



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

Il Commissario ad Acta

Dr. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dr. Claudio D'Amario

DECRETO n. 99 del 22.09.2016

Oggetto: Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018.

PREMESSO :

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

VISTO:

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

VISTO:

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



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

Il Commissario ad Acta

Dr. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dr. Claudio D'Amario

VISTA:

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

VISTO:

l'incarico prioritario del Commissario ad Acta "di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente";

la Delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2015, con particolare riferimento all'acta "iv" relativo al *"Potenziamento dell'offerta extraospedaliera e territoriale";*

PREMESSO :

- che il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008, approvato con D.P.R. 7 Aprile 2006, ha individuato gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociale e civili, in ambito sanitario prevedendo la possibilità di conseguire i citati obiettivi nel rispetto dell'Intesa del 23 Marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, comma 173, della legge 30 Dicembre 2004, n. 311, e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del S.S.N;
- che il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali ed a superare le diversità territoriali, impegna Stato e Regioni alla individuazione di strategie condivise volte a superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e promozione per una sempre maggiore qualità dei servizi, che si possono conseguire con l'adozione di linee di indirizzo concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini;
- che il recente Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016 ha evidenziato chiaramente l'esigenza di una rivisitazione a tutti i livelli dell'intero sistema della sanità, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo gestionale, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza in modo da creare ulteriori spazi economici da utilizzare per i necessari investimenti;

VISTI :

- il D.C.A. n. 49/2010 con il quale sono state tratte le linee programmatiche per il riassetto della rete territoriale;
- il D.C.A. n. 84/2013 con il quale è stato approvato un nuovo modello di riorganizzazione delle Cure Primarie;
- il D.C.A. n. 87/2013 con il quale si è provveduto alla approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale;
- il DCA n. 55 /2015 con il quale si è provveduto all'approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta;



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

Il Commissario ad Acta

Dr. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dr. Claudio D'Amario

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica ambulatoriale interna, veterinaria ed altre professionalità sanitarie del 17.12.2015;
- il D.C.A. n. 18 del 18 Febbraio 2015 con il quale si è provveduto all'aggiornamento del Modello di Riorganizzazione delle Cure Primarie;
- il DCA n. 33 del 23 maggio 2016 con il quale è stato adottato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015;

CONSIDERATO

- che l'Accordo sancito in Conferenza in data 30 Luglio 2015, in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del PSN 2006 – 2008, nelle more dell'approvazione del nuovo PSN maggiore attenzione deve essere rivolta ai temi, che a seguito dei mutamenti intervenuti nella struttura demografica, economica e sociale del Paese richiedono un allineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali del sistema delle cure primarie ;

CONSIDERATO

- Che nel corso delle riunioni di verifica svoltesi presso i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nelle sedute del 1.4.2015 e del 30.7.2015, sono state evidenziate delle criticità in ordine al DCA n. 18/2015;
- Che con nota prot. n. 3841/C del 20.10.2015 I Commissari ad Acta pro tempore hanno segnalato ai Ministeri che era in corso la revisione critica del provvedimento commissariale citato;
- Che la revisione critica ha condotto alla modifica del documento allegato al DCA n. 18/2015 al fine di :
 1. garantire tempi di risposta coerenti con il livello di intensità di assistenza;
 2. evitare duplicazioni di offerta assistenziale;
 3. correlare la rete delle cure primarie con il sistema delle cure domiciliari;
 4. strutturare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto dei cittadini dal livello ospedaliero a dimissioni protette;
 5. individuazione di strumenti di monitoraggio e di valutazione di efficacia di processo e di esito;

ACQUISITA

- La collaborazione istruttoria della Dott.ssa Antonella Guida, del Dott. Vincenzo D'Amato e del Dott. Domenico Crea del Nucleo di Supporto della Struttura Commissariale, della Dott.ssa Marina Rinaldi della UOD Interventi Socio Sanitari

RITENUTO

- di dover procedere all'approvazione del Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018;
- che, anche alla luce delle osservazioni ministeriali, si è reso necessario disciplinare il riordino oltre che delle cure primarie – già materia esclusiva del DCA n. 18/2015 – dell'intera rete dell'Assistenza Territoriale;
- che l'Allegato 1 recepisce le osservazioni dei Ministeri affiancanti e, di fatto, sostituisce integralmente, per la parte relativa al riordino delle Cure Primarie, il DCA n. 18/2015;



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

Il Commissario ad Acta

Dr. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dr. Claudio D'Amario

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

DECRETA

Di APPROVARE il Documento "*Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018*" che, allegato al presente decreto (Allegato1), sostituisce integralmente il documento di cui al DCA n. 18/2015;

di DARE MANDATO alla Direzione Generale per la Tutela della Salute di promuovere presso le Direzioni Aziendali la immediata applicazione di quanto riportato nel citato Documento;

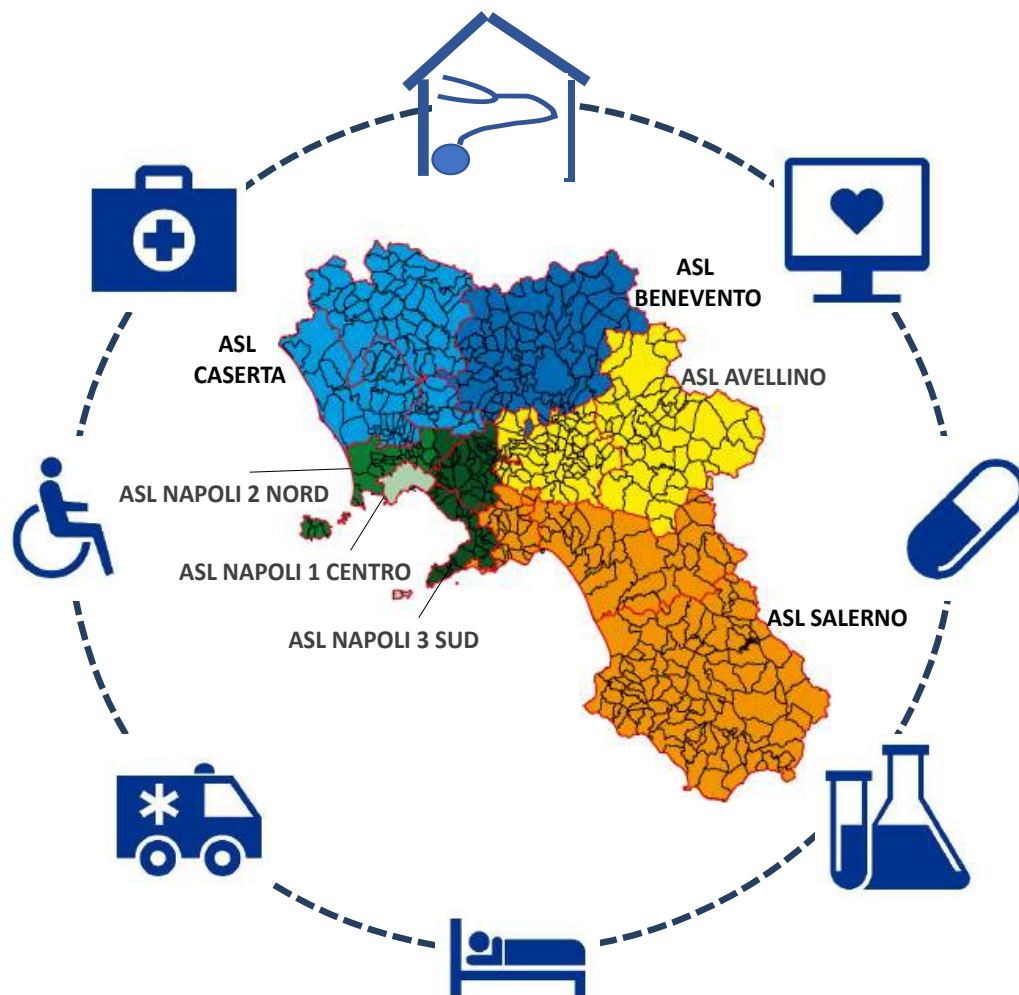
di TRASMETTERE attraverso la procedura SIVEAS il presente Provvedimento al Tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, approvandolo con riserva di recepimento o di eventuali indicazioni o prescrizioni formulate dai Ministeri vigilanti.

di TRASMETTERE copia del presente decreto alle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, a SORESA spa, al Capo di Gabinetto del Presidente della G.R., al Capo del Dipartimento per la Salute, per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni

REGIONE CAMPANIA



Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018

INDICE

PREMESSA	Pag.7
CAPITOLO 1 - Caratteristiche del territorio e organizzazione dell'assistenza in Regione Campania	Pag.14
1.1 - Il territorio	Pag.14
1.2 - La popolazione	Pag.14
1.3 - L'assistenza territoriale e l'allineamento degli Ambiti Territoriali	Pag.17
1.4 - L'integrazione socio-sanitaria	Pag.18
CAPITOLO 2 – Il Ruolo strategico del Distretto Sanitario	Pag.24
2.1 - Il Distretto Sanitario	Pag.24
2.2 – Ruolo, funzioni e forme organizzative	Pag.25
2.3 – Le competenze del Distretto Sanitario	Pag.26
2.4 – Forme organizzative del Distretto	Pag.29
2.5 - L'Ufficio Socio-Sanitario	Pag.31
2.6 – Assistenza territoriale agli stranieri	Pag.32
2.7- Le funzioni di governo del Distretto	Pag.33
2.8 – Diritti degli utenti e dei dipendenti e la partecipazione del cittadino	Pag.36
2.9 – Un modello regionale di riferimento per il superamento della Legge regionale n. 32/94: il DCA n.67 del 14.07.2016	Pag.36
CAPITOLO 3 - Le nuove Articolazioni Organizzative del Distretto Socio - Sanitario	Pag.38
3.1 – Introduzione	Pag.38
3.2 - Definizione, ruolo e normativa di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)	Pag.39
3.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale	Pag.40
3.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale	Pag.41
3.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	Pag.42
3.5.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.42
3.5.2 - Bacino di utenza, numero di AFT e orario di attività	Pag.42
3.5.3 - Compiti e funzioni	Pag.44
3.5.4 – Scopi	Pag.46
3.5.5 – Coordinamento	Pag.46
3.5.6 - Sistema informatico e informativo	Pag.47
3.5.7 - Fondo di AFT	Pag.47
3.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)	Pag.48
3.6.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.48
3.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività	Pag.48

3.6.3 - Compiti e funzioni	Pag.49
3.6.4 - Modalità di Accesso	Pag.50
3.6.5 – Scopi	Pag.50
3.6.6 - Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie	Pag.51
3.6.7 – Coordinamento	Pag.51
3.6.8 - Sistema informatico ed informativo	Pag.51
3.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato	Pag.52
3.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree	Pag.52
3.6.11 - Criteri e individuazione delle sedi in cui realizzare le UCCP e le SPS	Pag.52
3.6.12 – Le UCCP programmate	Pag.54
3.7 - La Unità Complessa di Cure Primarie Pediatrica	Pag.61
3.7.1 - Caratteristiche generali	Pag.61
3.7.2 – Scopi	Pag.62
3.7.3 – Funzioni della UCCP Pediatrica	Pag.62
3.7.4 – UCCP Pediatriche programmate	Pag.64
3.8 - La Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS)	Pag.65
3.9 – Gli Ospedali di Comunità (OdC)	Pag.66
3.9.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.67
3.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero	Pag.67
3.9.3 – Scopi	Pag.67
3.9.4 - Modalità di ammissione	Pag.68
3.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave	Pag.69
CAPITOLO 4 - Area della Fragilità	Pag.71
4.1 - La Cronità	Pag.71
4.1.1 – Introduzione	Pag.71
4.1.2 - La promozione della salute, l'educazione sanitaria e la diagnosi precoce	Pag.73
4.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale	Pag.73
4.1.4 - Il sistema informativo	Pag.75
4.1.5 - Il ruolo del Distretto Sanitario e le Cure Domiciliari	Pag.75
4.1.6 - La presa in carico dell'assistito	Pag.77
4.1.7 – Finalità	Pag.78
4.1.8 – Gli Strumenti per l'integrazione e la gestione delle cronicità: i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)	Pag.79
4.1.9 – Partecipazione alla Rete Oncologica Regionale	Pag.80
4.2 - La Disabilità	Pag.81
4.2.1 – Introduzione	Pag.81
4.2.2 – Presa in carico riabilitativa precoce e continuità assistenziale	Pag.81
4.2.3 – Lo strumento operativo per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale: L'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) ospedale-territorio	Pag.83
4.2.4 – Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali	Pag.84
4.2.5 – La unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale - territorio	Pag.84
4.2.6 – Composizione delle UVBR	Pag.85
4.2.7 – Scopi	Pag.86
4.2.8 – La presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva	Pag.86

4.2.9 – La presa in carico del minore con disabilità: stato attuale	Pag.87
4.2.10 – L’Integrazione Ospedale - Territorio	Pag.88
4.2.11 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie	Pag.88
4.3 - La “Non Autosufficienza”	Pag.89
4.3.1 – Introduzione	Pag.89
4.3.2 – La Domiciliarità	Pag.92
4.3.3 – La Residenzialità	Pag.96
4.3.4 – Le RSA Anziani	Pag.99
4.3.5 – Le RSA Disabili	Pag.106
4.4 – Le SUAP	Pag.108
CAPITOLO 5 - Area Materno-infantile	Pag.110
5.1 – I Consultori	Pag.110
5.2 – L’area Giuridica (minori e famiglie)	Pag.111
5.3 – L’Area Adolescenti	Pag.111
5.4 – Il percorso nascita	Pag.112
5.5 – L’area vaccinale pediatrica	Pag.112
5.6 – La salute della donna	Pag.113
5.7 – La rete Consultoriale	Pag.113
CAPITOLO 6 - Area della Prevenzione	Pag.115
6.1 – Il Dipartimento di prevenzione	Pag.115
6.2 – Compiti del Dipartimento di Prevenzione	Pag.115
6.3 – Aree di particolare interesse	Pag.116
6.3.1 – Registro Tumori	Pag.116
6.3.2 – Piano Regionale della Prevenzione	Pag.116
6.3.3 – Vaccinazioni	Pag.116
6.3.4 – Terra dei Fuochi	Pag.116
CAPITOLO 7 - Area della Salute Mentale	Pag.118
7.1 – Premessa	Pag.118
7.2 – La Salute mentale in età adulta	Pag.119
7.3 – Il modello organizzativo: Il Dipartimento di Salute Mentale	Pag.120
7.4 – I programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi	Pag.122
7.5 – La residenzialità psichiatrica	Pag.122
7.6 – Area di particolare interesse: I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)	Pag.123
7.6.1 – Introduzione	Pag.123
7.6.2 – La realizzazione della rete di assistenza e il coordinamento regionale	Pag.124
7.6.3 – Scopi della rete	Pag.124
7.6.4 – I nodi della rete	Pag.125
7.7 – L’emergenza psichiatrica	Pag.125
7.8 – La salute mentale in area penale	Pag.126
CAPITOLO 8 - AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPISCHIATRICI	Pag.127
8.1 – Il perché di una specifica area	Pag.127

8.2 – I Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (N.NP.I.A.)	Pag.128
8.2.1 – Strategie e caratteristiche organizzative dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria infantile e Adolescenti	Pag.130
8.3 – Indirizzi Operativi	Pag.130
8.4 – Aree di particolare interesse	Pag.131
8.4.1 – I Disturbi dello Spettro Autistico	Pag.131
8.4.2 – L’uniformità della prestazione assistenziale distrettuale	Pag.133
CAPITOLO 9 - Area delle Dipendenze	Pag.135
9.1 – Contesto normativo	Pag.135
9.2 – L’evoluzione del Sistema di Offerta – Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)	Pag.136
9.3 – Epidemiologia delle dipendenze	Pag.138
9.4 – Il modello dipartimentale	Pag.140
9.5 – Obiettivi del Dipartimento per le Dipendente	Pag.142
9.6 – I livelli di complessità assistenziale	Pag.143
9.7 – Aree di particolare interesse: Il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)	Pag.144
9.7.1 – Introduzione	Pag.144
9.7.2 – L’osservatorio regionale e aziendale	Pag.144
9.7.3 – Scopi	Pag.145
9.7.4 – Importanza dei sintomi “sentinella”	Pag.145
9.7.5 – L’assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze	Pag.146
9.7.6 – Il ruolo delle associazioni di volontariato e del Terzo settore	Pag.146
9.7.7 – L’attivazione di posti residenziali	Pag.146
9.7.8 – Il potenziamento dei servizi e azioni di contrasto alle dipendenze	Pag.147
9.8 – Le strutture per le Dipendenze	Pag.147
CAPITOLO 10 - Area delle cure palliative e fine vita	Pag.156
10.1 – I Centri residenziali per le cure palliative - Hospice	Pag.156
10.1.1 – Introduzione	Pag.156
10.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato	Pag.156
10.1.3 – L’uniforme sviluppo territoriale di centri residenziali per le cure palliative	Pag.159
10.1.4 – La rete di assistenza al paziente pediatrico	Pag.160
10.1.5 – Scopi	Pag.161
CAPITOLO 11 – Area Medicina Legale	Pag.163
11.1 – Le modifiche di attività	Pag.163
11.2 – Le funzioni attuali	Pag.163
11.3 – Le nuove funzioni	Pag.164
CAPITOLO 12 – La Sanità Penitenziaria	Pag.165
12.1 – Premessa normativa	Pag.165
12.2 – L’organizzazione	Pag.166
12.3 – La presa in carico	Pag.166
12.4 – L’offerta sanitaria	Pag.167

CAPITOLO 13 – Area della farmaceutica territoriale	Pag.169
CAPITOLO 14 - L'utilizzo dei Fondi Strutturali Europei 2014-2020 e dei Finanziamenti Europei Diretti	Pag.172
14.1 - Introduzione	Pag.172
14.2 - Il contesto di riferimento	Pag.172
14.3 - Le linee programmatiche	Pag.173
14.4 - Procedure attuative	Pag.176
ALLEGATI	Pag.177
Allegato A - Scheda Sinottica ASL di Avellino	Pag.178
Allegato B - Scheda Sinottica ASL di Benevento	Pag.184
Allegato C - Scheda Sinottica ASL di Caserta	Pag.188
Allegato D - Scheda Sinottica ASL di Napoli 1 Centro	Pag.193
Allegato E - Scheda Sinottica ASL di Napoli 2 Nord	Pag.197
Allegato F - Scheda Sinottica ASL di Napoli 3 Sud	Pag.201
Allegato G - Scheda Sinottica ASL di Salerno	Pag.208

PREMESSA

L'inversione della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono da tempo di riorganizzare l'assistenza territoriale, ovvero il primo livello di contatto della persona, della famiglia e dell'intera comunità con il Servizio Sanitario Regionale.

Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle polipatologie 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. La centralità dell'assistenza ospedaliera è stata finalmente riposizionata in un contesto culturale che rivaluta la necessità di riequilibrare l'offerta sul fronte territoriale che, dunque, deve necessariamente essere riorganizzato, 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 sono diventate 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.

Vi è dunque un nuovo "Territorio" che si dipana tra Ospedale e Comune/Municipalità che deve trovare moderni modelli di organizzazione per dare risposte efficaci ad una domanda sempre più complessa e specialistica, su fronti di cure impegnative ed innovative.

Un lungo periodo di tempo separa però la Sanità Campana di oggi dalla Legge Regionale n. 32/94 che dettava le prime indicazioni organizzative in ambito territoriale, oggi, dunque, necessariamente da riconfigurare, sia per garantire la modernizzazione di processi alla luce degli sviluppi e del cambiamento della domanda sanitaria territoriale, sia per consentire l'adesione a nuovi dispositivi di legge che rivoluzionano in particolare le Cure Primarie, sia per rendere attiva una sanità di prossimità, di domiciliarizzazione e di umanizzazione delle Cure, che per prendere in carico efficacemente una serie di patologie che stanno modificando profondamente il loro impatto epidemiologico, senza pesare sulla gestione ospedaliera.

Occorre ridefinire e riconfigurare il Distretto Sanitario ed i Dipartimenti Territoriali previsti dalla norma, a cui riconfermare con forza in Regione Campania la mission istituzionale determinata dalle leggi vigenti, fornendo le Aziende Territoriali di strumenti e modelli di riferimento, garanti della presa in carico e dell'equità delle prestazioni sull'intero territorio regionale, pur nel rispetto delle autonomie organizzative delle ASL.

La recente emanazione del Decreto n. 33/2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 79/2015 2016-2018" con l'individuazione delle reti e dei nodi assistenziali permette di programmare in maniera comparata e parallela l'assetto del Territorio con il presente Documento.

Entrambi saranno lo strumento di programmazione per la Regione Campania per il prossimo triennio, durante il quale la Campania potrà uscire dalla fase del Commissariamento e proseguire in autonomia su binari tracciati e condivisi, costruiti nel rispetto delle norme, della modernità assistenziale, del bisogno di salute della popolazione di riferimento, dei vincoli economici e delle nuove opportunità.

I vincoli di bilancio a cui la Regione Campania è sottoposta dal 2008 hanno a lungo sacrificato le dinamiche assistenziali, sia in termini di risorse umane che tecnologiche: ciò ha pesato soprattutto sulle attività territoriali. Il territorio è stato per lunghi anni sacrificato in termini di personale e di tecnologie, a vantaggio delle strutture ospedaliere che nel contempo soffocavano per una domanda impropria. Il coraggio di riposizionare personale e dotazioni tecnologiche in funzione di una nuova programmazione potrà finalmente dare respiro ad un Territorio, grosso polmone di assistenza a costi più contenuti e non per questo con risposte meno adeguate.

Nasce da questa convinzione la volontà della Struttura Commissariale nominata con Delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di voler dotare la Regione Campania di un Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale.

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, richiede dunque di abbandonare la visione ospedalocentrica, che ancora oggi contraddistingue la sanità campana, realizzando un Distretto Sanitario forte, in grado di essere leader assistenziale, specialmente nelle aree della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

Il Distretto Sanitario deve infatti rappresentare il luogo privilegiato per lo sviluppo ed il coordinamento delle reti e del lavoro integrato in team, per l'adozione di percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell'ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute, spostando l'attenzione dalla malattia alla persona e sviluppando l'approccio del "*prendersi cura*" e della "*personalizzazione*

degli interventi”.

Nel nuovo assetto della sanità campana, quindi, il presente Piano prevede che il fulcro centrale dei processi assistenziali sia rappresentato dal Distretto Sanitario che dovrà assumere un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento e nel facilitare l'integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, consentendo all'ospedale di perdere le attuali caratteristiche “generaliste” e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

Al fine di onorare il proprio ruolo il Distretto Sanitario campano dovrà essere in grado di adottare a pieno il “*paradigma dell'iniziativa*” ovvero quel modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, lasciando al solo ospedale l'adozione del “*paradigma dell'attesa*”, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

Diversi studi hanno ormai dimostrato che i sistemi sanitari maggiormente orientati sull'assistenza territoriale assicurano outcomes di salute e livelli di equità nell'accesso alle cure superiori ai sistemi che privilegiano il setting ospedaliero e, aspetto non trascurabile, con maggiore soddisfazione dell'utente e costi più contenuti.

Appare, pertanto, non ulteriormente rinviabile rimodulare l'offerta assistenziale territoriale sviluppando nuovi modelli organizzativi (delle cure primarie) che siano in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla globalità dell'approccio superando l'attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l'assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie.

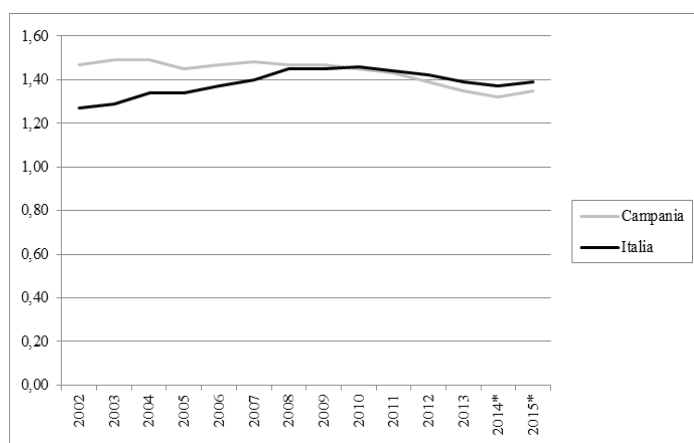
Il presente piano è stato definito in linea con i Programmi Operativi adottati dalla Regione Campania con lo scopo di garantire i LEA distrettuali in maniera uniforme sull'intero territorio. La sua attuazione richiede necessariamente il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità locali e, soprattutto, la realizzazione di un rapporto di partnership tra Azienda, MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali. L'obiettivo perseguito è quello di portare l'assistenza il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, anche attraverso lo sviluppo di servizi e strutture di prossimità che rappresentino una concreta alternativa al ricovero ospedaliero, nell'ottica della continuità delle cure e dello sviluppo delle reti.

In definitiva, la crescente consapevolezza del cambiamento dei reali bisogni di salute impone di spostare il baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio che dovrà essere in grado di affrontare la cronicità, la complessità e la fragilità.

Le dinamiche demografiche in Campania

Di seguito si riportano i risultati relativi alla Campania per alcuni indicatori demografici selezionati tra le aree tematiche analizzate nel Rapporto OsservaSalute 2015. Questi, da un lato dimostrano come anche in 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.

