazione del rapporto dei cittadini soprattutto nel campo della salute, nella misura in cui aumentano i servizi.

Il modello di sviluppo di soluzioni ICT della Regione Campania, per veicolare l'offerta di servizi per il cittadino, si articolerà soprattutto verso i servizi territoriali attraverso:

- un unico Portale regionale per l'erogazione dei servizi al cittadino in ambito sanitario, basato su tecnologia Internet, che integra e veicola la fruizione di servizi, realizzati da sistemi legacy regionali e aziendali, orientati a cittadini e imprese e relativa APP per la fruizione di servizi in condizioni di mobilità.
- soluzioni regionali di coinvolgimento diretto del cittadino mediante l'utilizzo di canali anche non web, quali ad esempio canali telefonici, SMS, posta elettronica;
- soluzioni di teleconsulto e telemedicina

Nell'ambito dell'evoluzione dei processi clinico-assistenziali e del Fascicolo Sanitario Elettronico, è evidente che la costituzione di un indice di dati e documenti sanitari a livello regionale - interoperabile a livello nazionale - sta impegnando la regione in un processo di omogeneizzazione dei sistemi aziendali e regionali che producono e memorizzano i documenti clinici, sia dal punto di vista della struttura che dal punto di vista della persistenza.

Tuttavia, occorre tener conto di ulteriori specifiche a livello aziendale che consentano di applicare regole di accesso peculiari del titolare del dato o della struttura che ha in carico il paziente, perché finalizzate ad uno specifico processo di cura.

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 degli interventi è anche quella di coadiuvare lo sviluppo di una funzione centrale, presso la Direzione Generale Tutela della Salute e presso la Centrale di committenza regionale So.Re.Sa. S.p.a., nella nuova veste di struttura tecnica-operativa di supporto alle decisioni, 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.

Da tale consapevolezza ne è derivata la necessità di formulare un Programma regionale di investimenti in Sanità Digitale che è stato concepito, in continuità con quanto già previsto con la delibera di Giunta Regionale n. 25/2018, 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 Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA)

SINFONIA, Sistema INFormativo saNità CampanIA, è il sistema informativo sanitario che la Regione Campania sta realizzando al servizio degli utenti e degli operatori (in coerenza col piano 2017-2019 per l'informatica nella Pubblica Amministrazione) progettato per supportare l'intero governo del SSR campano, aumentare l'efficienza, contenere i costi e al tempo stesso rendere uniformi e potenziare la risposta ai bisogni di tutti i protagonisti del sistema, operatori, cittadini, strutture, referenti dell'ente regionale e dell'amministrazione centrale.

La prima fase degli investimenti ha avviato la realizzazione delle due componenti di base del nuovo Sistema Informativo Sanitario della Regione Campania:

- Anagrafi Regionali, la realizzazione del sistema di anagrafi centrali sanitarie, rivolto ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario della regione Campania, ha previsto 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.

Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e Portale del cittadino

Il “Modello strategico di evoluzione del sistema informativo della Pubblica Amministrazione” delineato nel Piano triennale per l'informatica nella PA, descrive così l'Ecosistema Sanità: “in tale ecosistema un ruolo centrale è ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE) che è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare, consultare e condividere la propria storia sanitaria.

L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino è 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, viene attivata una specifica sezione all'interno del portale istituzionale della Regione Campania, interamente dedicato alla Sanità.

Tale portale rappresenta il canale di comunicazione istituzionale per i pazienti, gli addetti ai lavori ed i media. Esso consente, 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.

Sulla base delle scelte già effettuate dalla Regione Campania, il Piano è stato articolato nelle seguenti successive azioni in corso di realizzazione:

Evoluzione del sistema CUP regionale

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.

Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale a supporto del governo delle attività di vaccinazione

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, la Regione Campania ha inteso 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 di 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).

Per il raggiungimento di tale obiettivo, l'AVR viene dotata di una serie di funzionalità rivolte agli operatori (sanitari e amministrativi) e ai cittadini, e viene integrata con le componenti del sistema informativo regionale e quelle delle ASL, necessarie per garantire un'erogazione delle prestazioni omogenea sul territorio e coerente con le informazioni condivise, e mette 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).

Piattaforma unica regionale 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 ASL 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 ASL 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 ASL di utilizzare un sistema standard per gestire i processi relativi ai programmi di screening, dall'individuazione e contatto della popolazione target (sfruttando le potenzialità di contatto omni-canale offerto dalle nuove tecnologie digitali), all'esecuzione dei test e alla registrazione degli esiti 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 ASL, 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 consente, 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).

Sistema Informativo delle 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.