Fig. 1 - Tasso di fecondità totale (Numero di figli per donna) di cittadine italiane e di cittadine straniere residenti - Anni 2002-2015



*Dati non presenti nel Rapporto OsservaSalute 2015

In regione Campania il tasso di fecondità totale, nel 2015, è pari a 1,35 figli per donna (valore nazionale 1,39 figli per donna) risultando inferiore al valore che garantirebbe il ricambio generazionale, corrispondente a circa 2,1 figli per donna.

Nell'intero periodo in esame si osserva che la ripresa del livello di fecondità che si registra a livello nazionale fino al 2010 mostra in Campania un andamento caratterizzato da valori più alti rispetto ai dati dell'Italia fino al 2009 e da valori più bassi dal 2010 al 2015. Considerando l'intero periodo, il tasso di fecondità in regione Campania è diminuito dell'8,2% contro un aumento a livello nazionale pari al +9,4%.

Fig. 2 - Speranza di vita (anni) alla nascita (Maschi) - Anni 2002/15

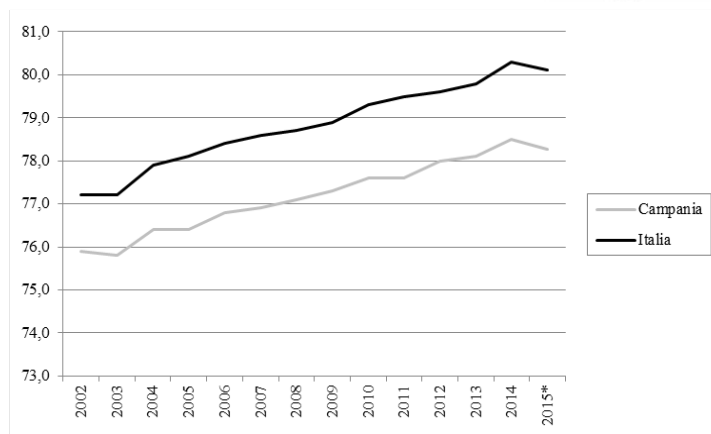
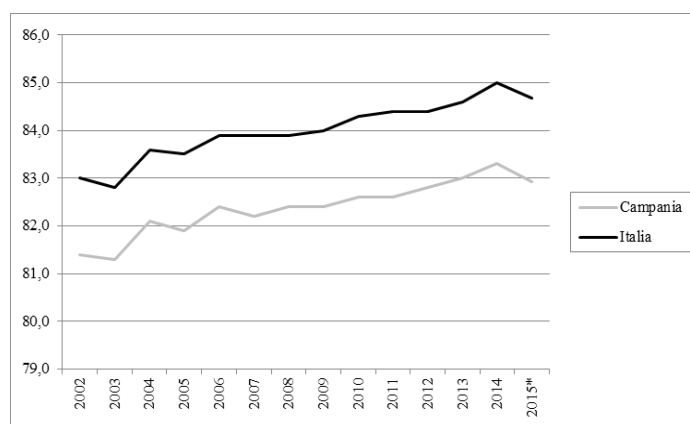


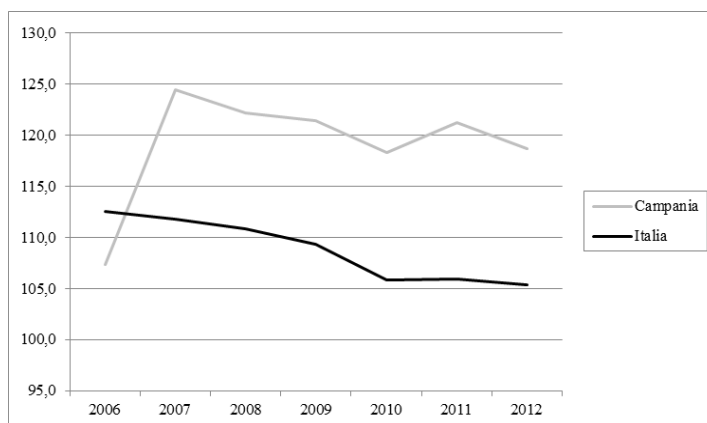
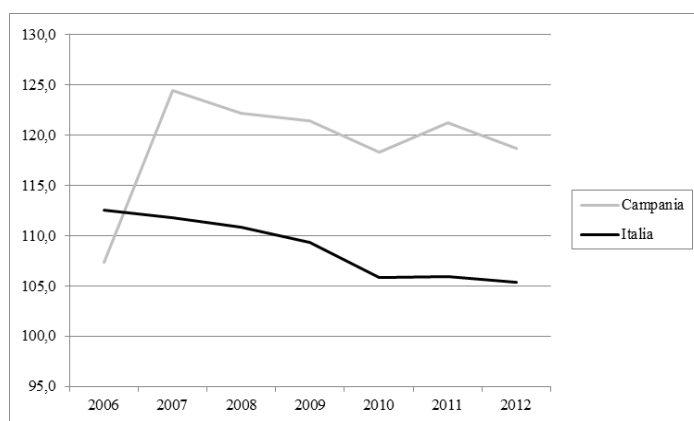
Fig. 3 - Speranza di vita (anni) alla nascita (Femmine) - Anni 2002/15



*Dati provvisori non presenti nel Rapporto Osservasalute 2015

In regione Campania la speranza di vita alla nascita, nel 2015 (dati provvisori), è pari a 78,3 anni per gli uomini ed a 82,9 anni per le donne contro un valore nazionale pari a 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne, valori minimi tra le regioni italiane. In termini di sopravvivenza è dunque ancora largamente evidente il vantaggio femminile (+4,6 anni).

Nell'intero periodo in esame per il genere maschile, si osserva, un trend della speranza di vita in aumento (+2,4 anni), con andamento simile a quello che si registra a livello nazionale, anche se con valori nettamente inferiori. Analogo andamento in aumento (+1,5 anni) si osserva anche per il genere femminile e, anche per le donne, i valori sono sempre inferiori rispetto a quelli che si registrano in Italia. È da evidenziare come nel 2015 si registrino valori in diminuzione, per entrambi i generi, sia a livello regionale che nazionale.

Fig. 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità (Maschi) - Anni 2006/12**Fig. 5 Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità (Femmine) – Anni 2006/2012**

In Campania i dati di mortalità relativi al 2012 risultano pari a 118,7/10.000 per gli uomini ed a 78,37/10.000 per le donne contro un valore nazionale pari, rispettivamente, a 105,4/10.000 e a 67,5/10.000. A livello regionale, nell'intervallo temporale 2006-2012, si registra per gli uomini un importante incremento (+10,5% vs un decremento a livello nazionale di -6,4%), mentre per le donne si registra una lieve diminuzione (-0,8% vs un valore nazionale di -1,8%). Per gli uomini, rispetto ai valori nazionali, i dati registrati si mantengono costantemente superiori ad eccezione del valore relativo a 10 anni orsono. Da evidenziare, inoltre, il netto incremento del tasso di mortalità maschile regionale osservato nel 2007. A livello nazionale, invece, dal 2006 al 2010 si osserva un andamento in diminuzione, mentre dal 2011 si osserva una maggiore stabilità del valore. Anche per il genere femminile i dati risultano sempre maggiori rispetto a quelli registrati a livello nazionale.

La lettura dei riportati indici suggerisce che diventa sempre più pressante l'esigenza di favorire il cambiamento adottando modalità assistenziali focalizzate sullo sviluppo dell'attività territoriale, considerando la maggiore incidenza e prevalenza di patologie croniche, esiti di patologie invalidanti, condizioni di

pluripatologie, malattie dell'anziano.

La riorganizzazione dell'intero sistema Territoriale con un riequilibrio di relazioni tra questo, l'ospedale e l'Ente Locale, permetterà di garantirne più a lungo la sostenibilità, arginando sprechi ed inefficienze, migliorando la qualità dell'assistenza, non solo attraverso la dispensazione di farmaci innovativi o l'erogazione di una diagnostica sempre più complessa, ma attraverso la revisione dei processi assistenziali focalizzati su appropriatezza, PDTA, Valutazioni integrate del bisogno assistenziale, multidisciplinarietà, prossimità.

CAPITOLO 1 - Caratteristiche del territorio e organizzazione dell'assistenza in Regione Campania

1.1 - Il territorio

Il territorio della Regione Campania 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 64.031 ab., rappresenta la terza isola più popolosa d'Italia dopo la Sicilia e la Sardegna.

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 Km² 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.

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 della regione si suddivide in cinque province, Napoli, Avellino, Benevento, Caserta, e Salerno; si estende su un suolo di 13.670,95 km² 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 12^a 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

1.2 - La popolazione

La popolazione totale residente è pari a 5.850.850 abitanti (dato Istat all'01/01/2016), è ripartita in 550 comuni ed ha una densità media di 428 abitanti per km² (media italiana: 200,84 ab/Km²), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità.

Tabella n.1 - Popolazione residente ripartita per provincia

Provincia	N. comuni	Estensione territoriale (km ²)	Popolazione (N. Abitanti)	Densità abitativa (N. ab/km ²)
Avellino	118	2.806,07	425.325	151,57
Benevento	78	2.080,44	280.707	134,93
Caserta	104	2.651,35	924.414	348,66
Napoli	92	1.178,35	3.113.898	2.642,59
Salerno	158	4.954,10	1.106.506	223,35
Totale	550	13.670,31	5.850.850,00	428

Fonte: tuttitalia.it

Dall'analisi della tabella n. 1 si evince che la provincia più popolosa della Regione è quella di Napoli con 3.113.898 abitanti (2.642,59 ab/km²), pari al 53,22% del totale, seguita dalle province di Salerno, Caserta, Avellino e Benevento

Fig. 6 - Densità abitativa della Regione Campania

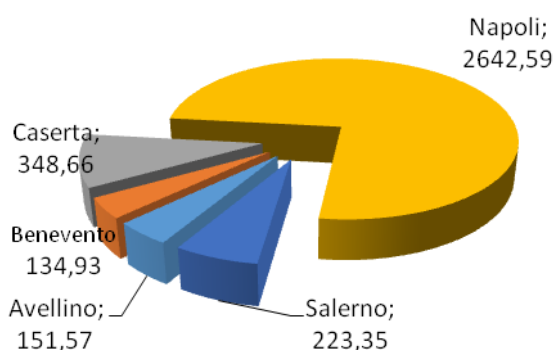
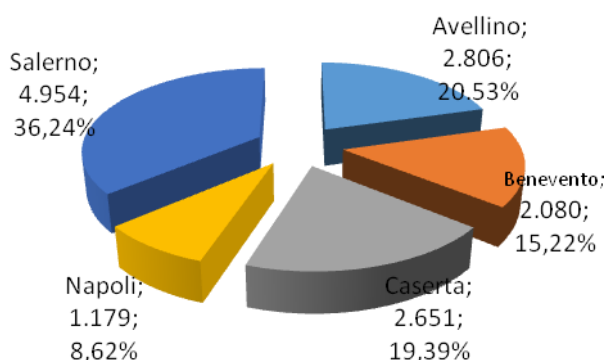


Fig. 7 - Estensione territoriale della Regione Campania



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 di partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

Tabella n.2 - Classifica primi 10 comuni italiani ordinati per densità di popolazione

N.	Comune	Popolazione residente	Superficie (Kmq)	Densità Ab/Km ²
1	Casavatore (NA)	18.661	1,53	12.223
2	Portici (NA)	55.274	4,6	12.003
3	S. G.a Cremano (NA)	45.557	4,11	11.097
4	Melito di Napoli (NA)	37.826	3,81	9.923
5	Napoli	974.074	119,02	8.184
6	Frattaminore (NA)	16.208	2,05	7.904
7	Bresso (Mi)	26.263	3,38	7.765
8	Arzano (NA)	34.886	4,71	7.413
9	Milano (MI)	1.345.851	181,67	7.408
10	Cardito (NA)	22.755	3,21	7.093

Fonte:tuttitalia.it

Dall'analisi della tabella n. 3 si evince che la regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 15,2% (vs un valore medio nazionale del 13,7%), tra i 15-64 anni pari al 66,9% (vs un valore medio nazionale del 64,3%) e oltre i 65 anni pari al 17,9% (vs un valore medio nazionale del 22,0%).

Per quel che riguarda le province, quella di Benevento presenta in percentuale il maggior numero di anziani con un valore pari al 22,1% (superiore al valore medio nazionale pari al 21,7%), mentre le province di Napoli e di Caserta mostrano, in percentuale, sul totale regionale, il minor numero di cittadini ultrasessantacinquenni residenti.

Tabella n.3 - Popolazione residente ripartita per provincia e per fasce d'età

Provincia	Popolazione 0-14 a.		Popolazione 15-64 a.		Popolazione > 65 a.		Popolazione totale
	numero	%	numero	%	numero	%	
Avellino	54.582	12,8	281.145	66,1	89.598	21,1	425.325
Benevento	35.702	12,7	182.975	65,2	62.030	22,1	280.707
Caserta	145.844	15,8	624.054	67,5	154.516	16,7	924.414
Napoli	501.204	16,1	2.091.210	67,2	521.484	16,7	3.113.898
Salerno	153.422	13,9	735.628	66,5	217.456	19,7	1.106.506
Totale	890.754	15,2	3.915.012	66,9	1.045.084	17,9	5.850.850

Fonte:dati ISTAT 2016

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 (cfr. anche schede di dettaglio negli Allegati) è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionale, regionale 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 da avere a riferimento per orientare una corretta programmazione sociale e sanitaria.

Tabella n. 4 - Indicatori di struttura della popolazione (Anno 2016)

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale
Campania	117.3	26.7	49,5
Mezzogiorno	143.8	30,6	51,9
Italia	161.4	34.3	55,5

Fonte: dati ISTAT 2016

Di seguito vengono riepilogate le definizioni dei principali indicatori della struttura della popolazione:

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. E' il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero di giovani fino a quattordici anni.

L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra gli anziani in età non attiva (65 anni e oltre) e quelli in età attiva (14-64 anni).

L'indice di dipendenza strutturale è il 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 ci sono in età non attiva 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.

1.3 - L'assistenza territoriale e l'allineamento degli Ambiti Territoriali

Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti nel Piano di rientro di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, la Regione Campania ha adottato con la L. R. n. 16 del 28/11/2008 le misure di razionalizzazione degli Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali prevedendo quattro aziende sanitarie, coincidenti con le province di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno e tre Aziende Sanitarie per l'area metropolitana e la provincia di Napoli. Con la successiva Deliberazione n. 504 del 20 marzo 2009, la Giunta Regionale ha operato una razionalizzazione anche dei territori distrettuali delle nuove Aziende Sanitarie Locali riducendo i distretti sanitari da 97 a 72. Tale ridefinizione ha però determinato un diverso assetto organizzativo di alcuni Ambiti Territoriali. Pertanto, al fine di consentire l'accesso ai sistemi di offerta sanitari, sociali e sociosanitari alle fasce più deboli della popolazione, perseguire l'omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi, l'uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, al tempo stesso, l'omogeneità del sistema di gestione, organizzazione ed erogazione dei servizi territoriali di natura

sociosanitaria, con la Deliberazione n. 320 del 03/07/2012 e successive modifiche (D.G.R. n 144/2016) la Giunta regionale ha disposto il processo di riallineamento tra gli Ambiti Territoriali (n.68) e i Distretti Sanitari.

1.4 - L'integrazione socio-sanitaria

L'assistenza sociosanitaria è stata definita dal legislatore (art. 3 septies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.), quale l'insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In regione Campania una molteplicità di fattori favoriscono elevati livelli di bisogno di natura complessa ovvero la sussistenza di condizioni di "fragilità" che possono essere affrontate solo attivando una risposta integrata di natura sociosanitaria.

Tabella n. 5 - Indicatori socioeconomici della Reg. Campania (anno 2014) Dati Istat

Area Tematica	Descrizione indicatore	% Campania	% Mezzogiorno	% Italia
Istruzione e formazione	Giovani che abbandonano prematuramente i percorsi di istruzione e formazione professionale ¹	19,7	19,3	15
	Tasso giovani NEET ²	36,3		26,2
Mercato del lavoro	Tasso di occupazione ³	39,2	41,8	55,7
	Tasso di disoccupazione giovanile ⁴	56	55,9	42,7
	Tasso di disoccupazione (pop.15 anni e oltre) ⁵	21,7	20,7	12,7
Inclusione sociale	Indice di povertà ⁶	20	23,6	12,9
Sicurezza e legalità	Tasso di criminalità organizzata e di tipo mafioso ⁷	3	3,5	2
	Tasso di omicidi ⁸	1,1	1,1	0,8
	Tasso di irregolarità nel lavoro ⁹	19,3	20,9	12,1

1) % della popolazione 18-24 anni con al più la licenza media, che non hanno concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla regione di durata superiore a 2 anni e che non frequenta corsi scolastici o svolge attività formative. 2) giovani tra i 25 e 29 anni non occupati né inseriti in un percorso regolare di istruzione/formazione in percentuale sulla popolazione nella corrispondente classe d'età. 3) % persone occupate in età 15-64 anni sulla popolazione nella corrispondente classe d'età. 4) % persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze-lavoro nella corrispondente classe d'età. 5) % persone in cerca di occupazione in età 15 anni o oltre sulle forze lavoro nella corrispondente classe d'età. 6) % persone che vivono al di sotto della soglia di povertà. 7) reati associativi (per 100.000 ab.) 8) omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti. 9) % unità di lavoro irregolari sul totale delle unità di lavoro

L'analisi degli indicatori appartenenti all'area della valutazione economica, dell'istruzione e formazione, del mercato del lavoro, dell'inclusione sociale, della sicurezza e legalità, infatti, mostrano come i relativi valori risultino costantemente inferiori alla media nazionale incidendo in maniera rilevante sullo stato di salute dei cittadini.

Se poi a tali disequaglianze si aggiungono l'invecchiamento della popolazione (marcato soprattutto nelle province di Avellino e Benevento, a sud di Salerno e nell'alto casertano), l'adozione di stili di vita non salutari (quali la diffusione del fumo, la sedentarietà, l'eccesso ponderale, il tasso di obesità

infantile) e l'aumento delle patologie croniche, si comprende come risulti strategico adottare politiche integrate per la salute che consentano di superare definitivamente gli interventi di tipo settoriale e la frammentazione e duplicazione della risposta assistenziale, causa di inappropriatezza e spreco di risorse.

Nella realtà campana il Distretto Sanitario assume un ruolo di primaria importanza e unico riferimento delle Aziende per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione. Le parole chiave, i punti cardine, gli imperativi categorici dell'assistenza dovranno essere rappresentati da equità, integrazione, coordinamento, continuità e presa in carico unitaria, globale, e individualizzata; quest'ultima dovrà avvenire sulla base della valutazione multidimensionale e della stesura del progetto assistenziale personalizzato integrando i settori delle cure e quelli dell'assistenza con l'obiettivo di aumentare la qualità di vita dei pazienti e, al tempo stesso, l'efficienza e sostenibilità del sistema.

Detta integrazione, perseguita sia a livello istituzionale che gestionale e professionale, riconosce nella programmazione condivisa, partecipata e unitaria, che si effettua rendendo tra loro complementari e coerenti il Programma delle attività territoriali distrettuale e il Piano di Zona, l'imprescindibile punto di partenza.

Per favorire il raggiungimento del citato obiettivo il presente Piano riconosce alle "reti" e ai "percorsi" il ruolo di strumenti organizzativi dell'integrazione e alla "presa in carico" il ruolo di strumento operativo.

In tale ottica vengono sviluppate diverse reti assistenziali che rappresentano l'insieme di servizi, attività e professionisti, tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi, che ricompongono i propri interventi calandoli sul bisogno di assistenza della persona. Analogamente, per raggiungere una gestione complessiva di un determinato problema di salute, vengono privilegiati gli interventi multi-professionali e multidisciplinari. Infine, attraverso la realizzazione di una corretta presa in carico i bisogni complessi, con necessità di assistenza continuativa e prolungata nel tempo da parte di diverse professionalità, ricevono una risposta globale ed unitaria.

Negli **Allegato A, B, C, D, E, F, G**, sono riportate alcune schede sinottiche per ogni ASL al fine di riassumere quanto fin qui detto.

Di seguito vengono riportate le tabelle che illustrano il dettaglio degli ambiti sociali e i distretti sanitari per ciascuna azienda sanitaria territoriale.

Tabella n. 6 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL di AVELLINO

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito A01	Distretto 01	Ariano Irpino	29	10.179	56.626	21.188	87.993
Ambito A02	Distretto 02	Monteforte Irpino	7	5.350	25.181	6.098	36.629
Ambito A03	Distretto 03	S. Angelo dei Lombardi	25	6.823	40.288	15.346	62.457
Ambito A04	Distretto 04	Avellino	16	12.396	63.389	20.842	96.627
Ambito A05	Distretto 05	Atripalda	28	14.038	67.876	19.135	101.049
Ambito A06	Distretto 06	Baiano	13	5.796	27.785	6.989	40.570
TOTALE			118	54.582	281.145	89.598	425.325

Fonte: dati ISTAT 2016

Tabella n. 7 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL di Benevento

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito B01	Distretto n.07	Benevento	5	8.660	46.345	15.026	70.031
Ambito B02	Distretto n.08	San Giorgio del Sannio	19	7.490	37.837	12.611	57.938
Ambito B03	Distretto n.09	Montesarchio	14	7.857	37.443	10.284	55.584
Ambito B04	Distretto n.10	Telese Terme	18	6.987	35.594	12.264	54.845
Ambito B05	Distretto n.11	Morcone San Bartolomeo in Galdo	22	4.708	25.756	11.845	42.309
TOTALE			78	35.702	182.975	62.030	280.707

Fonte: dati ISTAT 2016

Tabella n. 8 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL di Caserta

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito C01	Distretto n.12	Caserta	4	15.547	77.698	23.038	116.283
Ambito C02	Distretto n.13	Maddaloni	6	13.871	56.945	13.078	83.894
Ambito C03	Distretto n.14	Teano	16	9.714	51.288	16.739	77.741
Ambito C04	Distretto n.15	Piedimonte M.	31	9.522	47.469	16.715	73.706
Ambito C05	Distretto n.16	Marcianise	06	14.297	56.494	11.822	82.613
Ambito C06	Distretto n.17	Aversa	1	8.157	35.791	9.099	53.047
	Distretto n.18	Succivo	8	20.266	70.625	11.336	102.227
Ambito C07	Distretto n.19	Lusciano	6	13.729	52.949	9.805	76.483
	Distretto n.20	Casal di Principe	4	9.361	37.350	7.303	54.014
Ambito C08	Distretto n.21	S. Maria C. Vetere	7	11.800	51.343	13.109	76.252
Ambito C09	Distretto n.22	Capua	10	8.464	38.329	10.803	57.596
Ambito C10	Distretto n.23	Mondragone	5	11.116	47.773	11.669	70.558
TOTALE			104	145.844	624.054	154.516	924.414

Fonte: dati ISTAT 2016

Tabella n. 9 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL Napoli 1 Centro

<i>ASL Napoli 1 Centro</i>						
Ambito Sociale	Distretto Sanitario	Municipalità	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. totale
Ambito N01	Distretto n. 24	Municipalità 01	10.941	55.397	18.866	85.204
Ambito N34	Distretto n.73	Comune di Capri	828	4.719	1.658	7.205
		Comune di Anacapri	1.009	4.577	1.360	6.946
Ambito N02	Distretto n. 31	Municipalità 02	12.527	61.372	17.181	91.080
Ambito N03	Distretto n. 29	Municipalità 03	14.897	69.002	20.122	104.021
Ambito N04	Distretto n. 33	Municipalità 04	13.335	64.744	17.037	95.116
Ambito N05	Distretto n. 27	Municipalità 05	13.124	73.149	28.875	115.148
Ambito N06	Distretto n. 32	Municipalità 06	18.885	79.924	17.633	116.442
Ambito N07	Distretto n. 30	Municipalità 07	14.189	62.405	13.339	89.933
Ambito N08	Distretto n. 28	Municipalità 08	14.414	63.653	12.955	91.022
Ambito N09	Distretto n. 26	Municipalità 09	15.948	75.558	16.032	107.538
Ambito N10	Distretto n. 25	Municipalità 10	12.199	63.959	20.742	96.900
<i>Municipalità 1-10</i>			<i>140.459</i>	<i>669.163</i>	<i>182.782</i>	<i>992.404</i>
<i>Isola di Capri</i>			<i>1.837</i>	<i>9.296</i>	<i>3.018</i>	<i>14.151</i>
TOTALI			142.296	678.459	185.800	1.006.555

Fonti: Isola di Capri- dati ISTAT 2016; Municipalità 01-10 – Piano della Performance 2015-2017 ASL Na1deliberazione 1061/20

Tabella n. 10 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL Napoli 2 Nord

<i>ASL Napoli 2 Nord</i>							
Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito N12	Distretto n. 35	Pozzuoli	3	17.909	81.875	21.323	121.107
Ambito N13	Distretto n. 36	Ischia	7	10.610	49.630	14.321	74.561
Ambito N14	Distretto n. 37	Giugliano in Campania	1	23.618	85.120	14.236	122.974
Ambito N15	Distretto n. 38	Marano di Napoli	2	17.321	69.259	14.224	100.804
Ambito N16	Distretto n. 39	Villaricca	3	12.015	48.187	8.951	69.153
	Distretto n. 40	Mugnano di Napoli	2	13.286	50.561	8.807	72.654
Ambito N17	Distretto n. 41	Frattamaggiore	5	18.531	77.934	16.374	112.839
Ambito N18	Distretto n. 42	Arzano	2	8.929	36.454	8.164	53.547
	Distretto n. 43	Casoria	1	12.865	52.432	12.345	77.642
Ambito N19	Distretto n. 44	Afragola	1	12.233	44.750	8.074	65.057
	Distretto n. 45	Caivano	3	13.576	50.453	8.959	72.988
Ambito N20	Distretto n. 46	Acerra	1	11.887	40.492	7.194	59.573
Ambito N21	Distretto n. 47	Casalnuovo di Napoli	1	9.034	34.994	5.827	49.855
TOTALI			32	181.814	722.141	148.799	1.052.754