Cruscotti 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 da ultimo, con il nuovo Piano Nazionale 2019-2021, approvato con Intesa Stato-Regioni del 21/02/2019

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). A seguito dell'adozione del Nuovo Piano Nazione 2019-2021 si procederà all'adeguamento del citato Decreto 34 del 2017, secondo la tempistica indicata nel capitolo "Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio".

L'efficacia nel governo delle liste di attesa richiede che le ASL 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 ASL 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 sta potenziando l’attuale soluzione regionale per il monitoraggio delle liste di attesa e sta procedendo 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.

Implementazione e gestione della piattaforma per il numero 116117

Nell’ambito della riorganizzazione dell’assistenza territoriale, la Regione Campania sta promuovendo l’attivazione di nuovi modelli organizzativi, adattabili ai diversi contesti territoriali.

In questo contesto, la Regione ha individuato, nell’adozione del numero unico europeo 116117 per l’accesso ai Servizi di Cure Mediche a altri servizi sanitari, uno strumento chiave per garantire la continuità assistenziale e ottenere una riduzione del ricorso improprio ai servizi d’urgenza e d’emergenza.

La nuova soluzione per la piattaforma 116117 viene implementata secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento. In particolare, l’accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR), definisce gli aspetti tecnici ed organizzativi per l’attivazione e il funzionamento del numero 116117.

Dal punto di vista architetturale la soluzione deve rispettare le linee guida regionali per lo sviluppo dei sistemi IT e dovrà esser coerente con la traiettoria di adozione del modello cloud sottesa all’impianto complessivo degli interventi di digitalizzazione della sanità campana.

Tale soluzione permette, attraverso l'integrazione fruttuosa del servizio di Continuità Assistenziale (CA) con il Sistema territoriale di Emergenza 118, di garantire la continuità delle cure mediche non urgenti nelle 24 ore e la gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.

In particolare, la piattaforma tecnologica per la gestione del 116117 è caratterizzata da:

- contact center multicanale integrato ad una soluzione evoluta di gestione dei ticket;
- integrazione con gli altri asset chiave previsti nell'ambito del nuovo modello della sanità digitale campana che potranno migliorare il potenziale in termini di funzionalità e di efficienza dei servizi erogati (a titolo esemplificativo si pensi alla Anagrafe Unica o al 118)
- sistemi di monitoraggio ed analisi (attraverso la disponibilità di opportuni dashboard) dei dati di accesso e impiego dei servizi di continuità assistenziale;
- interfaccia applicativa integrata con la componente di contact center al fine di sviluppare ulteriormente la standardizzazione e l'automazione delle attività svolte dalle guardie mediche distribuite sul territorio;
- mobile app destinata all'utente finale con funzionalità di ingaggio diretto (anche non attraverso la modalità voce) del servizio di 116117;
- un servizio di traduzione H24 in 25 lingue garantito dalla possibilità di avviare una conferenza a 3 con un interprete linguistico.

L'implementazione della nuova piattaforma 116117 permette alla Regione di ottenere i seguenti benefici per i differenti attori coinvolti:

- erogare prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;
- fornire modalità di accesso ai MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
- fornire consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato;
- individuare e trasferire delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- fornire informazioni circa la modalità di accesso alla Guardia Turistica;
- svolgere attività di trasporto sanitario non urgente;
- fornire assistenza ai pazienti cronici;
- fornire attività specialistiche;
- fornire elenco farmacie aperte al pubblico;
- fornire altri servizi individuati dal competente settore regionale.

Servizi di Telemedicina

Nell'ambito dell'attuazione dei servizi di sanità digitale, assume grande rilevanza la definizione di modalità tecnico-organizzative finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza della Regione Campania. La telemedicina può in particolare contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche. Con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità delle patologie, la sanità in rete può essere sinergica a interventi di telemedicina nelle attività di prevenzione. Ciò può essere utile soprattutto per categorie identificate a rischio, in quanto, ad esempio, affette da patologie cardiovascolari. Questi pazienti, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi ad un costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni. L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette in questo caso di fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza.

La telemedicina, nel rappresentare uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità.

La telemedicina permette di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio. Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto inoltre, la telemedicina può offrire un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

La Regione Campania, in tale ambito, intende promuovere quelle iniziative già attivate nelle Aziende sanitarie ed integrarle con un Centro regionale dei Servizi di Telemedicina Specializzata ove ha previsto una apposita linea di finanziamento.