Tabella n. 11 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL Napoli 3 Sud

<i>ASL Napoli 3 Sud</i>							
Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito N 11	Distretto n. 34	Portici	1	7.881	34.936	12.457	55.274
Ambito N 22	Distretto n. 48	Mariglianella	6	17.621	71.137	15.215	103.973
Ambito N 23	Distretto n. 49	Nola	14	16.454	74.686	18.750	109.890
Ambito N 24	Distretto n. 50	Volla	4	10.470	42.190	8.368	61.028
Ambito N 25	Distretto n. 51	Pomigliano d'Arco	2	10.499	45.203	11.891	67.593
Ambito N 26	Distretto n. 52	Palma Campania	7	22.042	92.159	17.601	131.802
Ambito N 27	Distretto n. 53	Castellammare di Stabia	1	10.576	43.255	12.635	66.466
Ambito N 28	Distretto n. 54	San Giorgio a Cremano	2	7.964	34.736	12.053	54.753
Ambito N 29	Distretto n. 55	Ercolano	1	8.768	35.285	9.656	53.709
Ambito N 30	Distretto n. 56	Torre Annunziata	4	14.869	58.758	16.694	90.321
Ambito N 31	Distretto n. 57	Torre del Greco	1	13.802	56.529	15.944	86.275
Ambito N 32	Distretto n. 58	Pompei	8	19.030	73.466	17.202	109.698
Ambito N 33	Distretto n. 59	Vico Equense	6	12.295	53.582	16.260	82.137
TOTALI			47	172.271	715.922	184.726	1.072.919

Fonte: dati ISTAT 2016

Tabella n. 12 - Ambiti Sociali e Distretti Sanitari ASL Salerno

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. Totale
Ambito S 01_1	Distretto n.60	Nocera	4	13.176	63.047	16845	93.068
Ambito S 01_2	Distretto n.61	Angri	4	15.937	65.180	15.126	96.243
Ambito S 01_3	Distretto n.62	Sarno-Pagani	4	14.420	60.263	14.069	88.752
Ambito S 02	Distretto n.63	Cava-Costa d'Amalfi	14	12.716	61.365	19.609	93.690
Ambito S 03 ex S5	Distretto n.64	Eboli	8	14.045	69.415	19.881	103.341
Ambito S 03 ex S8			18				
Ambito S 04	Distretto n.65	Battipaglia	3	10.102	48.361	12.769	71.232
	Distretto n.68	Giffoni Valle Piana	9	12.068	54.722	13.458	80.248
Ambito S 05	Distretto n.66	Salerno	2	17.988	94.096	34.142	146.226
Ambito S 06	Distretto n.67	Mercato San Severino	6	10.565	47.753	11.889	70.207
Ambito S 07	Distretto n.69	Capaccio-Roccamadama	21	6.655	36.297	12.680	55.632
Ambito S 08	Distretto n.70	Vallo della Lucania	37	11.916	62.809	21.652	96.377
Ambito S 09	Distretto n.71	Sapri	17	5.364	28.624	10.465	44.453
Ambito S 10	Distretto n.72	Sala Consilina	19	8.470	43.696	14.871	67.037
TOTALI			158	153.422	735.628	217.456	1.106.506

Fonte: dati ISTAT 2016

CAPITOLO 2 – Il Ruolo strategico del Distretto Sanitario

2.1 - Il Distretto Sanitario

Al fine di rispondere alla funzione di committenza assegnata alle Aziende Sanitarie Locali è necessario recepire e valutare le istanze della comunità di riferimento. Tali istanze si concretizzano attraverso la stesura del Piano delle Attività Territoriali (PAT) redatto dai Direttori Responsabili dei Distretti e si esplicitano attraverso la funzione di produzione, assegnata alle unità organizzative interne ed accreditate.

Il Distretto Sanitario si conferma dunque come il centro del sistema dell'Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l'Ente Comune, attraverso l'Ambito di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, nonché quello delle Dipendenze che la Regione Campania ha identificato quale Dipartimento autonomo), con tutta l'area ospedaliera, con i professionisti convenzionati che, in questo piano di riordino e di sviluppo, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie.

Per tale rilevante funzione il Distretto Sanitario va considerato quale macro-livello assistenziale.

Già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 aveva previsto, per la prima volta, che si adottasse un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: per la prima volta si prevedeva che al territorio fossero erogate più risorse di quelle previste per l'ospedale, suggellando la rilevanza strategica del Territorio con pari dignità rispetto al macro-livello assistenziale ospedaliero. Di fatti tale ripartizione di risorse, almeno in Regione Campania, non si è ancora realizzata.

Il Decreto Legislativo 229/99 rimanda alla competenza regionale l'organizzazione del Distretto: esso viene configurato come il sistema organizzativo al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza, valutando servizi e bisogni) e assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).

Il Distretto copre un bacino d'utenza minimo di 60.000 abitanti. Nelle tabelle allegare sono individuati i bacini di utenza dei Distretti della Regione Campania: solo in 18 di essi, per motivi di densità abitativa o di vincoli oro geografici, ci si attesta a un'utenza al di sotto del minimo stabilito.

2.2 - Ruolo, funzioni e forme organizzative

Il Distretto Sanitario rappresenta il luogo sanitario dell'assistenza quotidiana di prossimità, dove vengono ricomposti, a cura dei professionisti della salute, il bisogno e la domanda con l'offerta assistenziale, secondo processi di governance clinica, basati sull'Evidence Based Medicine (EBM), rispondenti principalmente a logiche di efficacia e di appropriatezza, nonché di umanizzazione e di integrazione.

Infatti, dalla capacità del Distretto di governare questi processi deriva appropriatezza di cure, governo economico della spesa territoriale (in ambito farmaceutico, diagnostico, riabilitativo) e utilizzo adeguato delle prestazioni per acuti, potendosi ipotizzare, infine, in una forma più completa, un ruolo addirittura di committenza del Distretto Sanitario rispetto all'Ospedale di riferimento. Rafforzare la relazione integrata Territorio-Ospedale rappresenterà per le Aziende Sanitarie un obiettivo strategico, più volte indicato, ancora scarsamente realizzato.

Il Distretto è la vera interfaccia tra utente e sanità. In questo ruolo assegnato al Distretto, fondamentale è la profonda conoscenza del territorio, non solo di carattere sanitario ma estesa a tutte le variabili demografiche, sociali, economiche, culturali, necessaria a interpretare i bisogni di popolazione, decodificare la domanda e predisporre gli adeguati servizi. Il Distretto è anche capofila di processi di interazione e cooperazione attraverso un dialogo continuo con i soggetti civici, la Municipalità, le Associazioni del territorio con i cui organismi studia soluzioni di prossimità, garantendo accessibilità, equità e trasparenza.

La metodologia efficace che il presente Piano intende mostrare quale modello di riferimento per l'assistenza territoriale è quella della presa in carico globale del paziente, con un'assistenza che non si limiti, dunque, ad erogare prestazioni a domanda, ma che si faccia carico dell'analisi di efficacia dei percorsi di cura, monitorando e valutando gli output ma soprattutto gli outcomes del sistema di cure.

L'attuale logica organizzativa distrettuale è ancora troppo spesso costruita a canne d'organo, senza una vera e propria rete operativa, dove la multidisciplinarietà si declina a fatica, dove la ricerca dell'integrazione efficace è spesso solitaria, dove il paziente è ancora solo nella ricerca del proprio percorso.

Il presente piano prevede, dunque, che le Aziende Sanitarie Locali dovranno attuare una azione di rafforzamento dei Distretti Sanitari, dovranno chiedere e pretendere annualmente dai Direttori Responsabili un'analisi di popolazione, una strategia di azione, nella declinazione del Piano Annuale delle Attività Territoriali. In sintesi, un Distretto non deve andare dove è trascinato dagli eventi ma li deve prevedere e governare. Difficilmente, infatti, Distretti contigui evidenzieranno analoghe problematiche di salute, vuoi per gli aspetti demografici che economico-sociali, per cui è fondamentale che il Direttore del Distretto, pur nel solco degli obiettivi generali assegnati, traduca in azioni di programmazioni specifiche gli

obiettivi territoriali da raggiungere.

Notevole deve essere l'impegno delle Aziende nella costruzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici per la clinical governance di patologie croniche affinché la presa in carico quale modello organizzativo si traduca in una presa in carico assistenziale, equa, omogenea.

Fondamentale è, nel compito del Direttore di Distretto, il possesso di competenze gestionali che necessariamente devono accompagnarsi alle fasi di valutazione e di decisione.

La gestione di un Distretto Sanitario si basa fundamentalmente su principi di:

- autonomia organizzativa;
- responsabilità gestionali;
- attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto Sanitario viene dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al Distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto.

2.3 - Le competenze del Distretto Sanitario

Al distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il Distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie sia pubbliche che private accreditate.

Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi, a partire dalla Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta verso una funzione di accoglienza e prima valutazione (Porta Unica di Accesso - P.U.A.) o di valutazione funzionale Multidimensionale, fino alla definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

Il Distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla P.U.A. distrettuale. La P.U.A. è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi

punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

Ad essa compete:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
 - l'invio ai servizi sanitari o sociali;
 - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
 - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Gli operatori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Tra i principali compiti specifici del Distretto si individuano:

- l'elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.), avendo attenzione al sistema delle compatibilità tra risorse e bisogni;
- la garanzia del presidio permanente delle attività assistenziali assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e alla disponibilità delle risorse;
- la garanzia, in collaborazione con le funzioni di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, dell'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse;
- la redazione della relazione annuale del distretto;
- il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini quantitativi e qualitativi;
- la partecipazione al processo di budget con il presidio di riferimento per gli obiettivi di competenza;
- la promozione di modelli assistenziali avanzati e sperimentali.

A capo del Distretto è preposto un Direttore Responsabile. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda, come previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E'

responsabile, in particolare, delle attività del distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie e risponde al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Laddove siano previsti dalle singole AA.SS.LL. funzioni di Coordinamento di Aree specialistiche o Servizi, esse non potranno in alcun modo non confrontarsi con i Direttori di Distretto per le modalità di presa in carico, valutazione del bisogno, della prestazione, degli esiti; con lo stesso concorreranno ad una programmazione condivisa ed allo stesso renderanno conto delle attività rese, delle risorse impegnate, degli obiettivi conseguiti per la popolazione di riferimento. Resta inteso che alle funzioni di Coordinamento o Servizi restano affidati esclusivamente compiti di natura tecnico-professionale, per una necessaria omogeneità di visione, rimanendo nella responsabilità del singolo Direttore di Distretto la natura gestionale ed organizzativa del processo.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle Attività Territoriali distrettuali approvato dal Direttore Generale.

Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo, di cui rappresenta anche il coerente strumento gestionale.

La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità, che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il Distretto pertanto è una struttura operativa dell'Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda stessa.

All'interno del Distretto vengono identificati Centri di Responsabilità e Centri di Costo per la necessaria tenuta contabile ai sensi di legge.

Il Direttore di Distretto, con il Responsabile del Coordinamento Socio-sanitario (o Servizio omologo), supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328. Con costoro predispone e sottoscrive il Piano di Zona che viene sottoposto alla validazione dal Direttore Generale.

Il Distretto deve garantire al proprio bacino d'utenza le seguenti funzioni standard:

- assistenza di base;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi rivolti a disabili e anziani (ivi compresi servizi semi-residenziali e residenziali);

- attività o servizi di Assistenza Domiciliare Integrata;
- attività o servizi per patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- relazioni funzionali con il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento delle Dipendenze.
- attività o servizi di Medicina Legale
- servizi farmaceutici territoriali

2.4 - Forme organizzative del Distretto

Nella funzione di governance del Territorio, il Direttore del Distretto deve coordinare i percorsi assistenziali utilizzando i servizi direttamente gestiti dal Distretto e quelli in convenzione, costruendo processi di integrazione di funzioni che richiedono identificazione di obiettivi, risorse e programmazione delle attività, in stretto coordinamento con tutti gli altri attori del sistema socio-sanitario e ospedaliero.

Le funzioni di produzione del Distretto devono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantiscono l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- attività assistenziale a favore della comunità di riferimento_assistenza primaria, declinata anche nelle nuove forme di cui al Capitolo 3 (A.F.T. e U.C.C.P.);
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale, che a mezzo di PDTA, Linee Guida, relazioni interdisciplinari ed integrazione Ospedale-Territorio, assicura la presa in carico del paziente post- acuto e cronico, anche integrata nelle UCCP ove previste;
- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari e partecipando, ove previsto alla funzionalità delle UCCP;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, anche domiciliari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, in stretto raccordo con le rispettive Unità operative di riferimento (materno-infantile, salute mentale, riabilitazione, ecc);

- non autosufficienza ed anziani fragili;
- Medicina Legale;
- Tutela della Salute Mentale e dei soggetti affetti da Dipendenze
- Cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Questa funzione assistenziale, va assolutamente rafforzata stante l'attuale debolezza organizzativa e professionale con l'istituzione o rafforzamento dei Nuclei Distrettuali di Neuropsichiatria infantile, come meglio specificato nei capitoli successivi. Questi, come specificamente determinato in apposito capitolo, dovranno governare prioritariamente ed in autonomia i processi assistenziali del minore e favorire, attraverso un graduale percorso di transizione, il passaggio alla U.O. di riferimento per l'età adulta.
- diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;
- assistenza farmaceutica.

Questo modello organizzativo standard, nelle previsioni di riassetto aziendale deve essere poi rimodulato sulle singole territorialità, prevedendo, sulla base dell'analisi di popolazione, della disponibilità di risorse tecnologiche e umane immediatamente fruibili, anche punti di eccellenza che siano riferimento aziendale, a valenza sovra-distrettuale.

Le funzioni specialistiche troveranno, ove previsto, una nuova organizzazione del modello delle UCCP secondo il sistema di riordino delle Cure Primarie.

Inoltre, la Regione intende caratterizzare i singoli Distretti anche per specifiche reti assistenziali di livello superiore (es. rete oncologica, rete cardiologica, rete diabetologia) per quelle patologie croniche ad elevato impatto economico.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, il percorso di integrazione si declina prioritariamente attraverso la definizione di Procedure Aziendali, Linee Guida e PDTA.

In questo ambito devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post-dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di Riabilitazione, Residenzialità e Semi-residenzialità, Hospice. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di

integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria, di promozione di stili di vita salutari, di prevenzione secondaria, in particolar modo i programmi e le attività di screening.; a questo livello devono essere definite le modalità di coordinamento tra il Dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle azioni - ed il Distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori, è tenuto a realizzarle.

Relativamente al rapporto Distretto/Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze devono essere definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con problemi di particolare rilievo che richiedano valutazione multidisciplinare e collocazione in regime residenziale/semiresidenziale con compartecipazione sociale. Tali processi si compiono nel contesto dell'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale mediante lo strumento della U.V.I.

Setting specifici di valutazione del bisogno devono essere previsti per l'età evolutiva, per la presa in carico dei minori.

Le modalità di funzionamento del Distretto sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda. Tuttavia questo Piano ne riporterà un Modello regionale di riferimento a cui tendere per ridurre disomogeneità e disequità.

2.5 - L'Ufficio Socio sanitario

Al fine di realizzare all'interno della Azienda la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con i Servizi Sociali, costituendo, pertanto, uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente, nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario. Esso, in staff alla Direzione distrettuale e funzionalmente collegato al Coordinamento/Ufficio/Servizio Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con gli altri servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e sociale, sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

A capo dell'Ufficio socio-sanitario vi può essere un Dirigente o un Referente (che può essere anche titolare di una Posizione Organizzativa).

2.6 – Assistenza territoriale rivolta agli stranieri

La Regione Campania assiste un numero di stranieri di notevole entità ma altrettanto fluido e variabile, considerata la migrazione interna di tali utenti.

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno, possono iscriversi al SSN, recandosi presso la ASL di residenza. Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno hanno il diritto/dovere di chiedere l'iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Nazionale presso la ASL del Comune di residenza o di dimora, per uno dei motivi individuati dalle norme vigenti.

Ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti: tutela sociale della maternità e dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG); la tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Il cittadino extracomunitario e gli apolidi che intendono iscriversi al SSN devono possedere il permesso di soggiorno valido e un'attività di lavoro subordinato o autonomo o anche solo l'iscrizione nelle liste di Collocamento.

Gli stranieri che hanno un permesso di soggiorno per motivi di studio e per quelli collocati alla pari possono iscriversi volontariamente al SSN mediante il pagamento di un contributo annuale. I figli nati in Italia sono iscritti, già alla nascita, anche se i genitori non hanno l'iscrizione.

Gli stranieri irregolarmente presenti possono usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio. Sono estesi anche agli stranieri i programmi di medicina preventiva per la salvaguardia della salute individuale e collettiva erogate mediante l'utilizzo del codice per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) senza costi a carico dei richiedenti se privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità coi cittadini italiani.

La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvederanno all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio.

La ASL, a seguito dell'esibizione del passaporto o titolo equipollente, la compilazione di una dichiarazione sostitutiva di certificazione di domicilio nell'ambito del territorio regionale e di un'altra attestante l'impossibilità momentanea di iscrizione al SSR, rilascia un codice ENI (Europeo Non Iscritto) che sostituisce il codice STP (eventualmente già assegnato in precedenza) con

durata semestrale rinnovabile. Tutte le prestazioni saranno erogate a parità di condizione con il cittadino italiano per quel che riguarda l'eventuale partecipazione alla spesa (TICKET).

2.7 - Le funzioni di governo del distretto

Nella completa visione della mission distrettuale non può mancare una funzione di governo, che si esplicita quale

- governo clinico;
- governo tecnico-organizzativo;
- governo economico-finanziario e gestionale.

Il Governo clinico

Funzione prevalente nella mission assistenziale, il Governo clinico viene garantito attraverso l'applicazione di PDTA e Linee Guida, Regolamenti e Procedure, Monitoraggi del Sistema Salute, processi di Audit.

Documenti di riferimento per la programmazione sanitaria distrettuale saranno, oltre il presente documento e l'Atto Aziendale della ASL di appartenenza, anche il Piano Nazionale Esiti per le tematiche assistenziali a valenza territoriale, nonché direttive specifiche regionali relative alla cosiddetta "Terra dei Fuochi". Quest'ultima tematica, come più avanti descritto, impatterà anche sulla programmazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione che deve necessariamente raccordarsi con il Distretto di riferimento per ogni azione di programmazione e verifica.

Nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), annualmente il Direttore del Distretto elabora i bisogni assistenziali del territorio, secondo criteri epidemiologici e statistici, in stretta connessione con le richieste e le segnalazioni provenienti dai MMG e PLS, dai Servizi Sociali, dalla Comunità in generale, formula obiettivi annuali, identifica il budget finalizzato alle attività, lo negozia con la Direzione strategica, ne pianifica la distribuzione, ne monitorizza la realizzazione e l'efficacia. Attraverso percorsi di verifica e confronto, di audit e di qualità, tende a migliorare servizi e prestazioni, anche in relazione alla qualità percepita dall'utenza.

La funzione di presa in carico del paziente avviene attraverso la P.U.A (Porta Unica di Accesso), la U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata), la U.V.B.R. (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo), a carattere Multidisciplinare ed a composizione variabile, compresa la presenza dell'Ambito, in relazione al bisogno del paziente.

Fondamentali sono le relazioni intra-distrettuali, tra le UU.OO. distrettuali, che si realizzano istituzionalmente all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2 D.L.vo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propositive e tecnico-consultive. Nell'Ufficio di Coordinamento è prevista

la presenza di un MMG per le funzioni integrate con le Cure Primarie, nonché per esercitare le previste funzioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, all'interno dei PDTA, Linee Guida, Regolamenti e Procedure aziendali.

L'azione di programmazione viene concretizzata attraverso l'assegnazione di Obiettivi annuali ai Responsabili delle UU.OO. e ai titolari di Posizioni Organizzative, rispetto ai quali è svolta l'azione di Valutazione della performance ad annualità conclusa.

Ciò permette che l'intero sistema Distretto proceda verso obiettivi comuni, condivisi, coerenti. Opportuni incontri periodici sono necessari per valutazioni in itinere, riposizionamento di obiettivi, correzioni di impostazioni operative, adozione di atti e decisioni, anche di tipo disciplinare.

La Clinical Governance si attua naturalmente anche nei confronti delle strutture private accreditate che rispondono agli stessi principi di equità, appropriatezza, adesione a Procedure, Linee Guida e PDTA aziendali e regionali. Verso gli erogatori accreditati sono svolte le dovute azioni di verifica amministrativa, giuridica, contabile, previste dalle norme nazionali e regionali.

L'appropriatezza nella prescrizione e nella dispensazione dei farmaci è aspetto rilevante nella Clinical Governance del territorio, sia per quanto riguarda il rispetto delle note e prescrizioni AIFA, sia per le azioni di controllo sui Centri Prescrittori, sia per il rispetto dei flussi informativi e per le modalità di erogazione.

Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. Il Servizio Formazione aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Integrare figure professionali diverse, aprire alla formazione aziendale il personale convenzionato, integrare professionisti di più Distretti consente una condivisione di linguaggi ed obiettivi, aumentando il livello di performance professionale globale per una qualità diffusa dell'assistenza.

Il Governo Tecnico-organizzativo

Fondamentale per il buon andamento dell'assistenza è un solido governo tecnico-organizzativo, con il quale venga garantita equità di accesso alle cure, trasparenza, ridotta attesa nell'erogazione delle prestazioni, diritto alla privacy, rispetto degli impegni assunti con la Carta dei Servizi, logistica adeguata alle aspettative ed alle normative, sicurezza e gestione delle emergenze all'interno delle strutture.

Dalla gestione CUP alla gestione delle liste di attesa, dall'abbattimento delle barriere architettoniche a percorsi di facilitazione nell'accesso, dalla gestione

magazzino all'approvvigionamento di farmaci e presidi, dalla tenuta amministrativa documentale ed autorizzativa delle strutture agli adempimenti in materia di tutela del personale, il governo tecnico-organizzativo provvede a che la "macchina distretto" sia funzionale, accogliente, produttiva.

Un costante adeguamento delle risorse tecnico-diagnostiche, la garanzia di una manutenzione strutturale e tecnologica continua, il miglioramento dei percorsi di accesso, la modernizzazione dei sistemi, la garanzia del debito informativo sono altrettanti drivers su cui far procedere le attività distrettuali.

La modernizzazione dei processi, l'informatizzazione dei sistemi, la dematerializzazione e digitalizzazione degli atti saranno modalità operative per declinare con maggiore velocità gli adempimenti formali del Distretto.

In tal senso le Direzioni strategiche devono conferire ai Servizi Tecnici di supporto aziendali (o Tecnostruttura) ed ai Servizi Prevenzione e Protezione ogni strumento ed ogni risorsa per favorire adeguamenti, manutenzione, miglioramento dell'accoglienza, affiancamento al Direttore di Distretto per l'adempimento a tutti gli obblighi di legge in materia di sicurezza, tutela dei lavoratori, abbattimento delle barriere architettoniche, funzionalità dei servizi, erogazione di prestazioni a mezzo tecnologie funzionali e moderne.

I Servizi Informatici ed il Controllo di Gestione che ricevono informazioni in entrata dai Distretti hanno l'obbligo di fornire una reportistica in tempi adeguati dei processi assistenziali e dell'utilizzo delle risorse, permettendo anche l'accesso al Direttore del Distretto alle piattaforme dati aziendali, relative al suo livello di Governo, affinché ne possa valutare la corrispondenza a quanto previsto.

Il Governo economico-finanziario e gestionale

Il Direttore del Distretto riceve un budget negoziato per lo svolgimento delle attività territoriali e di integrazione.

Attraverso un supporto amministrativo-contabile provvede alla gestione dei fondi assegnati, a procedure di gara, a liquidazione fatture, alla gestione dei flussi di cassa, ad acquisti in conto economato; assegna budget condivisi alle singole UU.OO.

Governa la gestione del personale, ne determina i costi accessori, ne liquida le competenze, ne valuta l'efficienza e i risultati.

Nella configurazione di Datore di Lavoro risponde, ove previsto dal modello aziendale, per le funzioni delegate dal Direttore Generale, al governo della sicurezza sui luoghi di lavoro e tutto quanto previsto dal D.Lg.vo 81/08 e s.m.i. Il Direttore Responsabile del Distretto ottiene un budget dedicato alla Sicurezza sui luoghi di lavoro, proporzionale alle dimensioni delle strutture gestite, periodicamente reintegrabile, utilizzabile in caso di emergenze. Riceve, per queste funzioni, supporto prioritario da parte dei Servizi Tecnici o Tecnostruttura aziendale e dai Servizi Amministrativi (Provveditorato, Economato, Affari Legali).