Teleconsulto Isole minori

Negli ultimi anni la Sanità ha dovuto fronteggiare un processo di razionalizzazione delle risorse che ha obbligato le strutture del SSN a riorganizzare i processi e strumenti. La trasformazione digitale e la messa in rete dei servizi di assistenza e cura è oramai la scelta più diffusa per garantire i livelli di assistenza

minimi richiesti dagli standard europei. Ciò risulta essere ancora più importante per tutti quei territori lontani dalle aree metropolitane (isole, comuni montani, etc.) che hanno visto aumentare il Digital Divide rispetto alle aree più fortemente urbanizzate.

La Regione Campania risulta essere la prima regione italiana in linea con gli standard europei per i collegamenti a banda larga e banda ultra-larga, dotandosi in questo modo delle cosiddette “autostrade telematiche” per garantire collegamenti efficaci ed efficienti, che ha consentito di approcciare in modo deciso all’e-Health. Una “sanità online” è il presupposto per garantire assistenza sul territorio e continuità di cura tra ospedale e territorio, in un contesto dove sempre più si va affermando un modello Hub & Spoke di una rete integrata di servizi: tale visione parte dal presupposto che competenze rare e costose non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a disposizione di tutto il territorio regionale.

Il Teleconsulto rappresenta, nel panorama dei servizi di medicina a distanza, la base per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali supportati da reti e-Health che possano meglio rispondere ai bisogni socio-assistenziali e garantisca minori costi e migliori risultati per la popolazione, condividendo le migliori professionalità messe a disposizione.

Tra le aree regionali che soffrono il problema del Digital Divide, spiccano i territori delle Isole di Procida, Ischia e Capri. Nella riorganizzazione della rete dei servizi sanitari risulta fondamentale dotare le strutture di presidio nelle isole al fine di assicurare una strumentazione idonea e affidabile per garantire i livelli di assistenza richiesti dal SSN.

L'utilizzo di soluzioni di Teleconsulto comporta innumerevoli vantaggi per il SSN, per le aziende e le organizzazioni sanitarie, per i medici e per i pazienti. È innegabile, infatti, che l'adozione di tali soluzioni comportino un abbassamento dei costi diretti e indiretti della salute, oltre che al miglioramento generale dei servizi ed una maggiore facilitazione nella cooperazione tra centri di cura specializzati e centri di salute primaria, specie nei casi di emergenza.

Per i medici ed il personale sanitario, in generale, l'utilizzo di strumenti e-Health comporta senz'altro un incentivo all'incremento delle professionalità tramite sistemi come il Teleconsulto e la Videoconferenza, che rendono più facile ed economico l'aggiornamento professionale, nonché un accrescimento della qualità delle decisioni del medico, mettendo a sua disposizione, in modo semplice e veloce, le informazioni relative al paziente e il consulto a distanza.

Il progetto prevede di dotare le strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di Teleconsulto al fine di assicurare una comunicazione efficace tra personale on-site e remoto, e la condivisione di tutte le informazioni necessarie per supportare il personale sanitario in una diagnosi quanto più veloce e precisa. Al fine di avere la massima affidabilità dei servizi che si intende realizzare, garantendo una sopravvivenza h24, 7x7 e 365gg, si propone l'utilizzo di una tecnologia di collaboration, come strumento che consente la realizzazione un network collaborativo fra specialisti.

Il teleconsulto medico del progetto Isole consiste nella possibilità per i medici, situati in postazioni remote, dislocate in sedi isolate e disagiate (Digital Divide), ed in sedi specialistiche dove professionisti sono coinvolti in second opinion, di condividere e valutare un particolare caso clinico attraverso l'analisi del maggior numero possibile di informazioni a loro disposizione, e l'impiego, ove necessario, della video conferenza personale, utile per sottoporre lo stesso ad eventuali commenti estemporanei ed a scambi di pareri, sulla base dello specifico know how di ciascun professionista.

Oltre all'esigenza di disporre di un sistema di videoconferenza in tempo reale, che consenta l'interazione tra gli operatori sanitari, la scelta progettuale è stata anche di realizzare un sistema asincrono di cooperazione, dovuto principalmente all'esigenza di superare difficoltà di raccordare le disponibilità degli specialisti e dei medici ambulatoriali tra i Centri Sanitari interessati alla consultazione a distanza.

Il Teleconsulto induce migliore efficacia, efficienza ed appropriatezza della cura, specie in aree del territorio che soffrono del Digital Divide. Infatti, la sfida dei sistemi sanitari dei prossimi anni, legata all'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontata anche attraverso un miglior uso del sistema sanitario, supportato dall'Information and Communication Technology. L'introduzione del Teleconsulto, come innovativa modalità organizzativa, ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

Il teleconsulto non può più essere considerata come un settore a se stante, quanto piuttosto come una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica. Quest'ultima ricomprende in senso più ampio l'uso dell'ICT a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario.

Il nuovo Sistema Informativo Integrato per l'assistenza territoriale

Nell'ambito della realizzazione dell'intero sistema Informativo Sanitario Regionale (SINFONIA) la Regione Campania sta prevedendo la progettazione di un sistema informativo ad hoc per il potenziamento delle attività di supporto all'Assistenza territoriale.

In ogni organizzazione, soprattutto complessa come può essere il mondo sanitario, assume un ruolo rilevante il "sistema informativo", ovvero l'insieme dei metodi, delle procedure e degli strumenti necessari per la raccolta, conservazione, classificazione e utilizzo dei dati correlati alla propria attività. Decisioni efficaci possono essere adottate solo disponendo di informazioni dedotte da dati congruenti all'attività, significativi, rilevati in modo corretto, aggiornati. Più l'organizzazione è complessa, maggiore è la necessità di informazioni affidabili, aggiornate, confrontabili, integrate.

Tuttavia, non raramente le organizzazioni non dispongono di un "sistema", ovvero di un insieme di processi per la "gestione delle informazioni" tra loro integrati, bensì si avvalgono di diversificate procedure e

raccolte, tra loro non connesse ma orientate ciascuna a specifiche e separate finalità. Inoltre, è diffuso intendere per sistema informativo il solo apparato informatico, ritenendo che ciò, a prescindere da cosa e come viene informatizzato, possa risolvere ogni problema ed ogni esigenza.

Un sistema informativo congruente dovrebbe consentire, quindi, all'interno di un disegno complessivo:

- reali utilità e praticità d'uso per gli utenti finali;
- possibilità di comunicazione e supporto all'integrazione tra le articolazioni organizzative e gli operatori coinvolti;
- semplificazione delle attività, con procedure informatiche interfacciate alla modulistica cartacea, quando presente, e agli strumenti di supporto operativo;
- facile accessibilità dalle postazioni dei diversi operatori e utenti, per le sezioni e funzioni di rispettiva competenza;
- possibilità di elaborare agevolmente e in modo corretto i dati per ottenere informazioni di sintesi.

In quest'ottica, il progetto SINFONIA nella sua generalità, e il sistema di supporto per l'assistenza territoriale nello specifico, nascono proprio come sistemi integrati che invece nascono proprio con l'obiettivo finale di generare informazione e conoscenza a favore di tutti gli attori del sistema sanitario regionale, con l'obiettivo di migliorare drasticamente la qualità dei servizi per i cittadini.

Da un punto di vista strettamente tecnico e tecnologico, gli obiettivi del sistema informativo sono:

- offrire strumenti di governo adeguati per la gestione del riequilibrio del rapporto fra domanda assistenziale appropriata ed offerta;
- ottimizzare le procedure di erogazione dei servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali per facilitarne l'accesso e migliorarne la fruibilità da parte dei cittadini;
- omogeneizzare i vari servizi sociosanitari, individuando percorsi comuni con i servizi sociali;

In questo contesto è necessario delineare un percorso integrato territoriale per la gestione del paziente con problematiche di tipo sanitario e necessità di tipo socio-assistenziale attraverso la stretta collaborazione tra MMG, ASL, Ospedali (in fase di dimissione protetta), Enti locali e sistema delle imprese sociali, finalizzato alla presa in carico e al management dell'intero percorso assistenziale della persona (che resta centro e oggetto di tutti gli interventi assistenziali).

Lo strumento di supporto ai distretti sanitari territoriali, agli enti erogatori e alle strutture regionali, è organizzato in componenti modulari, tra loro interconnesse e integrate, garantirà la gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale nell'ambito dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare non autosufficienza;
- assistenza residenziale non autosufficienza;
- assistenza semiresidenziale non autosufficienza;

- assistenza residenziale cure palliative;
- assistenza domiciliare cure palliative;
- assistenza riabilitativa.

In tale ambito la Regione Campania intende dotarsi anche di una cartella socio sanitaria quale “strumento” multiprofessionale che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel percorso terapeutico e socio-riabilitativo, che aiuta e supporta la gestione sinergica dei processi di cura, dei bisogni assistenziali ed educativi.

13 Valutazione dell’impatto economico

a. 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 seguente piano, 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 86 – 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 87 – Tariffe Disabilità

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 88 - 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 89 – 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 90 – 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 91– 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 92 – 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 93 – Tariffe Cure Palliative Specialistiche

b. 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 presente documento 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.