2.8 - Diritti degli utenti e dei dipendenti e la partecipazione del cittadino

Ogni Azienda, attraverso i Distretti Sanitari e tutte le altre articolazioni territoriali, deve individuare i diritti garantiti agli utenti in termini di:

- accessibilità ed equità
- trasparenza e riservatezza
- ascolto e risposte
- informazione sui servizi e sulle modalità di erogazione
- gestione reclami e comunicazione

Il cittadino ha diritto a partecipare individualmente o attraverso organizzazioni e/o associazioni alla vita dell'Azienda. Le ASL dovranno declinare negli Atti Aziendali le modalità previste di partecipazione, informazione, tutela dei cittadini.

Si richiama in tutte le Aziende la istituzione ed il corretto funzionamento del C.U.G. entro 90 giorni dall'adozione del presente Piano.

2.9 - Un modello regionale di riferimento per il superamento della Legge Regionale n. 32/94: il DCA n. 67 del 14.7.2016

L'unica normativa strutturata vigente in Regione Campania relativa al SSR è rappresentata dalla Legge Regionale n. 32 del 3 novembre 1994. In questi anni varie e talvolta sostanziali modifiche normative sono intervenute nel governo del SSR, compresa la fase di Commissariamento, avente inizio dall'anno 2008. Sebbene attuale nei principi fondanti, in quanto riferita alle norme nazionali dei Decreti Legislativi 502/92 e 517/92, la Legge Regionale n. 32/94 risulta già discosta dalle nuove garanzie assistenziali e dai nuovi processi di appropriatezza indicati nel Decreto Legislativo 229/99, successivo alla 32/94.

La Legge Regionale n. 32/94 riguarda l'intero SSR e, dunque, anche l'assistenza Territoriale, declina bene le funzioni del Distretto Sanitario, meno quelle del Dipartimento di Prevenzione, per nulla quelle del Dipartimento di Salute Mentale e quello delle Dipendenze. Atti successivi hanno normato l'avvio di queste articolazioni aziendali ed hanno modificato o introdotto nuovi capitoli assistenziali, soprattutto nell'ambito distrettuale.

L'allegato D) della Legge 32/94 fornisce Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento del Distretto Sanitario e risulta articolato in:

- A. ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE
- B. PRESIDI
- C. LIVELLI DI RESPONSABILITA'
- D. UNITA' OPERATIVE: funzioni e standard di personale

Quest'ultimo paragrafo, in particolare, individua lo standard di personale destinato alle singole articolazioni organizzative distrettuali: esso viene previsto secondo un macrostandard fissato a 4,97 operatori/1000 abitanti per le attività

distrettuali e di 1 operatore/1000 abitanti per l'intero Dipartimento di Prevenzione.

Tali indicazioni organizzative necessitano senza dubbio di una revisione nella direzione delle nuove indicazioni normative vigenti più recenti (Patto della Salute, nuovi LEA, nuovi contratti della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale) e delle variate funzioni assistenziali territoriali.

Il DCA n. 67 del 14.7.2016 "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" ridefinisce i criteri-parametri di riferimento per la quantificazione delle unità di personale da prevedere nell'ambito delle dotazioni organiche, anche allo scopo di garantire una sostanziale omogeneità di interventi da parte delle Aziende sanitarie.

Ad esso si fa specifico riferimento nell'applicazione anche del presente Piano Territoriale.

Va tenuto presente, infine, che il Distretto è un'entità organizzativa strutturata ma fluida, che deve rispondere con una rimodulazione veloce alle mutate richieste assistenziali, amministrative, epidemiologiche della popolazione assistita. Va dunque riconfermata, in tal senso, la facoltà del Direttore Responsabile del Distretto di riconfigurare gli organici delle singole UU.OO. nell'ambito delle risorse globali assegnate.

CAPITOLO 3 - Le nuove articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario

3.1 - Introduzione

Le malattie croniche rappresentano circa l'80% di tutte le patologie ed assorbono il 70% delle risorse; tale incremento richiede che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria persegua l'integrazione dei servizi sul paziente, lo sviluppo della medicina di iniziativa, il coordinamento e la continuità delle cure.

Il modello assistenziale fin qui seguito in regione Campania può essere definito ancora di tipo settoriale-specialistico: in esso ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi sia una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi.

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 ed allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali.

In tale scenario non è stata l'organizzazione a ruotare intorno alla persona malata ma è lo stesso cittadino che ha cercato di ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale presentandosi ai diversi punti di erogazione dei servizi per ricevere una risposta al proprio bisogno di salute.

Tale dispersione di offerta non ha permesso nemmeno l'organizzazione di quella azione di filtro esercitata dal territorio per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al pronto soccorso ospedaliero bypassando del tutto il livello delle cure primarie.

La riorganizzazione dell'assistenza Territoriale deve dunque necessariamente transitare attraverso una profonda revisione che interessi intensamente l'area delle Cure Primarie, fondamentale trait d'union tra il cittadino e il SSR, recuperando la propria mission di prossimità, di fiducia, di presa in carico. Tutti gli attori del mondo sanitario sono ormai consapevoli che soltanto attraverso questa fase di ristrutturazione organizzativa, capace di coinvolgere l'intera area delle Cure Primarie, riassegnandole la priorità di incontro con il cittadino, il SSR potrà volgersi verso risposte più eque, più solidali, più appropriate.

Nella dimensione distrettuale si programmano dunque, in aderenza alla normativa vigente, nuove forme aggregative che saranno lo strumento operativo per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di "iniziativa".

Tali forme aggregative sono descritte nel presente capitolo e costituiscono impegno programmatico per tutte le ASL Campane. Alla loro realizzazione la Regione Campania contribuisce attraverso l'emanazione di modelli organizzativi e la destinazione di fondi vincolati per le annualità 2014, 2015, 2016, nonché con la

possibilità di utilizzo dei fondi e finanziamenti europei (cfr. specifico capitolo).

3.2 - Definizione, ruolo e normativa di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 08.11.2012 le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono:

- forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi;
- forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Per quanto evidenziato in premessa, la Regione Campania disciplina nel presente Piano le Unità Complesse di Cure Primarie, privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali, dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Tali aggregazioni devono operare in coordinamento ed in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Attraverso l'adozione di idonei sistemi informatici, i Medici partecipanti concorrono al sistema informativo nazionale, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, e assicurano la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

Le stesse Regioni, ai sensi del Patto per la Salute 2014/2016 (art. 5 co. 1), al fine di promuovere un modello multi-professionale ed interdisciplinare, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

Per quanto attiene al ruolo di tali articolazioni organizzative del Distretto Sanitario il medesimo articolo 5 del Patto al successivo co. 3 stabilisce che *“le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione delle cure primarie, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all’art. 54 dell’ACN 2009)”*. In effetti già l’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006/2009 agli artt. 26 bis e 26 ter disciplinava le AFT e le UCCP e il successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Campania per la Medicina Generale del 2013 all’art. 11 prevedeva *l’attuazione di tali forme sperimentali*.

Nell’anno 2015, inoltre, sono intervenuti sulle modalità di riorganizzazione dell’assistenza territoriale l’AIR della Campania per la Pediatria di Libera Scelta (artt. 20 e 21) e l’ACN per la Specialistica Ambulatoriale (artt. 4- 5 - 6 - 7 - 8) e, da ultimo, diversi Documenti integrativi dell’Atto di indirizzo per la Medicina Convenzionata deliberato in data 12.02.2014.

La Regione Campania, in tale contesto normativo in continua evoluzione, con Decreto Commissariale n. 18 del 18.02.2015 ha approvato un modello di riorganizzazione delle cure primarie che il presente Piano integra ed aggiorna con l’obiettivo di:

- riequilibrare il rapporto ospedale-territorio;
- delineare una rete di servizi territoriali che si integra con quella ospedaliera realizzando un continuum di snodi assistenziali ad intensità variabile;
- individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario, da realizzare nelle 7 Aziende Sanitarie, che garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini campani;
- stabilire che il governo della rete di assistenza territoriale e le possibilità di continuità e integrazione con il livello ospedaliero è affidato al Direttore di Distretto che adotta la modalità di gestione per processi con presa in carico globale dell’assistito;
- evidenziare che le nuove forme organizzative costituiscono articolazioni del Distretto sanitario.

3.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell’assistenza territoriale

Come riportato nella premessa al presente Piano, l’utilizzo appropriato dell’ospedale è strettamente connesso al riequilibrio ospedale-territorio e al riassetto dell’assistenza primaria, dell’assistenza domiciliare e di quella residenziale nelle strutture intermedie. Elementi fondamentali della riorganizzazione sono rappresentati dalla realizzazione delle reti di assistenza per intensità di cura, dal livello di integrazione raggiunto tra le diverse strutture

territoriali e tra queste e le strutture ospedaliere.

E' ormai ampiamente riconosciuto il ruolo esercitato dalle varie tipologie di servizi e strutture territoriali nel contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati.

Allo stesso modo, il territorio assume una forte responsabilità di controllo dei flussi in uscita dagli ospedali. Tale potere, in pratica, si estrinseca nella capacità di gestire le dimissioni protette e di assicurare la continuità assistenziale nel setting più appropriato.

Il governo dell'intero sistema è affidato al Direttore di Distretto che, attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell'assistito, dell'integrazione professionale ed organizzativa, esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al pronto soccorso, dei ricoveri inappropriati, dei ricoveri ripetuti e/o prolungati.

La programmazione distrettuale che si estrinseca nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) include, dunque, le nuove forme organizzative previste dal presente Piano anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e frammentazione dei servizi e relative attività. (In particolare,) Per la UCCP è previsto un sistema di finanziamento a budget e nell'ambito del processo sono definiti obiettivi di salute da perseguire, indicatori, frequenza del monitoraggio, tempi di verifica intermedia e finale con possibilità di apportare modifiche in corso d'opera.

La presente programmazione impegna le Direzioni Generali delle Asl ad adottare, in linea con le indicazioni ivi presenti, il PAT entro 90 giorni dalla data di pubblicazione di questo Piano sul BURC. Entro 120 giorni dalla pubblicazione le stesse Aziende sono impegnate ad adottare specifico cronoprogramma operativo del PAT con la esplicitazione specifica di responsabilità e scadenze.

3.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione delle AFT, delle UCCP, degli Ospedali di Comunità e delle ulteriori strutture intermedie previste dal presente Piano persegue le seguenti finalità:

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, 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 e l'adozione della medicina di iniziativa;
- perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale e l'assunzione di più corretti stili di vita;

- effettuare una maggiore azione di contrasto al fenomeno della migrazione sanitaria nelle aree di confine con altre regioni;
- mirare al recupero in efficacia ed in efficienza a garanzia di una maggiore sostenibilità delle cure.

3.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Il presente Piano prevede la realizzazione nell'intero ambito regionale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale, della pediatria e della specialistica ambulatoriale quali articolazioni dei Distretti Sanitari.

3.5.1 - Definizione e caratteristiche generali

La AFT rappresenta un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS o specialisti ambulatoriali coordinati in team funzionali.

Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT. Analogamente, ai sensi dell'art.4 dell'ACN, gli specialisti ambulatoriali operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative.

Ciascuna AFT funzionalmente collegata alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP):

- ha carattere monoprofessionale;
- è costituita dall'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico;
- rappresenta, insieme alla UCCP, l'unica forma di aggregazione possibile e con la sua istituzione vengono superate e sostituite tutte le forme associative della medicina convenzionata sino ad ora realizzate in Campania.

3.5.2 - Bacino di utenza, numero di AFT e orario di attività

Le AFT della medicina generale in relazione alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio hanno una popolazione di riferimento non superiore a 30.000 assistiti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. Le stesse vengono configurate avendo a riferimento anche gli ambiti territoriali della medicina generale.

Considerata la popolazione massima di ciascuna AFT della medicina generale e quella residente in Campania di età uguale o superiore a 15 anni, pari a 4.960.096 (pop.ne totale 5.850.850 – pop.ne 0-14 anni 890.754 – dato ISTAT 2016), **si stima di realizzare in ambito regionale almeno 165 AFT di assistenza primaria.**

Il presente Piano prevede che tale forma di aggregazione sia realizzata anche per i pediatri di famiglia. L'Azienda deve attivare almeno una AFT pediatrica

per ciascun distretto sanitario e, comunque, nella definizione del numero, adotta i seguenti ulteriori criteri di contesto:

- ambiti territoriali della pediatria;
- numero di PLS, di norma non inferiore a 5 unità per ciascuna AFT;
- numero di residenti 0-14 anni;
- caratteristiche orografiche del territorio e isole;
- numero di comuni e relativa estensione.

Per le isole e le zone cosiddette disagiate, ove il numero di PLS non consente di realizzare le relative AFT, al fine di garantire l'equità nell'accesso e fruibilità dei servizi, il presente Piano prevede la possibilità che siano attivate AFT della pediatria di libera scelta integrate con le AFT della medicina generale i cui medici partecipano annualmente a specifica attività formativa inerente all'età pediatrica.

Considerato quanto sopra, si stima di realizzare in ambito regionale 84 AFT pediatriche.

Nella tabella n. 13 viene riportato la programmazione del numero delle AFT della medicina generale e delle AFT della pediatria di famiglia per ciascuna delle 7 Aziende Sanitarie Locali della Campania in base ai criteri di cui si è detto.

Tabella n. 13: stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria

ASL	n. D. S.	Pop. >15 anni	MMG	C. A. (titolari)	C. A. (sostituti)	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	n. AFT PLS
ASL AVELLINO	6	370.743	341	164	80	12	54.582	48	8
ASL BENEVENTO	5	245.005	236	103	29	8	35.702	29	6
ASL CASERTA	12	778.570	739	220	23	26	145.844	125	14
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10	841.106	995	158	41	28	147.119	152	11
ASL NAPOLI 2 NORD	13	870.940	799	193	33	29	181.814	164	14
ASL NAPOLI 3 SUD	13	900.648	780	243	18	30	172.271	157	13
ASL SALERNO	13	953.084	854	176	122	32	153.422	131	18
TOTALE	72	4.960.096	4.744	1.257	346	165	890.754	806	84

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la sua costituzione individua automaticamente anche il bacino di assistiti ai quali sono rivolte le relative attività dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e secondo quanto previsto dal vigente A.C.N.

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a

rapporto orario (continuità assistenziale) costituiscono per gli assistiti un preciso riferimento a cui rivolgersi negli orari di chiusura dello studio del MMG o del PLS, ovvero dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni della settimana, dalle ore 10.00 alle ore 20.00 del sabato e dalle ore 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni festivi.

La descritta articolazione degli orari di attività della AFT dovrà essere adeguata dalle ASL in caso di eventuale diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata e/o in presenza di specifici accordi aziendali ai sensi del co.6 dell'art.5-capo 4° del vigente AIR, anche in relazione alla istituzione del numero unico per le chiamate mediche non urgenti.

Con tale articolazione organizzativa del Distretto Sanitario viene, dunque, salvaguardata la capillare diffusione degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico/paziente, favorendo una consistente diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità di accesso. In ogni caso, ciascuna AFT ha una sede di riferimento per le funzioni di coordinamento, condivisione e audit, la quale può costituire anche il luogo unificato di erogazione dei servizi della stessa AFT e dell'Azienda.

3.5.3 - Compiti e funzioni

I medici della AFT (possono essere dotati di attrezzature per la diagnostica di primo livello (e) assicurano l'audit tra i componenti nonché la condivisione in forma organica di attività, obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità e linee guida, così come definiti dalla Regione e concordati con la ASL e il Distretto Sanitario di riferimento.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- nel partecipare ai Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche stabiliti dal Piano (diabete - piede diabetico e ulcere cutanee - scompenso cardiaco - ipertensione - bronco-pneumopatia cronica ostruttiva - nefropatie croniche - sclerosi laterale amiotrofica - demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- nell'adottare la medicina di iniziativa;
- nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale

La AFT dei PLS, inoltre, si impegna principalmente:

- nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento e raccordo con il Consultorio familiare;
- nell'attività di prevenzione;
- nella diagnosi precoce e nei percorsi di gestione delle patologie croniche in età pediatrica condividendo ed implementando i PDTA e coordinandosi con le AFT della medicina generale.

La AFT degli specialisti ambulatoriali si impegna principalmente:

- nell'assicurare i LEA partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, come sopra riportato, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette con presa in carico dell'assistito attraverso la promozione della medicina di iniziativa.

3.5.4 - Scopi

Di seguito si riportano i principali scopi perseguiti dalla AFT:

- equità di accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- diffusione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM;
- appropriatezza clinica ed organizzativa;
- comportamenti che valorizzano la qualità;
- miglior uso possibile delle risorse applicando i principi dell'efficienza e dell'efficacia nell'ambito dell'esercizio delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

3.5.5 - Coordinamento

Tra i medici che compongono la AFT viene individuato un coordinatore, resosi disponibile a svolgere tale funzione, che abbia specifica esperienza e formazione nell'ambito del governo clinico, dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione e gestione dei processi di cura.

Al coordinatore di AFT, l'Azienda, oltre ad affidare la responsabilità organizzativa della AFT, assegna il compito di:

:

- assicurare il coordinamento e l'integrazione professionale tra i medici che ne fanno parte;
- raggiungere l'omogeneità dei comportamenti assistenziali;
- promuovere comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- garantire il collegamento con le restanti realtà sanitarie del territorio;
- rapportarsi con il Direttore di Distretto e gli ulteriori dirigenti del territorio;
- garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica e pluripatologie;
- perseguire gli obiettivi di salute definiti dal Distretto Sanitario di riferimento.

La funzione esercitata dal Coordinatore di AFT consente di mirare alla omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale e di pediatria resi agli assistiti, i quali devono essere necessariamente erogati in funzione degli obiettivi di salute definiti dalla Regione, coerentemente con le condizioni di contesto e gli indicatori epidemiologici delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti.

L'incarico di coordinatore, che la ASL dovrà deliberare formalmente, dura tre anni rinnovabili alla scadenza naturale previa rielezione, lo stesso decade e si procede a nuova elezione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

Si realizza così una rete orizzontale di medici che pone le condizioni per

l'attivazione di una rete verticale con le altre strutture del sistema per garantire la continuità dell'assistenza. Infatti, la AFT si integra con gli ulteriori professionisti territoriali del SSR e si coordina con quelli ospedalieri partecipando attivamente ai processi di clinical governance.

3.5.6 - Sistema informatico e informativo

Il successo del modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in Regione Campania dipende anche dallo sviluppo di adeguati sistemi informatici ed informativi. A tal fine, i MMG e i PLS:

- costituiscono la rete della AFT;
- garantiscono che questa sia in grado di interfacciarsi con i sistemi operativi della Azienda Sanitaria (CUP - Sistema TS - ricetta elettronica);
- per ciascun assistito di AFT attivano la scheda sanitaria informatizzata individuale e il fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- condividono, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy e di sicurezza, i dati clinici degli assistiti che ne fanno parte.

Ciò consente di garantire la continuità delle cure, di supportare le previste attività di peer review e di monitorare l'attività dell'aggregazione. Anche gli specialisti ambulatoriali aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo in uso.

Relativamente alla gestione della cronicità il sistema informativo deve prevedere:

- l'attivazione del registro pazienti per patologia;
- la funzione di promemoria per le singole fasi dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali avviati per ciascun assistito;
- la misurazione degli indicatori di processo ed esito.

3.5.7 - Fondo di AFT

Le indennità e gli incentivi attualmente erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo della medicina convenzionata (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere e funzione informatica/informativa), ovvero per la remunerazione dei fattori produttivi, insieme a quelle liberatesi dalla cessazione degli incarichi, dovranno essere utilizzate da ciascuna Azienda per istituire un "fondo di AFT" destinando, le prime, al mantenimento del trattamento economico dei medici che attualmente le percepiscono e, le seconde, all'introduzione di meccanismi di perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT e nelle ulteriori AFT del territorio.

Nell'ambito del processo di revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta dovranno essere salvaguardati gli investimenti già effettuati da ciascun convenzionato, il mantenimento del trattamento economico attualmente raggiunto e l'invarianza delle risorse finanziarie già disponibili, fermo restando la quota capitaria e quella oraria definite dai rispettivi ACN.

Le risorse liberate dal processo riorganizzativo del Servizio Sanitario Regionale, ovvero dalla dismissione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni o con ridotta attività e dalla implementazione dei percorsi di appropriatezza, sono destinate alle dotazioni strutturali, strumentali e umane necessarie per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

3.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Sia la AFT delle cure primarie che quella dei pediatri di libera scelta è collegata ad una Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) che rappresenta un'articolazione organizzativa strutturale complessa del Distretto Sanitario di cui è parte essenziale e fondamentale. Presso la UCCP operano anche i componenti della AFT degli specialisti ambulatoriali.

3.6.1 - Definizione e caratteristiche generali

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

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multi-professionale e multidisciplinare;
- ha operatività h 24 per l'intero arco della settimana;
- assicura l'attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- assicura l'assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria;
- effettua la diagnostica di 1° livello;
- garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

3.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività

In considerazione della densità abitativa, il presente piano prevede di collegare di norma a ciascuna UCCP fino ad un massimo di quattro AFT della medicina generale e di tre 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.

Per definire concretamente l'area territoriale di riferimento di ciascuna struttura ciascuna ASL dovrà considerare la distanza dell'assistito dalla sede della UCCP e i tempi di percorrenza che, in considerazione delle diverse condizioni orografiche e individuata l'automobile come mezzo di trasporto principalmente

utilizzato, di norma, possono essere al massimo di 30/40 minuti.

In ogni caso, la UCCP dovrà offrire i propri servizi a tutta la popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento, mentre, l'assistenza primaria è rivolta agli assistiti dei MMG che vi operano il cui ambito territoriale si identifica con quello in cui è costituita la UCCP ai sensi del vigente ACN.

L'operatività della UCCP dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato è assicurata dai professionisti del ruolo unico della medicina generale che si integrano con tutte le altre professionalità sanitarie e non sanitarie contemporaneamente presenti nella struttura, mentre, dalle ore 20.00 alle ore 8.00 dell'intera settimana e nei restanti orari del sabato e di tutti i giorni festivi la continuità dell'assistenza è garantita dai medici a rapporto orario della continuità assistenziale.

Le Aziende Sanitarie dovranno adeguare la descritta articolazione degli orari di attività della UCCP in caso di diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata.

3.6.3 - Compiti e funzioni

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

- intercetta e decodifica la domanda di salute;
- garantisce l'equità e facilità di accesso attraverso l'attivazione del Punto Territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) per il ricevimento unitario della domanda;
- effettua l'attività di prevenzione ;
- prevede la partecipazione attiva dei MMG alle campagne di screening promosse dalle Aziende;
- 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 ed 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) prevedendo che agli ambulatori dedicati per patologia tenuti dal MMG sia presente, ove necessario, anche lo specialista ambulatoriale;
- persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
- sviluppa l'assistenza domiciliare, le ammissioni/dimissioni protette e la terapia del dolore, nonché, la risposta al bisogno sociosanitario di natura complessa adottando gli strumenti della valutazione multidimensionale e della definizione del progetto assistenziale personalizzato in collegamento con il Distretto di riferimento;
- garantisce la continuità delle cure e la 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

Campania.

La capacità delle UCCP di attivare processi di assistenza efficaci efficienti richiede necessariamente il superamento del lavoro per compartimenti stagni da parte delle varie figure professionali, lo sviluppo della flessibilità organizzativa, la responsabilizzazione e valorizzazione, oltre che dei medici a ciclo di scelta, anche di quelli a rapporto orario che vanno inseriti a pieno nelle attività.

La UCCP deve garantire le attività in stretto collegamento con i servizi distrettuali della terapia del dolore (assicurata da medico formato ed esperto) e delle cure domiciliari ivi incluse quelle erogate ai pazienti terminali. Ulteriore collegamento è realizzato con il Servizio Dipendenze (Ser.D.) e con la Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM).

In presenza di adeguate condizioni logistiche, la UCCP ospita anche la Farmacia distrettuale.

3.6.4 - Modalità di Accesso

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

- per chiamata diretta nell'ambito della medicina di iniziativa assicurata dalla UCCP;
- per accesso spontaneo: codice bianco o verde e attività consultoriale e di prevenzione;
- attraverso un percorso dedicato ai casi in dimissione protetta;
- attraverso il CUP.

Il recepimento unitario della domanda, per la presa in carico dei bisogni sociali - sociosanitari e sanitari, viene assicurato, ai sensi della DGR n. 790/2012 e relative Linee Operative, dal Punto territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) che garantisce le seguenti funzioni:

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo;
- prima lettura-valutazione del bisogno;
- informazione relativa a prestazioni, risorse, opportunità, possibili agevolazioni e sistema dei servizi esistenti e accessibili;
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata.

3.6.5 - Scopi

Di seguito si riportano i principali obiettivi perseguiti dalla UCCP:

- favorire la presa in carico integrata dell'assistito;
- assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette;

- garantire l'appropriatezza prescrittiva sia per quanto attiene all'assistenza farmaceutica che quella specialistica;
- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati;
- implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio.

3.6.6 - Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie

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.

3.6.7 - Coordinamento

La responsabilità organizzativa e gestionale della UCCP è affidata dall'Azienda ad un coordinatore individuato tra i medici 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.

Il Coordinatore di UCCP ha il compito di favorire i processi di integrazione e collegamento sia tra i diversi professionisti, che sono impegnati nei processi di cura, che tra le diverse strutture presenti nella rete di assistenza; pertanto, di intesa con il Direttore di Distretto, egli si raccorda costantemente con i coordinatori delle AFT collegate alla UCCP e le restanti realtà sociosanitarie e sanitarie del territorio, ivi inclusi i presidi ospedalieri. Altro compito assicurato è quello di coordinare l'attività formativa degli operatori della UCCP e di quelli che con questa si integrano o collaborano. Il coordinatore risponde degli obiettivi della UCCP.

L'incarico di coordinatore dura tre anni, lo stesso decade in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

3.6.8 - Sistema informatico ed informativo

Anche per la UCCP la presente programmazione sottolinea l'importanza di un adeguato sistema informatico e informativo con le medesime caratteristiche e finalità descritte per la AFT. In aggiunta, le Aziende nel corso di validità del presente Piano, assicurano l'attivazione degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto con le ulteriori realtà aziendali ed il collegamento con le strutture private accreditate (ricezione telematica di referti) e con i Comuni/Ufficio di Piano di riferimento in modo da realizzare un sistema informativo sociosanitario integrato che consenta anche di rispondere, con prontezza ed attendibilità, al debito

informativo relativo ai flussi ministeriali (NSIS).

3.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle Associazioni di volontariato

I cittadini e le loro associazioni di rappresentanza contribuiscono al miglioramento dei servizi resi dalla UCCP attraverso la proposizione di suggerimenti e/o reclami.

Le Aziende Sanitarie effettuano indagini di customer satisfaction e rendono trasparenti, con frequenza annuale, obiettivi e risultati raggiunti utilizzando il sito istituzionale e/o specifici incontri-manifestazioni.

Le associazioni di volontariato senza scopo di lucro e regolarmente iscritte allo specifico Albo regionale partecipano alle attività di accoglienza e informazione previa sottoscrizione di Protocollo di Intesa con il Distretto.

3.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree

Le UCCP devono essere realizzate in conformità a quanto stabilito dalla Regione Campania con D.G.R. n. 7301/01 con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi da rispettare e in osservanza della normativa in materia di privacy di cui al D.Lgs. n.196/2003.

L'ampiezza delle superfici e degli spazi nonché la quantità di risorse umane e tecnologiche sono rapportate al bacino di utenza della UCCP e, pertanto, alla consistenza di ciascun servizio attivato. Infatti, il "corretto" dimensionamento non può prescindere dai volumi di domanda potenziale da soddisfare.

Il Piano individua una articolazione degli spazi in 3 aree:

- area clinico-assistenziale: deputata alle attività di prevenzione e alla erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari
- area di supporto: deputata alle attività di accoglienza - informazione - CUP - gestione delle agende dei MMG/PLS - ticket - attesa, all'attività di coordinamento medico e delle professioni sanitarie, a quella amministrative di back-office e agli spazi per le riunioni e per le attività formative degli operatori
- area dei servizi: da destinare ad archivio – depositi – spogliatoi – servizi igienici.

3.6.11 - Criteri e individuazione delle sedi in cui realizzare le UCCP e le SPS

Le UCCP e le SPS sono collocate in sedi facilmente riconoscibili e identificabili da parte della comunità di riferimento.

La UCCP è di norma realizzata a sede unica e le Aziende solo in casi ben selezionati e motivati, ovvero, nelle aree montuose e/o rurali caratterizzate da bassa densità abitativa e in quelle metropolitane ad elevata popolosità, possono realizzare UCCP con più sedi dislocate sul territorio che, però, devono necessariamente avere una sede di riferimento a cui risultano collegate.

Il presente Piano prevede che, a regime, ciascuna Azienda Sanitaria realizzi

almeno una UCCP in ogni Distretto Sanitario.

Per l'individuazione delle sedi in cui programmare la loro realizzazione in ciascuna ASL sono stati adottati i seguenti criteri:

- tipologia e quantità di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate già funzionanti;
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire;
- possibilità di realizzazione all'interno e/o in contiguità della struttura distrettuale (presenza di aree non utilizzate);
- disponibilità di immobili o parte di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati;
- esistenza di beni confiscati con nulla osta all'utilizzo e liberi da ogni vincolo;
- presenza di strutture rese disponibili dai Comuni o altri Enti Pubblici;
- valutazione dei collegamenti, della viabilità e dei tempi di percorrenza;
- aspetti demografici (densità abitativa) ed orografici (area costiera, interna, rurale, montana);
- appartenenza del territorio ad un'area di confine con altre regioni;
- condizioni socio-economiche e culturali della popolazione;
- investimenti già destinati a determinate strutture.

L'applicazione dei citati criteri ha condotto alla definizione delle sedi, indicate nel prossimo paragrafo individuate per la realizzazione delle UCCP e delle SPS in regione Campania, nell'arco di vigenza del presente Piano.

La realizzazione del modello di riorganizzazione delle cure primarie costituisce obiettivo prioritario per i Direttori Generali/Commissari Straordinari di ciascuna ASL.

3.6.12 – Le UCCP programmate

Di seguito la mappa e l'elenco delle strutture programmate.

Tabella n. 14 – Elenco UCCP ASL di Avellino

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 1 PO Ariano Irpino	UCCP.	in programmazione.	Ariano Irpino
Distretto Sanitario 1 Presidio Distrettuale Grottaminarda	UCCP	in programmazione	Grottaminarda
Distretto Sanitario 3 SPS di Bisaccia	UCCP	in programmazione	Bissacia
Distretto Sanitario 3 PO Sant'Angelo dei Lombardi	UCCP	in programmazione	Sant'Angelo dei Lombardi

Figura 8 – Geolocalizzazione UCCP ASL di Avellino

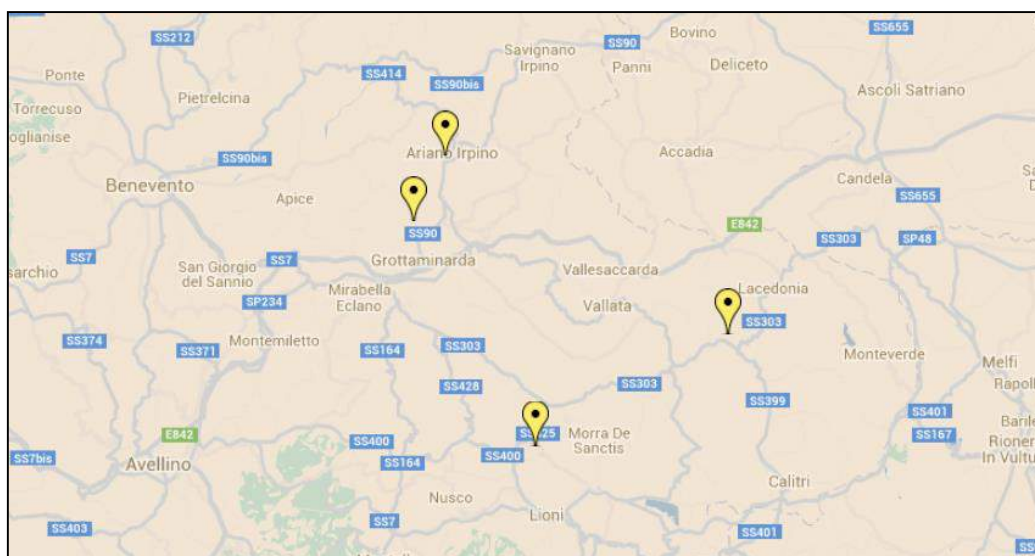


Tabella n. 16 – Elenco UCCP ASL di Caserta

Nome	Tipologia	Status	Città
Ex PO di Teano	UCCP	in programmazione	Teano
Distretto Sanitario n. 12 di Caserta	UCCP	in programmazione	Caserta
Distretto Sanitario n. 17 di Aversa	UCCP	in programmazione	Aversa
Distretto Sanitario n. 23 di Mondragone	UCCP	in programmazione	Mondragone

Figura 10 – Geolocalizzazione UCCP ASL di Caserta

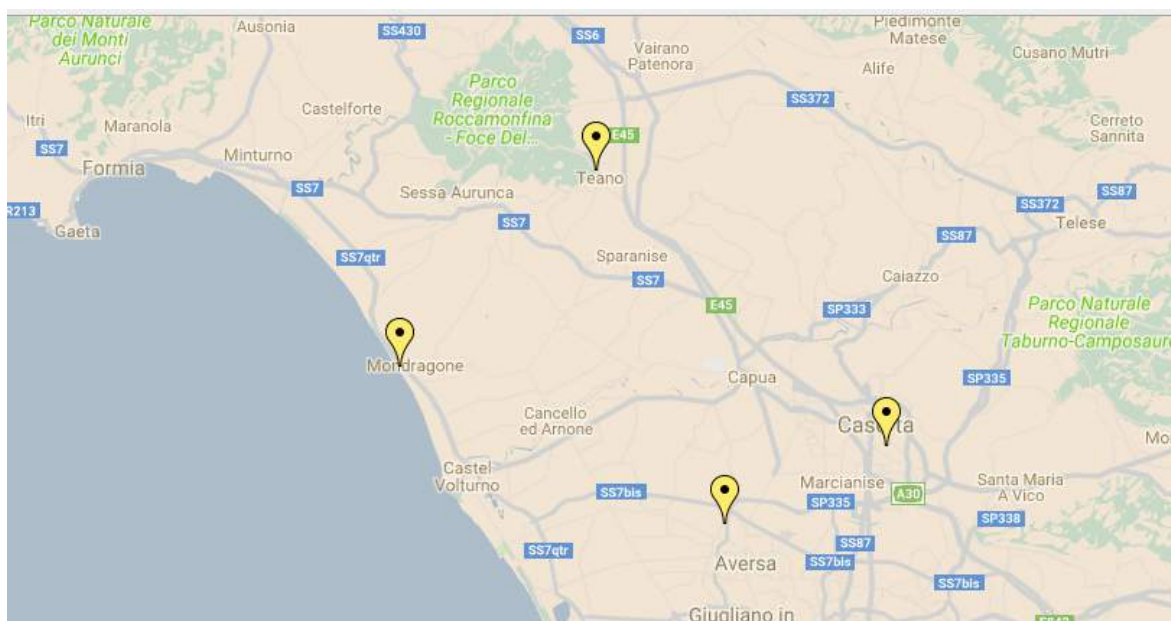


Tabella n. 17 – Elenco UCCP ASL Napoli 1 Centro

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 26 (Pianura)	UCCP	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 28 (Scampia)	UCCP	in programmazione	Napoli
PO San Gennaro	UCCP	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 23 (Poggioreale)	UCCP	in programmazione	Napoli

Figura 11 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 1 Centro

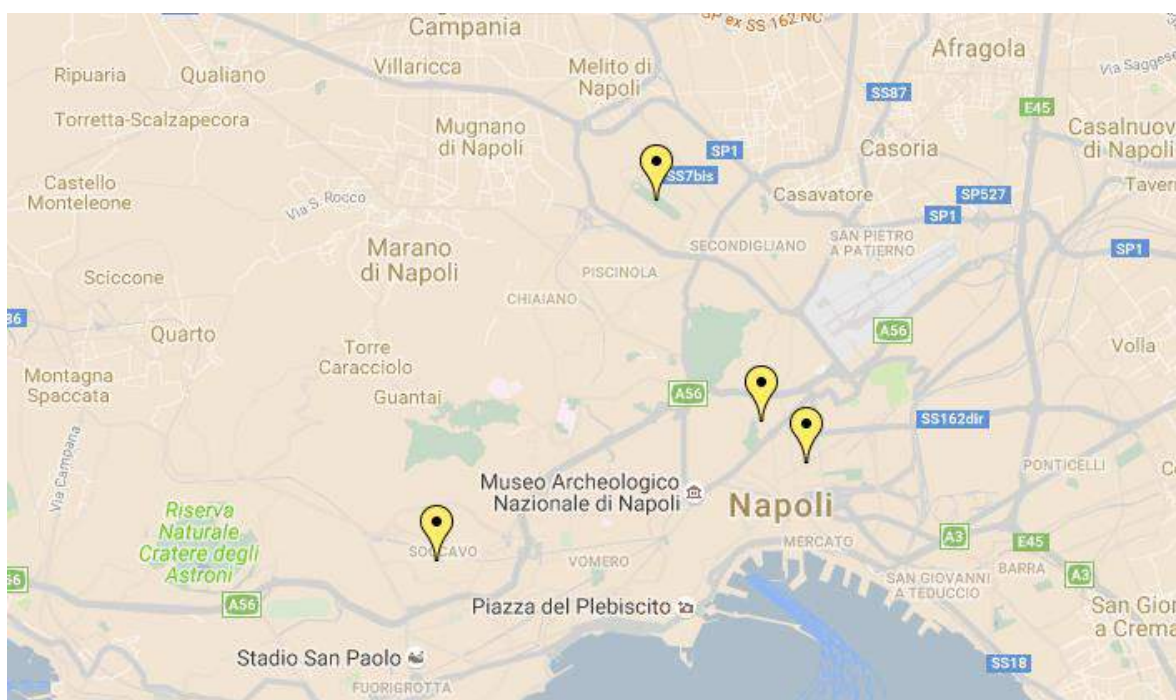


Tabella n. 18 – Elenco UCCP ASL Napoli 2 Nord

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 36 PO Scotto	UCCP	in programmazione	Procida
Distretto Sanitario 36 di Ischia	UCCP	in programmazione	Ischia
Distretto Sanitario 37 di Giugliano	UCCP	in programmazione	Giugliano
Distretto Sanitario 43 di Casoria	UCCP	in programmazione	Casoria

Figura 12 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 2 Nord

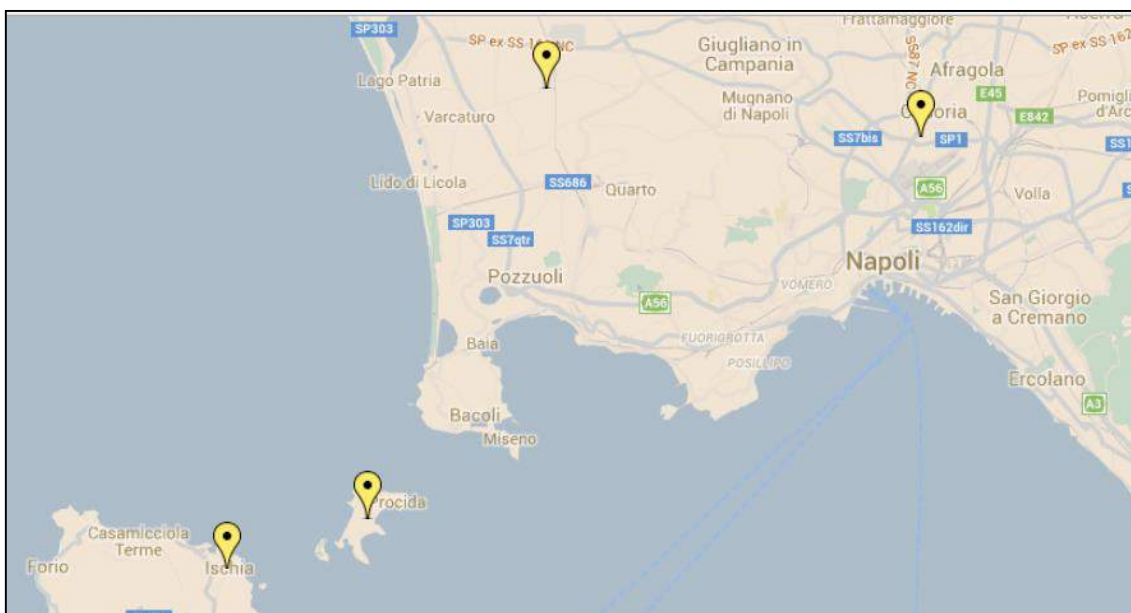


Tabella n. 19 – Elenco UCCP ASL Napoli 3 Sud

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 50 PO di Pollena Trocchia	UCCP.	in programmazione	Pollena
Distretto Sanitario 57 (Plesso Bottazzi)	UCCP	in programmazione	Torre del Greco
Distretto Sanitario 59 PO di Sant'Agnello	UCCP	in programmazione	Sant'Agnello

Figura 13 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 3 Sud

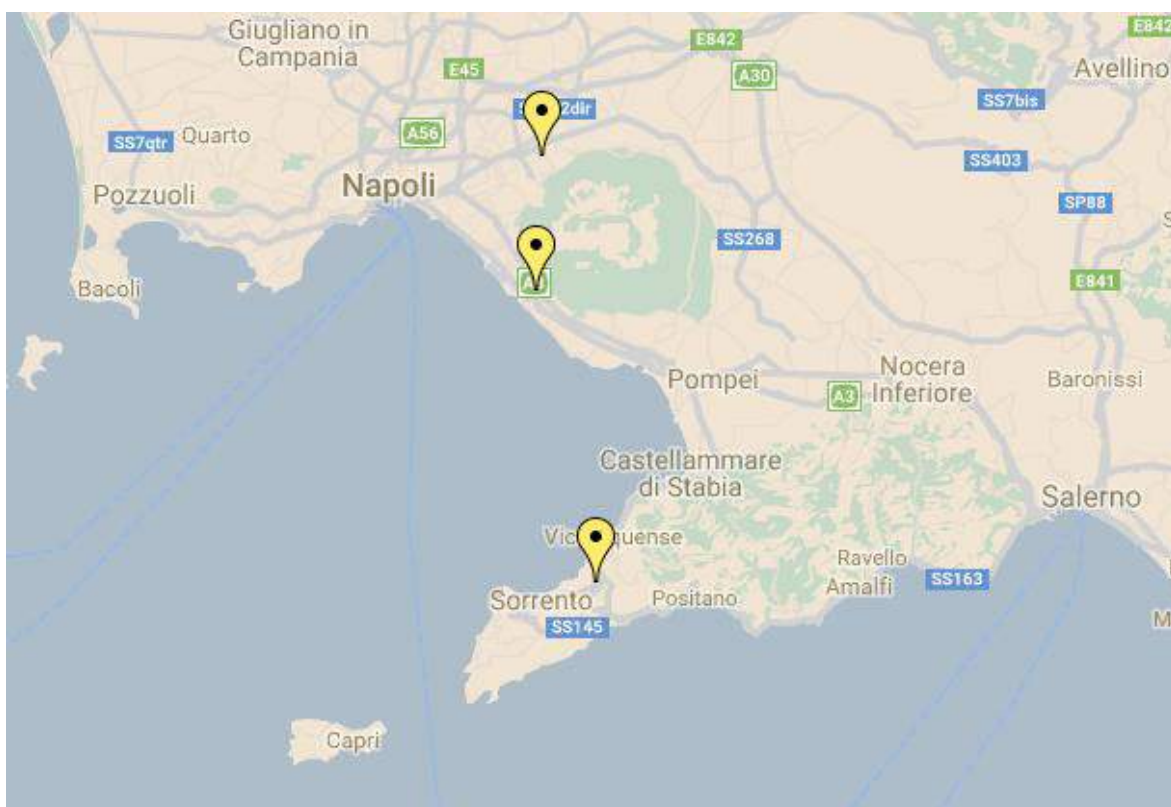
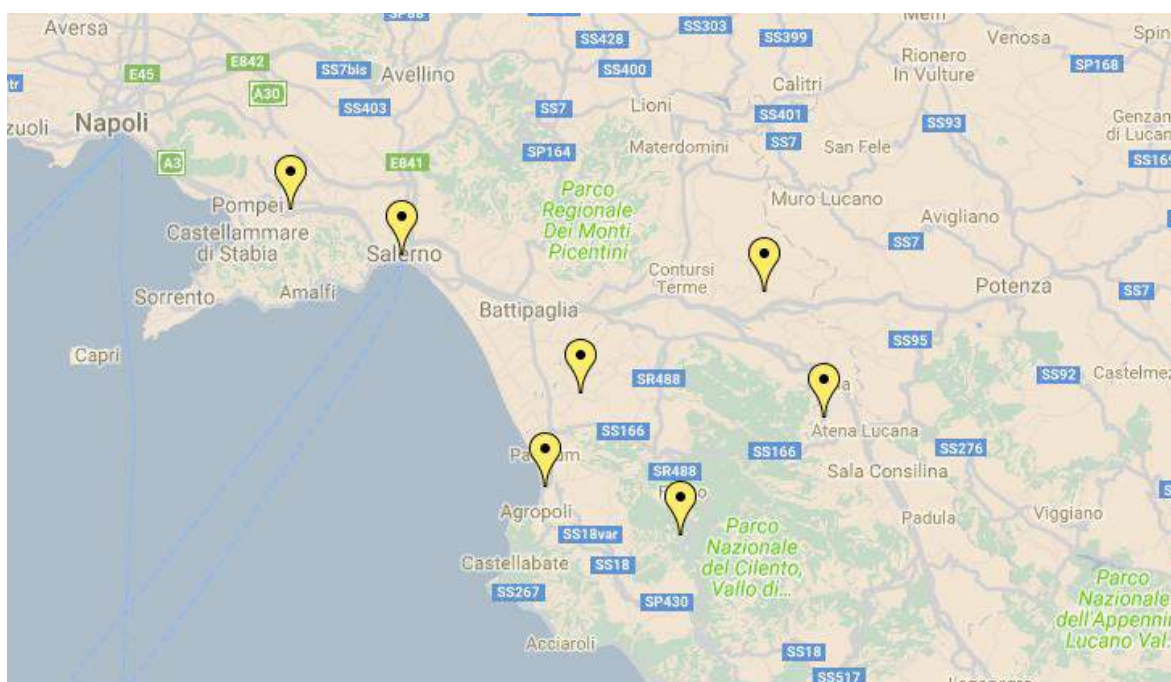


Tabella n. 20 – Elenco UCCP ASL Salerno

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 61 - PO di Scafati	UCCP	in programmazione	Scafati
Distretto Sanitario 64 - Buccino	UCCP	in programmazione	Buccino
Distretto Sanitario 66 - Salerno	UCCP	in programmazione	Salerno
Distretto Sanitario 69 - Roccasaspide	UCCP	in programmazione	Roccasaspide
Distretto Sanitario 70 - PO di Agropoli	UCCP	in programmazione	Agropoli
Distretto Sanitario 72 - Sant'Arsenio	UCCP	in programmazione	Sant'Arsenio
Distretto Sanitario n. 70 - Stio	UCCP	in programmazione	Stio

Figura 14 – Geolocalizzazione UCCP ASL Salerno



3.7 - La unità complessa di cure primarie pediatrica

Il presente piano prevede la realizzazione di almeno 2UCCP pediatriche che si configurano quali esperienze pilota per la successiva attivazione di ulteriori strutture a vocazione pediatrica anche in integrazione con quelle per la medicina generale:

- una nella A.S.L. Napoli 1 Centro presso il P.O. SS. Annunziata, che insiste sul territorio del Distretto Sanitario n. 31, così come previsto con Decreto n. 28 del 10.03.2015, ad oggetto interventi di riorganizzazione della rete materno – infantile per livelli di assistenza nella città di Napoli, e con il Decreto n. 33 del 17.05.2016, ad oggetto Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015;
- una nella A.S.L. Napoli 3 Sud presso il P.O. di Torre del Greco, che insiste sul territorio del Distretto Sanitario n. 57, il quale ospiterà anche un ulteriore struttura territoriale rappresentata da un Centro residenziale per le cure palliative – Hospice pediatrico, così come previsto con il citato Decreto 33 del 17.05.2016.

La realizzazione delle UCCP pediatriche si concretizza previa sottoscrizione di specifiche intese tra la ASL NA 1 Centro e l'A.O. di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione Santobono Pausilipon, che risultano essere già in fase avanzata, e tra il Distretto Sanitario n. 57 e il P.O. Maresca di Torre del Greco, da intraprendere con l'adozione del presente Piano.

Tali strutture, vista la specificità del modello, assumono il significato di esperienze pilota in ambito regionale pur registrandosi precedenti progetti avviati da diverse Aziende Pediatriche di Alta Specializzazione (Bambino Gesù, Gaslini, Burlo Garofalo) che hanno orientato parte della propria capacità di offerta verso i servizi territoriali.

3.7.1 - Caratteristiche generali

La UCCP pediatrica ha carattere sovra-distrettuale e rappresenta luogo di incontro o meglio di connubio della funzione territoriale con quella ospedaliera attraverso la realizzazione di una forte integrazione ospedale-territorio in materia di assistenza pediatrica.

I Pediatri di Libera Scelta che hanno in carico il piccolo paziente e che afferiscono alla UCCP si integrano con le competenze specialistiche rese disponibili dall'ambito ospedaliero per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno non riconducibili alla degenza ma relative all'area della post-acuzie e dell'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore di Distretto in questa forma di UCCP assume con ancora maggiore forza il ruolo di collante e di facilitatore dei processi di integrazione ospedale-territorio-ambito sociale di zona garantendo la sinergia e unitarietà dei percorsi personalizzati attivati per i pazienti di età pediatrica i quali trovano in

questo modello di assistenza una risposta che assicura l'appropriatezza non solo clinica, ovvero specialistica, ma anche organizzativa, ovvero adeguata sia nel tempo che nello spazio.

3.7.2 – Scopi

Di seguito si riportano le principali finalità perseguite dalle due U.C.C.P. pediatriche sperimentali previste prioritariamente dal piano:

- esercitare una funzione di filtro agli accessi impropri al Pronto Soccorso e ai ricoveri inappropriati in età pediatrica per casi che trovano nel territorio competenze e risposte specialistiche fino ad oggi assicurate solo dal livello di assistenza ospedaliero;
- garantire la continuità dell'assistenza in età pediatrica attraverso la realizzazione delle ammissioni e dimissioni protette;
- operare un riassetto della rete ospedaliera e territoriale realizzando interventi tesi a riconvertire presidi o loro parti che non sono in grado di erogare cure adeguate con riferimento sia all'efficacia che all'efficienza degli interventi;
- valorizzare l'antica vocazione materno-infantile del P.O. SS. Annunziata sito nel centro storico di Napoli rafforzandone il legame con il tessuto sociale di riferimento;
- aprire alle tematiche dell'integrazione sociale, multiculturale e multi-etnica i servizi resi alla popolazione pediatrica.