Come già definito nel capitolo 10 di tale documento, la Regione entro 12 mesi dalla approvazione del presente Piano, emanerà atti di definizione di requisiti e tariffe per i setting non ancora disciplinati (stimati sulla base dei lavori istruttori ancora in corso per la valorizzazione economica indicati in tabella n. 95) e conferma le tariffe riportate nel paragrafo a) del suddetto capitolo.

Ai fini della valorizzazione e non solo, per calcolare il differenziale, un tema ampiamente affrontato all'interno del documento è stato quello relativo all'offerta attuale; i dati, estratti in data 09.09.2019, sono stati rilevati sulla base di fonti differenti, come segue:

- 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 AA.SS.LL. 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:

	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
<i>Residenziale Alto carico - R3</i>	-	268.806	-	66.979	4.060.918	-	201.827
<i>Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg</i>	-	11.604	-	2.891	350.618	-	8.713
<i>Residenziale Medio carico - R3</i>	-	865.906	-	215.759	11.416.893	-	650.147
<i>Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg</i>	-	14.324	-	3.569	377.709	-	10.755
<i>Residenziale modulo Demenze</i>	-	191.802	-	47.792	2.858.890	-	144.010
<i>Residenziale modulo Demenze - temporaneo</i>	-	1.763	-	439	52.545	-	1.323
R2 Estensiva	2.151	588.784	-	-	-	2.151	588.784
<i>R2 estensiva al netto di ODC</i>	1.651	451.909	-	-	-	1.651	451.909
<i>Ospedale di Comunità (*)</i>	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
<i>Residenziale Alto carico - RD3</i>	-	278.832	-	162.327	15.434.309	-	116.505
<i>Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg</i>	-	356	-	207	28.161	-	149
<i>Residenziale Medio carico - RD3</i>	-	246.346	-	143.414	11.105.475	-	102.932
<i>Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg</i>	-	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	935.040	3.247	852.435	96.957.368	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
<i>SRP1_ Residenziale elevata attività assistenziale</i>	-	44.792	-	43.218	8.476.834	-	1.574
<i>SRP2_ Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)</i>	-	134.377	-	129.655	22.906.121	-	4.722
<i>SRP3_ Residenziale estensiva</i>	-	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	1.080	243.000	1.073	241.425	26.660.498	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
<i>Residenziale Terapeutico</i>	284	77.745	401	109.774	7.354.841	117	32.029
<i>Residenziale Pedagogica</i>	106	29.018	48	13.140	709.560	58	15.878
<i>Accoglienza residenziale</i>	195	53.381	-	-	-	195	53.381
<i>Minore TD residenziale</i>	24	6.570	-	-	-	24	6.570
<i>Doppia diagnosi residenziale</i>	163	44.621	-	-	-	163	44.621
<i>Minore doppia diagnosi residenziale</i>	32	8.760	-	-	-	32	8.760
<i>Madre bambino residenziale</i>	9	2.464	-	-	-	9	2.464
Semiresidenziale	542	121.950	126	28.350	1.065.150	416	93.600
<i>Semiresidenziale Terapeutico</i>	191	42.975	78	17.550	719.550	113	25.425
<i>Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA</i>	71	15.975	48	10.800	345.600	23	5.175
<i>Accoglienza semiresidenziale</i>	131	29.475	-	-	-	131	29.475
<i>Minore TD semiresidenziale</i>	17	3.825	-	-	-	17	3.825
<i>Doppia diagnosi semiresidenziale</i>	109	24.525	-	-	-	109	24.525
<i>Minore doppia diagnosi semiresidenziale</i>	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
<i>Residenziale Alto</i>	-	148.922	-	94.030	16.497.414	-	54.892
<i>Residenziale Medio</i>	-	92.263	-	58.255	8.368.553	-	34.008
<i>Residenziale Base</i>	-	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
<i>Semiresidenziale - Alto livello</i>	-	75.606	-	130.579	4.930.598	-	54.972
<i>Semiresidenziale - Medio livello</i>	-	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 94 - Posti letto e giornate da attivare sulla base del fabbisogno e dell'offerta attuale

	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	-	2.018	2.719	-	546.626	753.442	6.219.681	59.177.651	132.577.088
Adulti non autosufficienti	-	1.323	1.763	-	345.759	477.643	-	30.159.754	72.035.903
Residenziale	-	995	1.326	-	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	-	5.553.222	9.597.518
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	-	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	-	-	-	-	-	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	-	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 95 - Valorizzazione dell'impatto economico nel triennio 2019-2021

A sostegno dello sviluppo del sistema socio-sanitario secondo le linee descritte nei paragrafi precedenti, 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 Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 19.

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.