3.7.3 – Funzioni della UCCP pediatrica

Di seguito si elencano le funzioni assicurate dalla UCCP pediatrica realizzata, presso il P.O. SS. Annunziata, prevedendo la valorizzazione delle risorse rese disponibili dalla ASL Napoli 1 Centro e dall'AORN Santobono Pausilipon che vengono ricondotte all'unitarietà e alla personalizzazione dei percorsi assistenziali attivati per i piccoli pazienti.

In particolare, nell'ambito dell'area clinico-assistenziale della UCCP, si distinguono:

- funzioni a prevalenza ASL – Distretto Sanitario;
- funzioni a prevalenza AORN;
- funzioni miste ASL-AORN.

Le Funzioni a prevalenza ASL- Distretto Sanitario comprendono:

- il punto di accesso territoriale;
- la Unità di Valutazione Integrata (UVI) che riconosce quale luogo privilegiato di intervento la casa del piccolo assistito e, pertanto, è in stretto collegamento con le cure domiciliari pediatriche;
- l'ambulatorio del PLS;
- la U.O. Materno Infantile distrettuale con il consultorio familiare di II livello, il

centro vaccinale e l'ambulatorio infermieristico;

- la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo pediatrico (UVBR) che assicura la continuità territoriale per l'assistenza riabilitativa pediatrica;
- il punto di continuità assistenziale a vocazione pediatrica;
- il punto prelievi;
- la mediazione culturale.

Le Funzioni a prevalenza AORN comprendono:

- l'osservazione ambulatoriale breve diurna;
- il Day Service e gli ambulatori pediatrici specialistici
- la riabilitazione pediatrica ambulatoriale;
- l'attività del Centro Regionale per lo screening delle malattie metaboliche;
- l'attività del Centro Regionale per la diagnosi e l'assistenza per le malattie rare;
- l'odontoiatria ed ortodonzia che comprende il follow-up ortodontico per i pazienti con pregresso intervento di cheilo-gnato-palatoschisi e l'attività ortodontica e odontoiatrica rivolta ai bambini con bisogni speciali.

Il day-service è attivato in particolare per alcuni PDTA (quali asma, diabete in età pediatrico-adolescenziale, malattie infiammatorie croniche intestinali, cardiopatie congenite, errori congeniti del metabolismo, endocrinopatie, ecc.,)

Le Funzioni miste ASL-AORN comprendono:

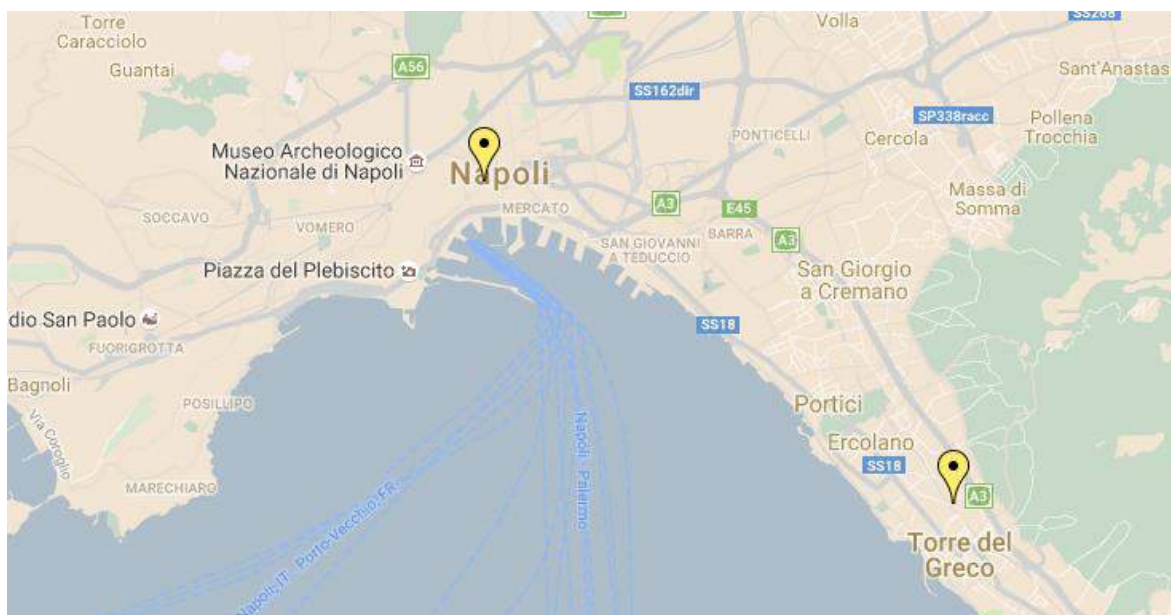
- la neuropsichiatria infantile e dell'adolescente;
- il centro di consultazione psicologica del bambino e dell'adolescente;
- il centro obesità infantile;
- il centro vaccinazioni a rischio;
- il centro per il bambino immigrato;
- il centro per il bambino adottato.

3.7.4 – UCCP pediatriche programmate

Tabella n. 21 – Elenco UCCP pediatriche programmate in via prioritaria

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 31 - PO Annunziata	UCCP pediatrica	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 57 - PO Torre del Greco	UCCP pediatrica	in programmazione	Torre del Greco

Figura 15 – Geolocalizzazione UCCP pediatriche



3.8 - Le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

Il presente Piano prevede la realizzazione delle Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) all'interno degli stabilimenti ospedalieri dismessi, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2011/2013 e dall'art. 11 dell'AIR per la Medicina Generale pubblicato sul BURC n. 46 del 22.08.2013.

La SPS è costituita da un immobile o plesso che al suo interno ospita più tipologie di strutture e/o servizi sanitari territoriali, quali: UCCP, Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT), Punto di Primo Intervento Territoriale (PPI - PSAUT), Ospedale di Comunità (OdC), Residenza Sanitaria Assistita per anziani o disabili (RSA), Centri residenziali per le cure palliative - Hospice, Centri residenziali per il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), ecc

La SPS rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala.

In altri termini, all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza.

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale dell'intera struttura fa capo al Direttore di Distretto.

Tabella n. 22 – Elenco Strutture Polifunzionali per la Salute programmate

ASL	Nome	Città
AV	Distretto Sanitario 3 SPS di Bisaccia	Bisaccia
BN	Distretto Sanitario 11 SPS di San Bartolomeo in Galdo	San Bartolomeo in Galdo
BN	Distretto Sanitario 10 SPS di Cerreto Sannita	Cerreto Sannita
BN	SPS di Sant'Agata dei Goti (attivo)	Sant'Agata dei Goti
CE	SPS di Capua (attivo)	Capua
CE	Distretto Sanitario 14 SPS di Teano	Teano
NA1	SPS Loreto Crispi (attivo)	Napoli
NA1	Distretto Sanitario 29 SPS PO San Gennaro di Napoli	Napoli
NA2	Distretto Sanitario 36 SPS PO G.Scotto di Procida	Procida
NA3	Distretto Sanitario 50 SPS di Pollena Trocchia	Pollena Trocchia
SA	Distretto Sanitario 64 SPS Buccino	Buccino
SA	Distretto Sanitario 69 SPS Roccadaspide	Roccadaspide
SA	Distretto Sanitario 70 SPS di Agropoli	Agropoli
SA	Distretto Sanitario 72 SPS di Sant'Arsenio	Sant'Arsenio

Figura 16 – Geolocalizzazione delle SPS



3.9 – Gli Ospedali di Comunità (OdC)

Il presente Piano prevede la realizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC), in linea con quanto previsto dai Piani Sanitari Nazionali 2006-2008 e 2011-2013, dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dalla Legge 135 del 07.08.2012 di conversione dell'art. 15 co. 13 lett. C) del D.L. n. 95 del 06.07.2012, dall'art. 5 co. 17 del Patto della Salute 2014/2016 e dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 approvato con D.C.A. n. 33 del 17.05.2016.

3.9.1 - Definizione e caratteristiche generali

L'OdC costituisce un presidio di degenza residenziale delle cure primarie con un numero limitato di posti letto (15-20 PL), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta che gestiscono l'intero percorso sanitario del paziente assumendosene la responsabilità clinica, mentre, la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Direttore di Distretto che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche. L'Azienda individua un MMG che assume la funzione di coordinare l'OdC rappresentando l'interfaccia professionale tra la gestione clinica e la direzione distrettuale.

L'OdC possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero, le risposte assistenziali residenziali (RSA) e quelle domiciliari (ADI) con le quali non si pone in una condizione di alternativa o di duplicazione, bensì, in stretto rapporto di collaborazione funzionale quale ulteriore nodo della rete di assistenza territoriale.

3.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero

I pazienti ricoverati presso l'OdC potranno provenire:

- da una Unità Operativa di Presidio o Azienda Ospedaliera in quanto necessitano di prolungare la permanenza in un ambiente protetto al fine di:
 - raggiungere la completa stabilizzazione delle proprie condizioni cliniche prima del rientro a domicilio;
 - consolidare i risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti con recupero dell'autonomia prima del rientro a domicilio, nei casi non sia possibile attivare l'ADI.
- dal proprio Domicilio, anche se in ADI o ADP, in quanto necessitano di:
 - ricovero in OC in mancanza di idoneità, strutturale o familiare, dell'abitazione;
 - assistenza/sorveglianza infermieristica continuativa;
 - approfondimenti per un corretto inquadramento diagnostico;
 - intraprendere una terapia in ambiente protetto.

I ricoveri in OdC sono sempre programmati, per casi non complessi e di breve durata (degenza max 20 giorni).

3.9.3 – Scopi

Gli scopi che si pone la realizzazione dell'OdC sono di due tipi:

- preventivi, ovvero evitare l'ospedalizzazione;
- riabilitativi, ovvero supportare la dimissione e favorire il rientro a domicilio.

3.9.4 - Modalità di ammissione

L'ammissione nella struttura avviene su proposta del Medico ospedaliero sentito il MMG, se il paziente proviene da un ospedale, o dello stesso MMG, che ha la responsabilità clinica del proprio assistito, se proviene dal domicilio; la possibilità di ricovero è prevista anche per i pazienti provenienti direttamente dal Pronto Soccorso sulla base di protocolli operativi stilati e condivisi dal Direttore Medico di Presidio e dal Direttore di Distretto.

Il ricovero in OdC prevede la valutazione multidimensionale e la definizione del piano assistenziale individuale condiviso con il paziente e/o il relativo caregiver.

3.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave

Il MMG e il PLS si avvalgono delle consulenze specialistiche e delle possibilità di accertamenti diagnostici presenti nella UCCP realizzata all'interno della stessa SPS che ospita l'OdC; allo stesso modo il presidio di medici a rapporto orario (Continuità Assistenziale) ed il SAUT intervengono ogni qual volta necessario.

All'interno della struttura, oltre a quelle di cui si è detto, sono previste prestazioni infermieristiche, dell'operatore sociosanitario e, quando necessarie, riabilitative.

Il modello previsto dal presente Piano valorizza, in particolare, la figura dell'infermiere che è presente nella struttura per tutti i giorni della settimana e per l'intero arco della giornata e assume il ruolo di case-manager.

Elementi chiave per la piena funzionalità ed efficacia delle cure erogate dall'OdC sono rappresentati:

- dall'attenzione posta dagli operatori nel favorire lo sviluppo dell'empowerment di pazienti e caregiver;
- dall'attivazione delle risorse della comunità (associazioni di volontariato).

Tabella n. 23 – Elenco Ospedali di Comunità programmati

ASL	Nome	Posti letto	Status	Città
AV	Ospedale di Bisaccia	10	in programmazione	Bisaccia
BN	Ospedale di San Bartolomeo in Galdo	20	in programmazione	San Bartolomeo in Galdo
BN	Ospedale di Cerreto Sannita	16	in programmazione	Cerreto Sannita
CE	Ospedale di Teano	20	attivo	Teano
CE	Ospedale di Capua	20	in programmazione	Capua
NA1	PO San Gennaro	20	in programmazione	Napoli
NA2	Ospedale G.Scotto	10	in programmazione	Procida
NA3	PO di Pollena Trocchia	20	in programmazione	Pollena Trocchia
SA	Ospedale di Comunità di Buccino	20	In programmazione	Buccino
SA	Ospedale di Comunità di Roccadaspide	10	in programmazione	Roccadaspide
SA	PO di Sant'Arsenio	10	in programmazione	Sant'Arsenio
SA	PO di Agropoli	10	in programmazione	Agropoli

Figura 17 – Geolocalizzazione degli Ospedali di Comunità



CAPITOLO 4 - Area della Fragilità

Il Paziente Fragile

Da alcuni decenni sia in ambito sociale che sanitario il concetto di fragilità sta riassumendo, in una definizione fine e sensibile, una condizione di ridotto equilibrio psico-fisico-sociale, nella quale plurimorbosità, politerapie, cronicità, disagio sociale concorrono a rendere più esposto l'individuo, determinandone una perdita progressiva della capacità di rispondere alle noxae in maniera reattiva, senza energia propria, piuttosto subendole in forma progressiva, risultando perciò ad esse "fragile", richiedendo dunque cure e attenzioni più che in condizioni di normale malattia.

Questa condizione sebbene più frequentemente riscontrantesi in età senile, può tuttavia, per le caratteristiche descritte, interessare ogni età con un variabile coinvolgimento sociale, frequentemente condizionante anche la condizione generale del nucleo familiare di appartenenza del paziente stesso.

La fragilità si manifesta a più sfaccettature, da quella della patologia cronica e/o invalidante, a quella della biologia legata alla senescenza, a quella del disagio sociale in contesti di solitudine o di povertà, tutte tra loro condizionantesi con un potenziale effetto di sinergia negativa. A questa fragilità ed alle sue declinazioni cliniche va posta l'attenzione dell'assistenza territoriale, prima ad essere vicina al paziente, prima a dover rispondere, mai come in questo caso, ad una presa in carico complessiva e di integrazione.

Nell'ottica dell'individuazione di questa condizione vengono di seguito esplicitate le indicazioni programmatiche che questa Regione Campania individua per tali pazienti.

4.1 - La Cronicità

4.1.1 - Introduzione

L'aumento delle patologie croniche sta ormai assumendo le caratteristiche di una pandemia tanto da rappresentare un'emergenza che, se non adeguatamente gestita, potrà assumere aspetti destabilizzanti per il Servizio Sanitario.

Dalla lettura dei dati riportati in un'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel corso del 2013 scaturisce che il 48,7% della popolazione dai 65 ai 74 anni si dichiara affetta da almeno 2 malattie croniche e che tale percentuale sale al 68,1% se si considerano le persone con più di 75 anni di età.

Inoltre, si stima che il 70-80% delle risorse destinate nel mondo all'assistenza sanitaria sia assorbito per la cura delle malattie croniche e che nel 2020 queste rappresenteranno l'80% di tutte le patologie.

L'OMS, nell'ambito dei Piani d'azione 2008-2013 e 2013-2020, evidenzia

l'importanza che i Governi e le Amministrazioni intervengano nella prevenzione e controllo delle malattie croniche che vengono definite *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”* con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura.

In tale scenario il presente Piano assume a riferimento gli ultimi Piani Sanitari Nazionali, che riconoscono l'impatto sia sanitario che sociale delle malattie croniche, i Piani Sanitari della Prevenzione, che sin dal 2005 identificano il contrasto alla cronicità quale obiettivo determinante da inserire nella pianificazione regionale, il Patto della Salute 2014-2016 che sottolinea il ruolo della medicina di iniziativa, il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e i Programmi Operativi 2013-2015, che assumono il modello della gestione integrata quale modalità operativa da seguire quotidianamente, nonché la recente bozza del primo Piano Nazionale della Cronicità.

Il paziente cronico è spesso rappresentato da una persona anziana e affetta da più malattie le cui esigenze di assistenza scaturiscono non solo dalle specifiche condizioni cliniche ma, anche, dalle condizioni socio-familiari ed ambientali.

Inoltre, la presenza di pluripatologie aumenta il rischio che i diversi professionisti intervengano sulle singole malattie e non sulla gestione della persona nella sua interezza dando origine a duplicazioni diagnostiche e/o terapeutiche, interazioni farmacologiche, reazioni avverse e interventi che possono risultare finanche in contrasto tra loro con forte rischio di riduzione della compliance del paziente. L'approccio metodologico deve, dunque, differenziarsi da quello tradizionale e, sulla scorta della valutazione globale, mirare al miglioramento della qualità della vita.

I dati disponibili indicano che le malattie croniche rappresentano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità.

Diventa dunque strategico:

- assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centrato sulla persona;
- responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso ivi incluso lo stesso paziente che deve partecipare in maniera proattiva all'intero processo e sottoscrivere un “patto di cura” con il team di assistenza;
- superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;
- mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;
- sviluppare un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le

prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;

- favorire l'aderenza della persona malata al percorso di cura, ovvero contrastare il rischio di abbandono del percorso rinforzando di continuo le informazioni relative allo stato di salute dell'assistito, al fine di perseguire un buon livello di conoscenza e consapevolezza da parte paziente e dei suoi familiari.

4.1.2 - La promozione della salute, l'educazione sanitaria e la diagnosi precoce

Le principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie) riconoscono specifici fattori di rischio comportamentali comuni e modificabili (abitudine al fumo di tabacco, abuso di bevande alcoliche, sedentarietà, scarso consumo alimentare di frutta e verdura) che possono generare alcuni fattori di rischio cosiddetti intermedi (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, sovrappeso, obesità).

Diventa, dunque, importante promuovere e coordinare programmi intersettoriali finalizzati alla modifica degli stili di vita non salutari.

Oltre all'attività di promozione alla salute e all'educazione terapeutica (per la prevenzione delle complicanze, comorbidità e disabilità), le principali azioni da potenziare per raggiungere buoni livelli di contrasto alle cronicità sono rappresentate dalla pronta individuazione delle condizioni di rischio e dalla diagnosi precoce.

4.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale

Se si confrontano le principali caratteristiche delle malattie acute e delle malattie croniche, ben sintetizzate nella tabella che segue, si comprende la diversità dei bisogni presentati da questi pazienti e i motivi per cui si rende necessario prevedere risposte assistenziali differenti e personalizzate.

Tabella n. 24 - Principali caratteristiche delle malattie acute e croniche

MALATTIE ACUTE	MALATTIE CRONICHE
Insorgenza improvvisa	Insorgenza graduale nel tempo
Episodiche	Continue
Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
Cura specifica a intento risolutivo	Cura continua, raramente risolutiva
Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	Terapia causale spesso non disponibile
La cura comporta il ripristino dello stato di salute	La restitutio ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
Assistenza sanitaria di breve durata	Assistenza sanitaria di lungo termine (presa in carico del malato)

Fonte: *Il Sole 24 Ore Sanità – Bozza Piano Nazionale della Cronicità*

Per una corretta gestione del paziente cronico il presente Piano persegue il riequilibrio territorio-ospedale e l'integrazione tra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera privilegiando il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali e l'utilizzo di strumenti operativi che si ispirano al disease management: solo così l'ospedale potrà finalmente rappresentare un nodo della rete impegnato

per i soli interventi di alta specializzazione e in grado di interagire con il Distretto Sanitario.

Pertanto, i tre classici livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera) costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

In particolare, il presente Piano stabilisce l'attivazione prioritaria dei PDTA relativi alle seguenti condizioni croniche:

- *diabete* in applicazione della DGR n. 1168/2005, della L.R. n. 9/2009, dell'art. 9 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale del 2013, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 26/2014;
- *piede diabetico e ulcere cutanee* in applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.3 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 43/2014;
- *bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)* in applicazione dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 40/2015;
- *scompenso cardiaco e ipertensione* in applicazione delle Linee Guida di cui alla DGR n. 6960/2002, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA ;
- *nefropatie* in applicazione delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA;
- *sclerosi laterale amiotrofica (SLA)* e malattie del motoneurone in applicazione del DCA n. 51/2015;
- *demenze* in applicazione del DCA n. 52/2015.

In prosieguo sono attivati gli ulteriori PDTA che la Regione individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati, anche per le aree di cronicità della età pediatrica.

Il modello di rete, centrato sui bisogni e sulla stadiazione, consente di attivare percorsi personalizzati con individuazione del responsabile della gestione dell'intero processo di cura e previsione della partecipazione attiva dell'assistito e del caregiver previa sottoscrizione di consenso informato da parte del paziente o suo familiare.

In tal modo i casi meno complessi sono gestiti all'interno delle cure primarie, mentre, per quelli con maggiore complessità, vengono effettuati follow up più intensivi.

In ogni caso l'assistenza è erogata da parte dell'intero team integrato e i diversi professionisti apportano, alle previste cadenze temporali, contributi diversificati e al tempo stesso convergenti.

Tale impostazione garantisce la continuità assistenziale e un efficace raccordo tra i diversi livelli (territorio – ospedale – territorio, medicina di base e specialistica, strutture residenziali territoriali, centri diurni, ecc.) e, inoltre, consente di prevedere interventi di crescente intensità basati sulla logica della collaborazione e della corresponsabilità.

Al fine di evitare che il paziente abbandoni il proprio percorso e si rivolga, in maniera autonoma e non coordinata, ad un diverso punto di erogazione, il più delle volte inappropriato, è essenziale che le Direzioni delle Aziende provvedano a:

- individuare canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa;
- attivare anche nel territorio i Day Service Ambulatoriali per l'accesso ai Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), di cui alla DGR n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014, collegati ai 6 PDTA previsti dal presente Piano.

4.1.4 - Il sistema informativo

La disponibilità di un adeguato sistema informativo costituisce altro fondamentale presupposto per affrontare la cronicità.

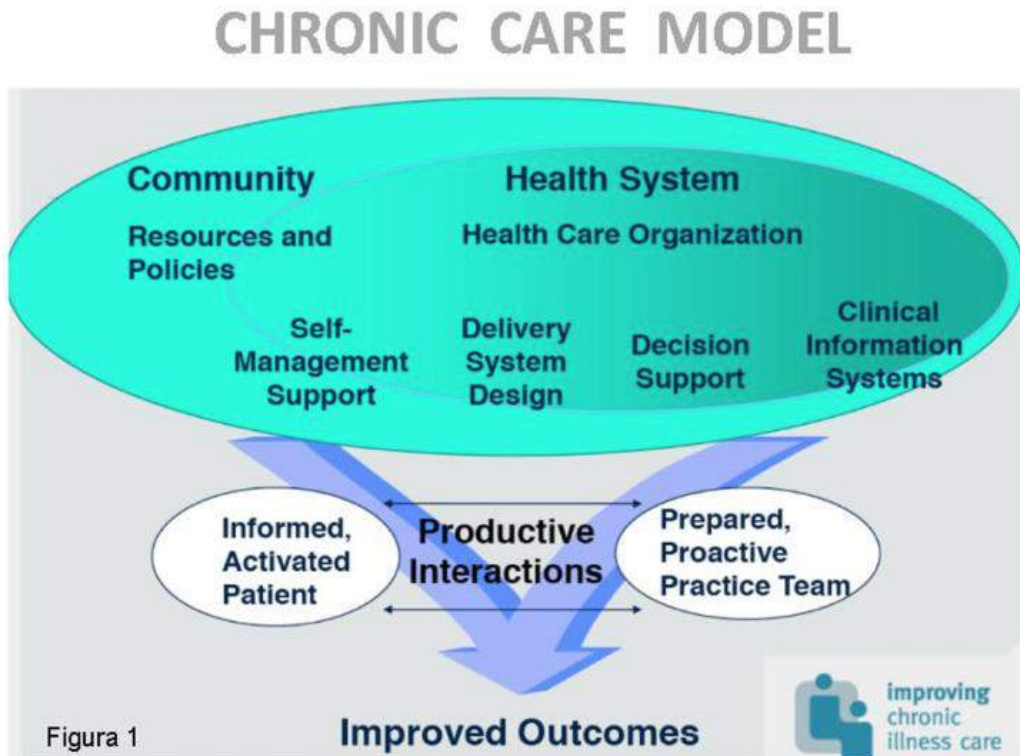
A tal fine questo deve necessariamente consentire di identificare il target di riferimento e di rendere le informazioni tempestivamente disponibili per tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura e per lo stesso assistito.

Sarà così possibile promuovere anche la costruzione dei registri di patologia e misurare più agevolmente gli indicatori utilizzati per la valutazione degli interventi effettuati.

4.1.5 - Il ruolo del Distretto Sanitario e le Cure domiciliari

Il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, improntati al *Chronic Care Model* e alla *Piramide di Kaiser*, è rappresentato dal Distretto Sanitario che opera in integrazione con i servizi sociosanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Figura 18 – L'organizzazione prevista dal "Chronic Care Model"



Il presente Piano attua tale modello anche attraverso la realizzazione delle AFT e delle UCCP che favoriscono l'integrazione e il coordinamento operativo tra i diversi attori che partecipano al piano di cura e adottano la medicina di iniziativa e la gestione attiva della cronicità.

Gli Ospedali di Comunità e le restanti strutture intermedie residenziali e semiresidenziali territoriali, previste dal Piano, costituiscono gli ulteriori nodi della rete di assistenza al paziente cronico.

Tale riorganizzazione dell'assistenza territoriale viene attuata valorizzando il ruolo fondamentale ricoperto dal MMG e dal PLS, nonché, quello rivestito dalle famiglie, dalle reti parentali e dal volontariato.

Spetta, infatti, alle Cure Primarie, in raccordo con il Distretto Sanitario attraverso le sue strutture operative (PUA, UVI, UVBR) il compito di pianificare e coordinare gli interventi attraverso l'adozione di una medicina di iniziativa che garantisca ai pazienti e ai loro familiari la migliore qualità di vita possibile.

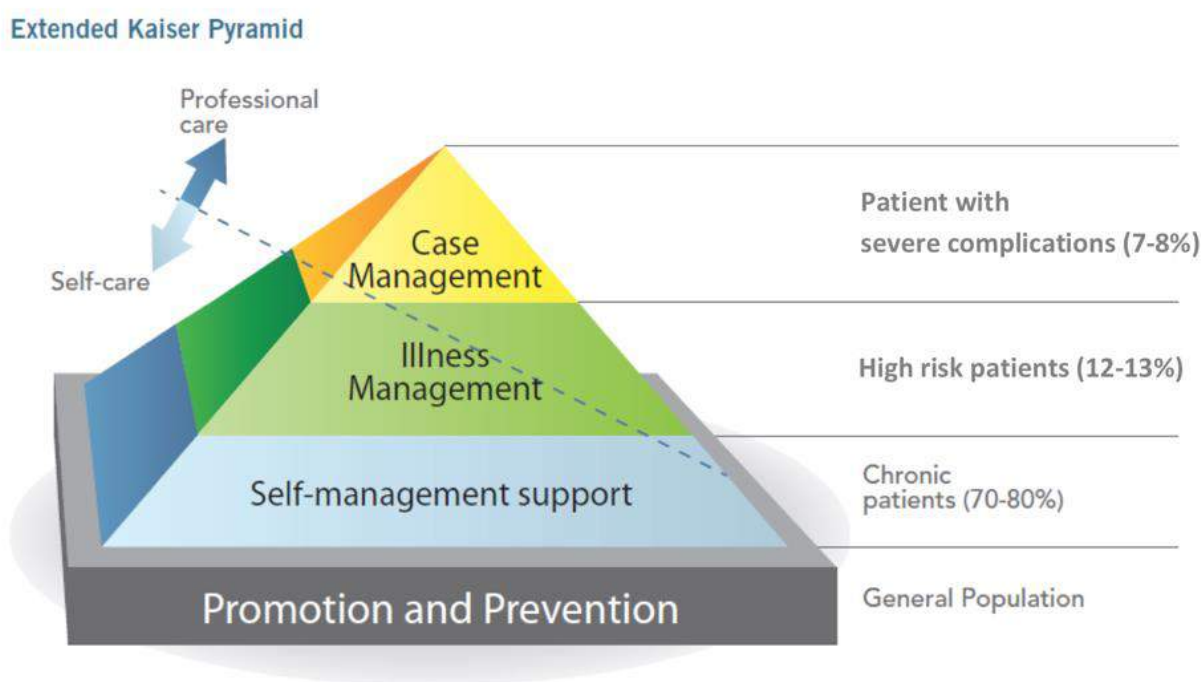
Obiettivo fondamentale del presente piano è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio e di evitare l'istituzionalizzazione attivando ogni qual volta necessario e possibile (condizioni abitative e presenza del caregiver) le cure domiciliari che rappresentano il setting più appropriato per assistere la persona malata in condizione di fragilità e per promuoverne l'empowerment, sviluppando la sua capacità di autogestione

consapevole dei bisogni.

In nessun caso l'erogazione delle Cure Domiciliari potrà avvenire al di fuori della compiuta valutazione distrettuale, multidisciplinare e multidimensionale, mediante gli strumenti operativi: PUA, UVI.

Tale setting domiciliare, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute ed estensive e dalle RSA.

Figura 19 – L'organizzazione prevista dalla "Kaiser Pyramid"



4.1.6 - La presa in carico dell'assistito

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

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

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le

diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Qualunque sia il setting di cura attivato è essenziale che il sistema assicuri l'equità di accesso, attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA) distrettuale, la presa in carico globale e che la relazione con la persona malata e i suoi familiari sia improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

4.1.7 - Finalità

Gli scopi perseguiti dal presente Piano attraverso l'attivazione del modello descritto sono rappresentati da:

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri per frequenti riacutizzazioni delle patologie croniche;
- favorire le dimissioni protette;
- contrastare l'istituzionalizzazione;
- assicurare l'accessibilità e fruibilità dei servizi;
- garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale e unitaria,
- migliorare la qualità di vita e la dignità della persona malata;
- perseguire una maggiore umanizzazione delle cure;
- migliorare il quadro clinico e mantenere il più a lungo possibile le autonomie funzionali della persona malata;
- prevenire le possibili complicanze e disabilità;
- contrastare la frammentazione e duplicazione degli interventi;
- rafforzare l'aderenza al trattamento;
- perseguire più elevati livelli di appropriatezza diagnostico-terapeutica ed organizzativa;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

4.1.8 – Gli strumenti per l'integrazione e la gestione della cronicità: i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Il piano prevede che all'interno di ciascuna azienda sanitaria vengano formalizzati, aggiornati e implementati i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che devono mirare a garantire sia efficacia che efficienza nella gestione integrata di alcuni quadri nosografici prioritari. Infatti, il PDTA:

- pone al centro dell'esperienza socio-sanitaria il cittadino/paziente;
- mira a una presa in carico del cittadino/paziente - dalla prevenzione alla riabilitazione - che ha un problema di salute, per la cui gestione diventano spesso necessari interventi multi professionali e multidisciplinari in diversi setting sanitari e sociosanitari.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali contestualizzano Linee Guida di una patologia o problematica clinica e permettono di delineare il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione.

Attraverso il modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale di cui al presente Piano, sono assicurati prioritariamente i PDTA Regionali per i seguenti quadri nosografici:

- il diabete e le sue complicanze (piede diabetico e ulcere cutanee);
- lo scompenso cardiaco;
- l'ipertensione essenziale;
- le patologie respiratorie (asma e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive);
- la sclerosi laterale amiotrofica (SLA),
- la nefropatia cronica;
- la demenza;
- il dolore cronico (come individuato dalla Legge 38/2010).

Le Aziende possono implementare ovviamente ulteriori PDTA con il coinvolgimento attivo dei medici convenzionati e dipendenti. Tutti i PDTA devono, comunque, possedere i seguenti elementi chiave:

- regolamentazione delle azioni di medicina preventiva o di iniziativa;
- indicazioni per attività di diagnostica;
- le modalità terapeutiche da adottare individuando la presa in carico del paziente e la formulazione di un piano di cura personalizzato (PAI - Piano di Assistenza Individuale);
- le attività di diagnostica post-terapia;
- le attività di follow-up valutando l'integrazione tra interventi strettamente clinici e socio-sanitari;
- le attività e le modalità di eventuale ospedalizzazione.

- le attività, i ruoli coinvolti, i setting sanitari e socio-sanitari interessati e gli indicatori di outcome da monitorare.

Le Fasi chiave per la realizzazione di un PDTA sono le seguenti:

- la scelta del problema di salute e ricognizione dello stato esistente;
- la costruzione di un percorso “ideale” con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un “percorso ideale” di riferimento oltre a valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio;
- la costruzione del “*percorso di riferimento*”, che identifica i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi e realizzabili. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi, deve essere definita la successione delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti e da eliminare;
- la gestione del cambiamento attraverso una fase pilota per verificare ruoli, attività e indicatori di outcome.;
- il monitoraggio del PDTA per verificare i risultati complessivamente raggiunti dalle strutture organizzative (AFT, UCCP o altre organizzazioni Socio-Sanitarie).

4.1.9 – Partecipazione alla Rete Oncologica Regionale

I Distretti Sanitari partecipano alla Rete Oncologica Regionale tra i centri di I livello assistenziale, con funzioni di screening e diagnostico-stadiative. L’offerta assistenziale integra quella erogata anche dai Presidi Ospedalieri delle AASSL ed attiene alle indagini di screening oncologico ed attività ambulatoriali, laddove presenti, eroganti prestazioni previste nei PDTA oncologici patologia specifici, così come richieste nel Piano di Cura stabilito dai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) che hanno effettuato la presa in carico del paziente affetto da neoplasia, previsti nell’apposito DCA “Rete Oncologica Regionale”.

Nell’ambito della Rete Oncologica nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, rientrano anche:

- Hospice e Ambulatori di Terapia del Dolore, per la cui definizione ed organizzazione si rimanda alla Rete di Terapia del Dolore della Regione Campania istituita con Decreto del Commissario ad acta n.22 del 10/03/2015, con riferimento alla Legge 38/2010.

Nell’ambito del Distretto dovrà essere individuato, analogamente a quanto previsto nei GOM , un infermiere Case Manager, figura di collegamento territoriale, per la integrazione tra ospedale e territorio, che assicuri la presa in carico del paziente oncologico nelle fasi di passaggio tra il percorso ospedaliero e quello territoriale. Il Case Manager accompagna il percorso individuale di cura divenendo riferimento e facilitatore della continuità del percorso stesso, occupandosi del coordinamento organizzativo affinché non ci siano soluzioni di continuo nella erogazione delle cure.

4.2 - La disabilità

Preso in carico e valutazione del bisogno dei soggetti adulti

4.2.1 - Introduzione

In Regione Campania l'offerta territoriale di assistenza sanitaria e sociosanitaria per disabili è attualmente articolata in:

- attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- attività residenziale e semiresidenziale in "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;
- cure domiciliari integrate/ADI.

Le prestazioni di riabilitazione finora erogate in Regione Campania hanno rappresentato non solo una risposta a bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile ma anche una funzione di sussidiarietà, dando conto a diversi, seppur gravi, bisogni assistenziali di natura socio sanitaria. Negli anni, questo ha determinato poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi.

Una rilevante criticità del sistema è rappresentata dallo scollamento esistente tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali territoriali con frammentazione e/o duplicazione degli interventi.

Tenuto conto della classificazione del progetto ministeriale Mattone, delle indicazioni del Comitato di verifica Lea e delle valutazioni degli adempimenti LEA, la Regione Campania sta provvedendo alla riqualificazione ed al potenziamento dei servizi di assistenza distrettuale e territoriale, nell'ottica del complessivo riequilibrio tra l'offerta territoriale e quella ospedaliera dei livelli assistenziali residenziali e semiresidenziali e della ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità, al fine di colmare le lacune nel sistema di offerta.

Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 10.02.2011, indica, infatti, la necessità di realizzare un uniforme modello organizzativo centrato sui bisogni di salute della persona, idoneo a garantire in maniera coordinata la presa in carico riabilitativa precoce e la continuità della stessa nei vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

4.2.2 – Presa in carico riabilitativa precoce e continuità' assistenziale

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della

prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato con i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

L'ICF rappresenta il linguaggio unificante per conoscere la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base. I suoi tre elementi fondamentali (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione) danno la possibilità di sintetizzare gli aspetti bio-patologici con quelli individuali, relazionali e ambientali, guidando la valutazione multidimensionale della persona e la definizione individuale degli outcome da raggiungere tramite il Progetto Riabilitativo e i suoi interventi: gli interventi (programmi) centrati sui diversi problemi (valutazione e trattamento di sintomi o patologie, ricostruzione/riapprendimento di funzioni o capacità, modifiche dell'atteggiamento soggettivo, dell'ambiente o del contesto anche tramite ausili ecc.) generano specifici output, step e contemporaneamente indicatori delle diverse fasi e settori; indicatori atti alla valutazione di risultato e contemporaneamente alle eventuali modifiche (anche in progress) del processo stesso.

Il riferimento costante delle attività riabilitative è il concetto di *modificabilità* ed è incluso nel processo decisionale che definisce l'ambito riabilitativo (intensivo/estensivo; ospedaliero/territoriale; socio-sanitario) nonché la necessaria appropriatezza dei programmi, e delle relative responsabilità degli stessi, che compongono il PRI, fino alla indicazione della uscita dalla presa in carico riabilitativa, come estesamente descritto nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione.

La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio.

A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

Le Linee Guida regionali per la riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004, individuano l'U.V.B.R. quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato, da attivare presso le AASSLL, le AA.OO, le AA.OO.UU.PP e gli IRCCS.

4.2.3 – Lo strumento operativo per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale: L'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) ospedale-territorio

In regione Campania si rileva un forte scollamento tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti e i diversi setting assistenziali della riabilitazione in quanto l'individuazione e quantificazione del bisogno di assistenza riabilitativa, fatte salve alcune sporadiche ed isolate esperienze, è, di massima, disgiunta dal ricovero e dalla dimissione ospedaliera.

Tale carenza comporta che, di frequente, venga prolungato il periodo di degenza o che il paziente venga direttamente inserito dal reparto ospedaliero in una struttura di riabilitazione intensiva.

Nei restanti casi l'assistito rientra al proprio domicilio senza aver ricevuto alcun Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e i familiari si rivolgono al medico di medicina generale per acquisire la prescrizione di prestazione specialistica domiciliare e successivamente effettuano la prenotazione presso il Distretto Sanitario che, a sua volta, allerta la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.).

Quest'ultima ha il compito di definire il livello di intensità delle cure da erogare ed il PRI: solo a questo punto l'assistito può essere inserito in un percorso di cura riabilitativo post-ricovero.

4.2.4 – Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali

Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 10.02.2011 nell'individuare gli indirizzi strategici che le Regioni devono seguire pone al primo posto *“la centralità del cittadino salvaguardata dal progetto individuale personalizzato e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del progetto riabilitativo individuale nei vari contesti e setting assistenziali”*.

Le Linee Guida regionali per le Attività di Riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004 prevedono che:

- ciascuna Azienda Sanitaria dovrà impegnarsi a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione;
- il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR);
- questa è struttura propria delle AA.SS.LL. con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene;
- la UVBR fa capo all'unità operativa fisiatrica competente per territorio o al Dipartimento di Riabilitazione Aziendale, ove esistente;
- nelle AA.OO. nelle AA.OO.UU.PP. e negli IRCCS, l'U.V.B.R. utilizza di base le professionalità dell'U.O. di Riabilitazione opportunamente integrata;
- la U.B.V.R. provvede all'individuazione e alla quantificazione dei bisogni e all'individuazione delle modalità gestionali dei soggetti disabili nell'ambito dei servizi sanitari intra ed extra-ospedalieri, ispirandosi ai tipici principi della valutazione funzionale globale e multidimensionale.

4.2.5 - La unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale - territorio

Il presente Piano, al fine di superare la separazione oggi esistente tra i presidi per acuti e i diversi setting assistenziali della riabilitazione, finalità raccomandata dalle Linee Guida regionali e dal Piano di Indirizzo nazionale, dispone che tutte le Aziende Sanitarie attivino entro il 31/12/2016 le U.V.B.R. integrate ospedale-territorio ciascuna delle quali assicura la propria operatività in uno o più Presidi Ospedalieri.

Infatti, la U.V.B.R. integrata ospedale-territorio si caratterizza per la sua flessibilità; al fine di perseguire maggiori economie di scala, fa capo alla Struttura centrale di Riabilitazione o al Distretto Sanitario ed ha competenza sovra-distrettuale operando presso più presidi ospedalieri della stessa Azienda.

La stessa individua i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia;
- le UU.OO di Rianimazione;
- le UU.OO. di Neurologia;

- le UU.OO di Bronco-Pneumologia;
- le UU.OO di Cardiologia.

Le AA.OO., le AA.OO.UU. e gli IRCCS attivano proprie equipe per la presa in carico riabilitativa precoce in fase acuta del paziente, con l'attivazione degli interventi riabilitativi necessari già durante il ricovero ospedaliero e con la predisposizione del PRI che dovrà essere osservato anche nella successiva fase di dimissione.

Per le AA.OO., le AA.OO.UU. e gli IRCCS che non hanno attivato alcuna U.V.B.R. opera la U.V.B.R. della A.S.L. territorialmente competente previa sottoscrizione, entro il 31 dicembre 2016, di specifica intesa da parte delle aziende interessate.

Attraverso la costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale – territorio si realizza:

- l'integrazione e continuità tra le strutture per acuti e quelle di riabilitazione ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate (ex codici 56 e 60, ex art. 26 - residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare);
- l'individuazione precoce del setting assistenziale più appropriato al bisogno di salute del singolo paziente il quale riceve il progetto terapeutico-riabilitativo individuale prima della dimissione dal reparto per acuti;
- l'attivazione, ogni qualvolta possibile e in alternativa alle strutture di riabilitazione, dell'assistenza domiciliare o l'avvio del paziente ad un percorso socio-sanitario;
- la presa in carico territoriale dell'assistito senza che vi sia alcuna soluzione di continuità;
- il punto di partenza per la strutturazione operativa del lavoro in rete tra le strutture e i setting coinvolti.

4.2.6 – Composizione della UVBR

Il nucleo base della U.V.B.R. è costituito da un team di professionisti di cui fanno parte i medici prescrittori (fisiatra e/o neuropsichiatra infantile e/o audiologo-foniatra e/o oculista e/o neurologo e/o pneumologo e/o cardiologo) e le seguenti ulteriori figure professionali:

- fisioterapista;
- assistente sociale;
- infermiere.

Tale nucleo è di volta in volta integrato in relazione:

- alla tipologia di disabilità e/o menomazione presentata dall'assistito: ortopedico, psicologo, terapeuta occupazionale, educatore professionale, logopedista, ecc.;
- alla sua età: terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, ecc.

Al processo di valutazione concorre anche il personale ospedaliero che ha avuto in cura l'assistito nella fase di acuzie al fine di individuare una risposta quanto più appropriata possibile al reale bisogno di salute.

4.2.7 - Scopi

La costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale-territorio consente di perseguire le seguenti finalità:

- attivare le dimissioni protette attraverso l'integrazione con i reparti ospedalieri e la presa in carico territoriale del paziente;
- favorire le cure domiciliari e, comunque, l'inserimento precoce dell'assistito nel setting più appropriato al bisogno di salute;
- realizzare la valutazione funzionale globale e multidimensionale;
- ridurre il numero medio di giornate di degenza ospedaliera;
- abbassare i tempi medi di attesa per i ricoveri ordinari;
- migliorare la qualità dell'assistenza alla persona disabile favorendo il recupero e/o mantenimento delle proprie autonomie.

4.2.8 – La presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva

La peculiarità della disabilità in età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale. Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero (o il suo tentativo massimale) tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale.

Gli interventi riabilitativi devono essere erogati con particolare attenzione all'efficienza delle procedure in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. Il quadro diagnostico-prognostico del soggetto in età evolutiva, perché da esso si possa delineare un programma terapeutico-riabilitativo, deve indicare: ciò che non si è sviluppato; ciò che manca perché tale sviluppo abbia luogo; che cosa deve essere provato per poter affermare che, anche in condizioni ottimali, lo sviluppo in questione non può aver luogo.

La riabilitazione partecipa in modo assai stretto ai processi di apprendimento, di sviluppo, di crescita. Abilitare in questo ambito significa promuovere, facilitare lo sviluppo senso-motorio, cognitivo, affettivo-relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

Il processo riabilitativo ha un carattere olistico in quanto si rivolge al bambino

nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale ed ecologico poiché coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

Gli interventi riabilitativi in età evolutiva si caratterizzano per essere rivolti a patologie in cui, nella maggior parte dei casi, il danno neuro-anatomofunzionale è precoce e, pertanto, le finalità terapeutiche non sono sempre volte al ripristino di funzioni o di abilità già presenti e secondariamente compromesse bensì a realizzare le condizioni per cui queste possano comparire ed evolvere malgrado il danno subito.

4.2.9 – La presa in carico del minore con disabilità: stato attuale

La presa in carico del minore con disabilità risulta oggi essere disomogenea sul territorio regionale e realizzata seguendo diversi percorsi, a volte indirizzati verso l'ambito della salute materno infantile, altre verso i Dipartimenti di Salute Mentale, altre ancora verso le Unità Operative di Riabilitazione. Gli interventi riabilitativi vengono erogati principalmente nei centri di riabilitazione ex art. 26 con prestazioni di riabilitazione estensiva. Non esistono oggi strutture sanitarie territoriali residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.

Mancano il più delle volte nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza equipe multidisciplinari dedicati alla presa in carico, in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche.

Il presente piano, tenuto conto della classificazione del progetto Mattone, delle indicazioni del Comitato di verifica LEA e delle valutazioni degli adempimenti LEA, programma la riqualificazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale prevedendo la ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità in età evolutiva con necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi nonché per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale.

Negli ultimi anni la Regione Campania ha focalizzato particolare attenzione sull'esigenza di potenziare i servizi territoriali per la presa in carico dei soggetti in età evolutiva anche con specifico riferimento ai minori con disturbi dello spettro autistico, ponendo l'accento sulla multidisciplinarietà della valutazione del bisogno e sulla necessità della costituzione di equipe territoriali con il compito di gestire e monitorare i percorsi di diagnosi e di trattamento della disabilità.

In ogni fase del percorso di cura è determinante la collaborazione tra le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione (pediatri di

libera scelta, servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri e territoriali, strutture di riabilitazione, scuola, Comuni ed Ambiti) con l'obiettivo di superare l'attuale frammentazione degli interventi e di realizzare un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata.

La scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

4.2.10 – L'integrazione Ospedale-Territorio

Il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DCA n. 33/2016 ha previsto per la prima volta in Regione Campania l'istituzione di posti letto per acuti dedicati alla disciplina di Neuropsichiatria Infantile presso la AORN Santobono e l'AORN Ruggi d'Aragona.

Tale disponibilità di posti letto permetterà la gestione di casi di acuzie nell'ambito regionale, evitando fenomeni di mobilità passiva associati ad ulteriore disagio familiare. Con questa forma assistenziale le ASL ed i N.NP.I.A. dovranno sviluppare una nuova e forte integrazione per percorsi protetti di ammissione, dimissione, continuità assistenziale.

4.2.11 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie

La gestione delle acuzie e delle situazioni in emergenza-urgenza psichiatrica è garantita dai servizi ospedalieri e universitari, in tal senso specializzati, in regime di ricovero, come da paragrafo 4.2.10

In particolare, per i casi in emergenza-urgenza è prevista una forte integrazione tra Ospedale – Territorio – Servizi sociali e Autorità Giudiziaria.

Per casi selezionati e specifici, allorché nel corso della valutazione emerga l'opportunità di allontanare l'assistito dal proprio ambiente di vita al fine di migliorare gli esiti del programma terapeutico e nei casi in cui si renda necessario alleggerire il carico assistenziale sostenuto dalla famiglia attivando un ricovero di sollievo, è prevista la possibilità di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali.

4.3 - La “NON AUTOSUFFICIENZA”

4.3.1 – Introduzione

A distanza di alcuni anni dal decreto Commissariale n. 22/2011 che approvava il Piano Sanitario Regionale e nel quale un capitolo considerevole è stato dedicato alla non autosufficienza, si deve ancora registrare la carenza ovvero la pluralità e diversità di definizioni della non autosufficienza a livello nazionale e quindi regionale. Pertanto ancora oggi per poter offrire il quadro normativo di riferimento dobbiamo ricostruire il mosaico di norme e riferimenti ai quali aggiungiamo il citato decreto commissariale, che col capitolo 8.2 dedicato alla rete della non autosufficienza, ha tentato di comporre una definizione di non autosufficienza, ricorrendo ad una serie di fonti alle quali si rimanda.

Alla luce degli ultimi riferimenti programmatori del Ministero della Salute orientati a definire la non autosufficienza quale elemento trasversale alle fasce di età e di diversa etiologia (PSN 2003-2005, PSN 2006-2008, Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata anno 2009, Patto per la salute) consideriamo utile la proposta di considerare quali componenti per valutare la non autosufficienza i tre assi che la compongono

- salute (patologie anche cronicizzate);
- assetto funzionale (autonomia);
- assetto sociale (aiuti familiari e informali, ecc.).

Questo approccio ci consente di superare la cronica carenza di un'univoca definizione e di portare l'attenzione sulle reali condizioni del soggetto, pertanto di uscire dall'equivoco di elencare alcune patologie invalidanti o che causano o concorrano alla non autosufficienza ma ci impone di affinare tutti gli strumenti per la corretta individuazione delle aree e degli assi che compongono la non autosufficienza. Occorre lavorare sulla complessità e sugli strumenti che consentono la misurazione e la ponderazione e anche sui criteri di eleggibilità ai servizi e di priorità di accessi. Dal concorso di più fattori appartenenti ai diversi assi individuati si determina il grado di complessità e di intensità della richiesta per rispondere ai bisogni espressi.

La programmazione nazionale del fondo non autosufficienza 2016 recentemente conclusa non riporta una definizione di non autosufficienza e parte dal concetto controverso di disabilità gravissima, e all'art. 7 propone la definizione di un piano triennale per la non autosufficienza che definisca i criteri per individuare i soggetti non autosufficienti a partire dalla nozione di persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario. La conclusione che si trae è che la non autosufficienza può essere definita quale fenomeno che può interessare varie categorie di soggetti, anziani, minori, adulti con gravi limitazioni delle capacità e delle funzioni, soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, soggetti affetti da demenze, disabili adulti e minori

in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autonomia e della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza, soggetti affetti da malattie neurodegenerative.

Nel Patto della Salute approvato nel luglio 2014 si rinvia alle Regioni “la disciplina di principi e strumenti per l’integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali”, per l’area della Non autosufficienza, oltre che per l’area della Salute Mentale, assistenza ai minori e dipendenze.

Analogamente nel DPCM di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il Capo IV Assistenza sociosanitaria, l’assistenza sociosanitaria territoriale è declinata in cure domiciliari, offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti non autosufficienti. Sempre al Capo IV introduce i percorsi integrati di assistenza che si costruiscono con l’accesso unitario ai servizi e con la valutazione multidimensionale del bisogno.

Percorsi integrati e strumenti di attuazione

Per rispondere ai bisogni complessi occorre strutturare un sistema territoriale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell’ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l’approccio della continuità assistenziale, garantendo alle persone non autosufficienti:

- l’universalità dell’accesso, attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato integrato;
- l’integrazione delle politiche sanitarie e sociali, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- la progettualità personalizzata e partecipata.

I percorsi integrati di presa in carico si realizzano attraverso la Porta Unica di Accesso, prossima agli utenti e con la individuazione di evidenti criteri di valutazione multidimensionale e multi-professionale del bisogno.

La Porta Unica di accesso e l’Unità di Valutazione Integrata sono stati normati in Regione Campania l’indomani dell’approvazione della legge nazionale 328/2000 sui servizi sociali integrati quali strumenti per conseguire l’integrazione socio-sanitaria sotto i 3 diversi profili che la compongono:

- istituzionale;
- organizzativa;
- professionale.

Gli atti di riferimento sono la DGRC 6467/2002 e 2006/2004, riformulate e ridefinite nelle indicazioni operative dalla DGRC 790/2012, recepita da DCA n.

84/2013, e dalla DGRC n. 41/2011 che costituiscono i riferimenti attuali.

Entrambi i dispositivi contenevano indicazioni prescrittive per le ASL in merito all'organizzazione e funzionamento della PUA e della UVI.

Da una ricognizione condotta sull'applicazione di questi atti, è risultata una disomogenea applicazione che ha determinato una disomogeneità dei processi di accesso e presa in carico nel territorio regionale, determinata spesso dalla carenza di risorse e dalla mancanza di chiarezza di obiettivi strategici e dalla carenza di risorse professionali dedicate stabilmente a tali funzioni, soprattutto per quanto riguarda la funzione dell'accesso e dell'accoglienza.

Il piano regionale di implementazione delle PUA è finalizzato a rendere organica e individuare fisicamente la PUA, a cui corrisponda la UVI. È obiettivo dei Direttori Generali attraverso i Direttori Responsabili di Distretto implementare le attività di PUA e UVI ove non ancora configurate.

Una Procedura Aziendale per le dimissioni protette va prodotta da tutte le aziende entro il 31 dicembre 2016 per consentire la continuità assistenziale ospedale-territorio, anche per rendere operativi i DCA 51/2015 e 52/2015 per i soggetti affetti da disordine della coscienza e S.L.A.

Si fa obbligo alle Aziende di produrre adeguata comunicazione al pubblico, anche attraverso il portale dei servizi aziendali, relativamente a sede, recapiti, orari di funzionamento delle PUA, con le indicazioni dei Referenti per le dimissioni protette.

Anche nella dimensione clinica della non autosufficienza si applicherà la metodologia della valutazione multidimensionale e multidisciplinare come da DGRC n. 41/2011 e a specifici atti quali i DCA n. 21/2015, 51/2015 e i DCA dedicati alle cure palliative n. 4/2011 e 128/2012.

La valutazione si avvale degli strumenti SVAMA E SVAMDI approvati con deliberazioni n. 323/2012 e 324/2012. A questi strumenti entro 6 mesi dalla pubblicazione del presente Piano, la Regione affiancherà strumenti specifici dedicati all'area dell'infanzia.

Le procedure di attivazione, le urgenze, la tempestività del processo devono risultare chiaramente in linea con la volontà programmatica di fornire risposte al paziente chiare ed efficaci.

Tutte le procedure attivate devono essere inserite obbligatoriamente sulla piattaforma LEA SOCIOSAN.

La valutazione, attraverso gli strumenti e la metodologia descritta, deve condurre anche in questo caso alla redazione di un Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.): intorno al paziente portatore di bisogni complessi si costruisce una rete di servizi capace di offrire la risposta adeguata.

Il P.A.I., definito dalla UVI, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Anche in questo caso si rinvia ai citati atti di settore-dgrc 41/2011 e

decreto commissariale 1/2013 per le indicazioni sui tempi e sulla procedura di definizione del P.A.I.

4.3.2 – La Domiciliarità

Le Cure domiciliari che il sistema sanitario deve garantire 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.

L’azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l’assistenza territoriale a domicilio e tra i diversi setting assistenziali territoriali nell’ottica della garanzia del continuum assistenziale.

Le cure domiciliari sono una risposta complessa e integrata a bisogni complessi, finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente non autosufficiente, affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l’intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l’integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

Non dovrà sfuggire che le cure domiciliari integrate sono una valida risposta ai bisogni dei soggetti disabili non autosufficienti con necessità di riabilitazione estensiva in fase di mantenimento il cui bisogno complesso è determinato da necessità tutelari, sanitarie, infermieristiche oltrechè riabilitative.

Lo sviluppo di un adeguato sistema di presa in carico domiciliare deve tenere in debito considerazione i criteri qualitativi oltre che quantitativi e gli standard ovvero i target di presa in carico improntati anche alla appropriatezza delle risposte e delle prestazioni erogate in relazione al bisogno clinico funzionale e alle necessità assistenziali.

Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria”. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del “Progetto di assistenza

individuale” (PAI) sociosanitario integrato.

Le cure domiciliari integrate di ogni livello ed intensità sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale/riabilitativo a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati. Sono caratterizzati da un Coefficiente di intensità assistenziale determinato in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci inclusi nel PHT2 e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Di norma richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) ovvero di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI).

Le Cure domiciliari vengono attivate attraverso la P.U.A. anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalla regione, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni in caso di dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento negli altri casi, laddove il restante 50% sono assicurati a carico dell'ente locale.

Le Cure palliative domiciliari 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. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) o dall'Unità operativa di cure domiciliari che svolge tale funzione sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PHT e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei livelli base e specialistici.

Le cure domiciliari palliative richiedono, nell'ambito di una apposita U.V.I., 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.

In continuità con l'azione di rafforzamento quantitativo, oltre che qualitativo, già avviata e promossa dalla regione negli ultimi anni anche sostenuto con fondi a destinazione vincolata, vengono stabiliti per la regione e per ciascuna azienda gli obiettivi esposti nella tabella seguente, che evidenzia l'incremento numerico per macro tipologia di utenti: anziani ultrasessantacinquenni, pazienti terminali, altri casi ovvero disabili non autosufficienti minori ed adulti.

Come già definito nei programmi operativi, nel triennio 2016-2018 si programma di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015, come si evidenzia dai dati conferiti attraverso il modello FLS 21 riquadro H che evidenzia un livello di copertura oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari. L'ipotesi di lavoro è qualificare l'offerta garantita sostenendo anche un incremento del 20% degli altri casi in carico, l'incremento del 15% dei malati terminali e un +0,80/ di anziani in adi su base regionale con un costo complessivo della manovra di circa 40M€ (per l'incremento programmato).

Tabella 25 – Offerta Cure Domiciliari

ASL	Casi trattati	Casi trattati - anziani	Dati Pop residente > 65 ISTAT 1/1/2015 pop >65	%di anziani in adi ultra65nne	Casi malati terminali	Altri casi ANNO 2015	Incremento anziani ultra65nni in adi +0,80%	Incremento altri casi +20%	Incremento casi terminali +15%
AVELLINO	4.096	3.580	89.271	4,59	169		714	69	25
BENEVENTO	3.105	2.786	61.902	5,02	263		495	11	39
CASERTA	4.229	3.044	151.223	2,8	901	347	1210	57	135
NAPOLI 1 CENTRO	3.890	2.680	186.640	2,08	478	56	1493	146	72
NAPOLI 2 NORD	7.956	6.762	143.739	5,54	795	284	1150	80	119
NAPOLI 3 SUD	7.006	5.489	181.385	3,86	670	732	1451	169	101
SALERNO	15.121	13.209	214.968	7,03	1.318	399	1720	119	198
TOTALI	45.403	37.550	1.029.128	4,41	4.594	847	8233	652	689

Per poter dimostrare il raggiungimento del target/standard lea è necessario porsi come obiettivo anche quello di una corretta implementazione del flusso SIAD-che consente la misurazione dell'indicatore n.10 della griglia E- e di un popolamento del flusso stesso che consenta di raggiungere il 100% di copertura rispetto al modello FLS 21 riquadro H sia rispetto alle pic attivate, sia rispetto alle pic erogate, la corretta e completa imputazione dei dati che possa consentire anche la individuazione dei diversi livelli di assistenza domiciliare.

Per l'anno 2014 la regione Campania si è attestata intorno al 1,2%, di fatti al

di sotto della soglia standard 1,88%, pertanto è obbligo da parte della regione Campania di colmare il gap e garantire almeno il target del 2%. Sul flusso SIAD, di utenti=pic erogate CIA 1-4/popolazione anziana residente ultr65nne per l'anno 2016, incrementando progressivamente il dato entro il triennio fino ad almeno il 3%, salve diverse indicazioni del comitato di verifica dei lea.

Attraverso i dati conferiti al SIAD, si riscontra, come evidenziato già per l'anno 2014 dal Ministero della Salute nell'ambito della verifica dei lea il mancato raggiungimento dei target ministeriali relativamente alla distribuzione dei casi nei diversi CIA. Alle Aziende Sanitarie Locali sarà indicato l'obiettivo/target da raggiungere, con l'indicazione dei valori soglia attesi per i livelli di assistenza di cure domiciliari, CIA1-CIA4, vedi lettera S del questionario lea e verifica adempimenti effettuata sulla scorta dei dati SIAD dell'anno di riferimento.

Ulteriore obiettivo di miglioramento qualitativo è la qualificazione dei livelli assistenziali individuati come GDC 0 –giornate di cura 0 e CIA 0 o base, quindi con un coefficiente assistenziale non superiore a 0,13, oltre il quale si definisce il Primo livello/profilo di cure domiciliari integrate.

Per le cure domiciliari palliative, si ribadisce quanto precisato per le cure domiciliari integrate, ovvero che il target di riferimento nella valutazione lea è quanto definito dal questionario lea, nel caso specifico quanto indicato alla lettera AO del questionario nel quale sono indicati gli indicatori per la misurazione del servizio di cure palliative domiciliari in termini qualitativi e quantitativi e soprattutto per l'implementazione della rete di assistenza ai soggetti con necessità di cure palliative e nella fase della terminalità. Gli indicatori richiamati attengono all'area organizzativa e gestionale, misurano la tempestività della presa in carico e l'appropriatezza in termini di durata.

Ciò che deve essere implementato e che richiede uno sforzo in termini di programmazione è la individuazione di specifici indicatori per l'area delle cure palliative che consenta di valutare l'intensità della cura domiciliare in relazione alla complessità del bisogno espresso. Ciò in considerazione anche del mutato quadro di riferimento per le cure palliative domiciliari, che come evidenziato già nel capitolo dedicato all'area della terminalità e delle cure palliative, sono state riconsiderati in termini di intensità assistenziale e di carico.

Per questo specifico aspetto occorre considerare l'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012, recepita formalmente con decreto commissariale 128/2012 e di fatti considerata nella definizione dell'impianto del decreto commissariale n. 1/2013 per la parte relativa alla intensità assistenziale delle cure domiciliari palliative che si suddividono in cure di base e cure specialistiche.

Per l'area della domiciliarità, l'obiettivo è rafforzare il ruolo delle aziende e dei distretti nella programmazione e implementazione della rete di cure domiciliari, considerando il ruolo strategico delle cure domiciliari e lo sviluppo che questo setting assistenziale nel corso dell'ultimo triennio ha fatto registrare (vedasi fls 21 riquadro H).

Nell'ambito dell'area della domiciliarità risulta cruciale rafforzare l'organizzazione aziendale al fine di semplificare le procedure di accesso e presa in carico e favorire la tempestività ed appropriatezza della presa in carico. In ogni azienda dovrà essere previsto un chiaro e unico riferimento che in armonia e coerenza con il referente aziendale di cure palliative redigerà ed attuerà il piano esecutivo per lo sviluppo e l'implementazione delle cure domiciliari.

I piani aziendali, definiti e redatti coerentemente con quanto definito per l'utilizzo dei fondi obiettivo di piano, devono prevedere oltre il target sopra indicato anche l'obiettivo qualitativo di garantire il servizio di cure domiciliari fornendo tutte le tipologie di prestazioni previste in relazione al bisogno espresso.

L'unità organizzativa per le cure domiciliari, che garantisce la partecipazione di almeno il responsabile delle cure domiciliari, il coordinatore sociosanitario, il referente aziendale di cure palliative, è responsabile del monitoraggio, verifica ed indirizzo in materia di cure domiciliari, programmazione delle risorse finanziarie, strumentali e professionali ed inoltre definisce ed individua, sulla scorta degli indicatori regionali, il sistema di indicatori aziendali. Definisce il regolamento ed il disciplinare delle cure domiciliari.

Compito dell'unità per le cure domiciliari o del referente aziendale è definire il protocollo di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliere e non che insistono sul territorio aziendale e regionale e trasmettere periodicamente l'elenco/carta dei servizi domiciliari alle strutture che dimettono.

Inoltre saranno attivati percorsi di qualificazione del sistema di offerta per minori attraverso la regolamentazione dell'accesso e la presa in carico anticipata in cure domiciliari: istituzione della rete pediatrica di cure domiciliari per tutte le patologie oncologiche e non, definizione degli strumenti di valutazione, determinazione del fabbisogno di risorse professionali ed economiche.

4.3.3 – La Residenzialità

Offerta residenziale e semiresidenziale

L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale disciplinata e programmata in Regione Campania per gli adulti non autosufficienti prevede soltanto le Residenze Sanitarie Assistite, anche con modulo demenze, e centri Diurni anche per

demenze.

Pertanto è un'offerta, peraltro non ancora totalmente disponibile anche se in incremento, che non copre tutte le aree e i livelli di bisogno assistenziale.

A partire dai P.O. recentemente approvati, l'offerta residenziale semiresidenziale per l'area adulti non autosufficienti è ridefinita come segue. Accanto alla definizione che ricalca quella degli atti di indirizzo nazionale, Progetto mattone Residenziale e semiresidenziale e emanando D.P.C.M. di aggiornamento dei lea, è riportato il codice di prestazione utilizzato già dal Ministero per la codifica delle prestazioni a livello dei flussi ministeriali NSIS e per la valutazione del questionario Lea, lettera S.

Il nostro attuale sistema di offerta è pertanto in evoluzione secondo quanto di seguito riportato e sarà definito attraverso un'azione di programmazione e riqualificazione dell'offerta territoriale extra-ospedaliera.

Al termine del triennio di programmazione 2016-2018 l'offerta per soggetti adulti non autosufficienti in regione Campania si presenterà come segue.

- assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle "Unità di cure residenziali intensive (R1)" = che assorbe in parte le strutture per stati vegetativi e minima coscienza SUAP, tipologia classificabile anch'essa come R1;
- assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle "Unità di Cure Residenziali Estensive (R2)";
- assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento (R3), attuali RSA anziani ad alto e medio carico;
- assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze erogata nelle "Unità di cure residenziali per demenze (R2D)" attuale nucleo demenze delle attuali RSA anziani;
- assistenza residenziale ad adulti affetti da disturbi dello spettro autistico con particolari bisogni assistenziali;
- assistenza semiresidenziale a persone affette da demenza erogata nelle "Unità di Cure Semiresidenziali per demenze (SRD)" attuali centri diurni per soggetti affetti da demenze;
- assistenza semiresidenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle "Unità di Cure Semiresidenziali di Mantenimento (SR,) attuali Centri Diurni sociosanitari.

L'unica offerta attiva e rispondente agli indirizzi e per la quale sono stati già stabiliti requisiti, criteri e percorsi d'accesso, tariffe e percorsi di accreditamento, è quella di RSA e Centri Diurni di cui ai punti 3,4,6,7 (codice Mattone residenziale e semiresidenziale R3/R2D-SR1/SR2). Per questi servizi sono previste quote di compartecipazione degli utenti e/o enti locali, regolamentate dal D.P.C.M. del 14.02.2001.

L'accesso a tale tipologia di servizi è subordinata alla valutazione

multidimensionale da effettuarsi con gli strumenti approvati con gli atti già richiamati: delibere 323 e 324 del 3 luglio 2012, decreti del commissario ad acta n 70/2013.

Per le altre tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali si sta procedendo all'aggiornamento di requisiti di funzionamento, standard di assistenza e strumenti di valutazione nonché criteri di eleggibilità degli utenti.

Il piano operativo prevede che il sistema pubblico aziendale debba assorbire una quota percentuale del fabbisogno da soddisfare, portando a completamento il piano di riqualificazione e riorganizzazione dei presidi ospedalieri. Pertanto il piano di riqualificazione e di riorganizzazione del sistema di offerta extra-ospedaliera sarà definito in relazione al richiamato p.o. per ciascuna azienda.

Il sistema di presa in carico territoriale è portato a compimento anche mediante il rafforzamento dell'offerta di tipo ambulatoriale specialistica soprattutto per le patologie ad alta complessità e cronico degenerative per le quali si richiede una modularità di interventi e una differenziazione della risposta in relazione alle diverse fasi della malattia.

Un focus particolare è rivolto ai disturbi cognitivi e demenze per i quali è in atto un piano di riorganizzazione delle ex unità di valutazione alzheimer. Attualmente sono in fase di definizione i centri di disturbi cognitivi e demenze in relazione a specifici requisiti organizzativi ed assistenziali.

4.3.4 – Le RSA/CD Anziani

Tabella 26 – Le RSA/CD Anziani ASL AV

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA di Nusco	RSA anziani pubblico	Attivo	Nusco
Centro Diurno Alzheimer "Sina Tartaglia"	RSA anziani pubblico	attivo	Avellino
Centro Padre Pio Srl	RSA anziani privato	Attivo	Grottaminarda
Mare Centro Geriatrico	RSA anziani privato	Attivo	Prata Sannita
Provincia Religiosa SS.Apostoli Pietro e Paolo	RSA anziani privato	Attivo	Prata di Principato Ultra
Provincia Religiosa SS.Apostoli Pietro e Paolo	RSA anziani privato	Attivo	Savignano Irpino
Casa Francesco Iapicca	RSA anziani privato	Attivo	Volturara Irpina
Centro Minerva Srl	RSA anziani privato	Attivo	Ariano Irpino
Althea Società Cooperativa Sociale Onlus	RSA anziani privato	Attivo	Avellino
RSA di Bisaccia	RSA anziani pubblico	In programmazione	Bisaccia

Figura 20 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL AV

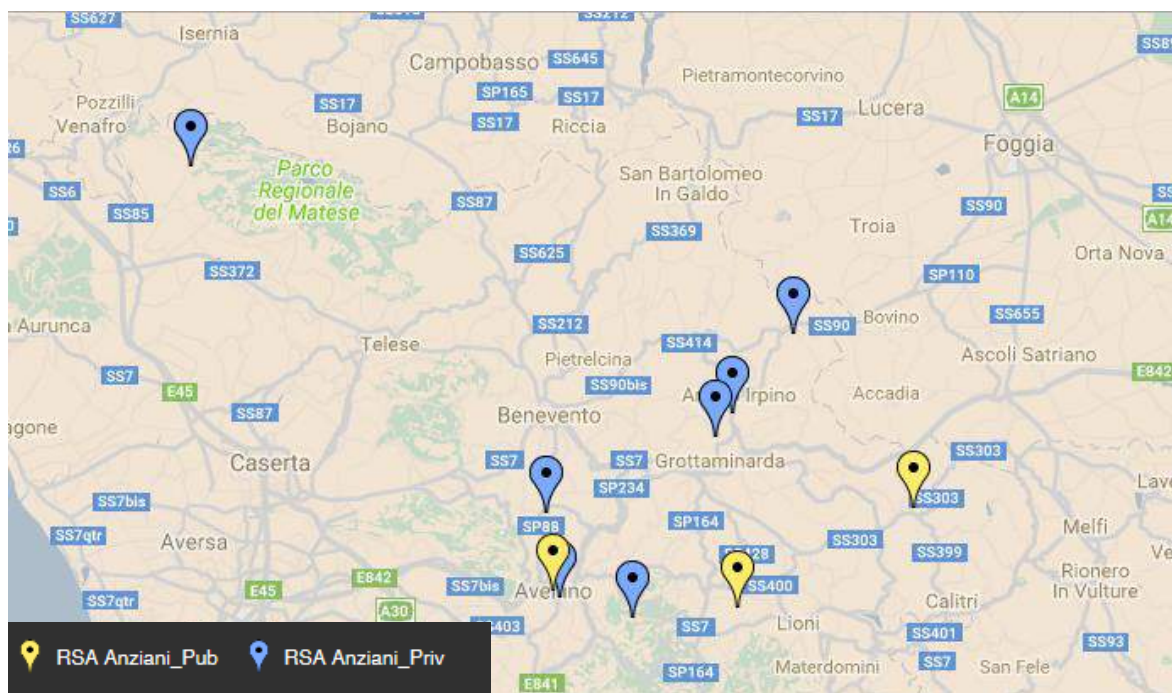


Tabella 27 – Le RSA/CD Anziani ASL BN

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA Ass.Psico ger. Morcone	RSA anziani pubblico	attivo	Morcone
RSA di Molinara	RSA anziani pubblico	attivo	Molinara
Le stanze del Sorriso	RSA anziani privato	attivo	Santa Croce del Sannio
RSA Donatello	RSA anziani privato	attivo	Bonea
Centro Medico Villa Felice s.r.l.	RSA anziani privato	attivo	San Giorgio del Sannio
Centro geriatrico Padre Pio Srl	RSA anziani privato	attivo	San Giorgio del Sannio

Figura 21 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL BN

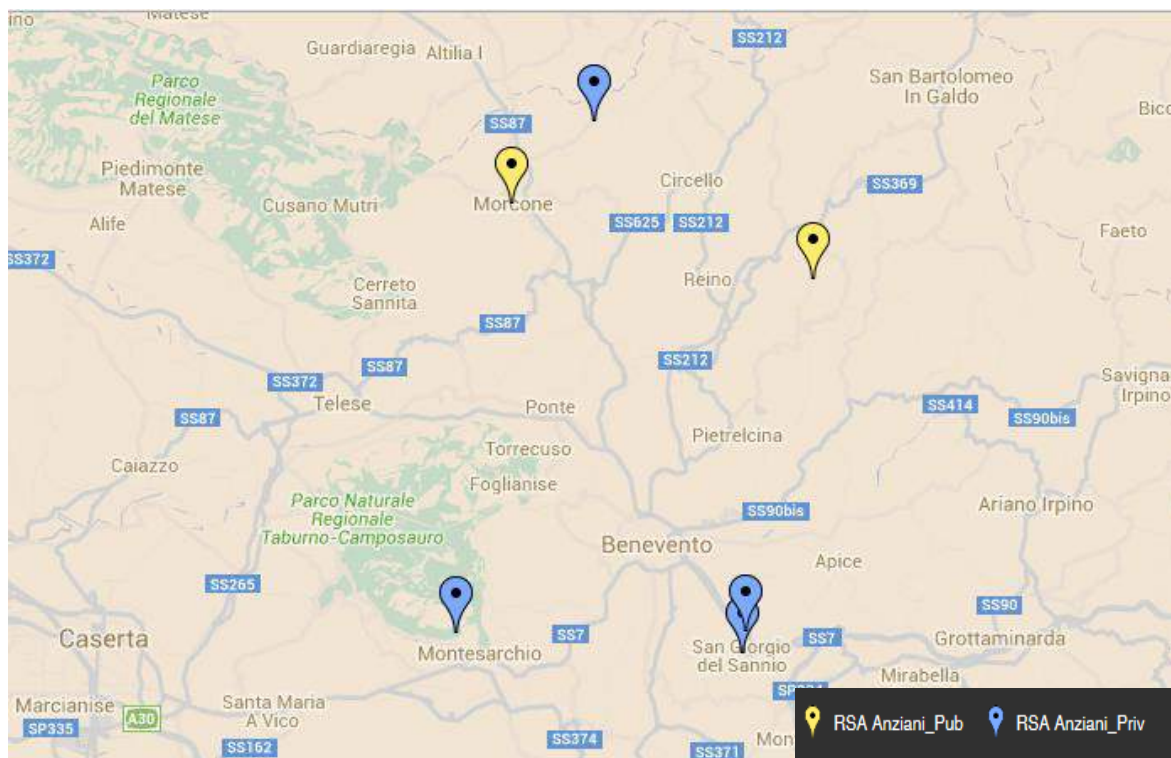


Tabella 28 – Le RSA/CD Anziani ASL CE

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA di Teano	RSA anziani pubblico	attivo	Teano
RSA di Capua	RSA anziani pubblico	attivo	Capua
Villa Anna	RSA anziani privato	attivo	Sessa Aurunca
Gerovit srl	RSA anziani privato	attivo	Aversa
Baia demila	RSA anziani privato	attivo	Baia e Latina
L'OASI - Centro Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili S.r.l.	RSA anziani privato	attivo	Castel Campagnano
Villa San Francesco	RSA anziani privato	attivo	Valle di Maddaloni
G.A.F. Srl La Pinetina	RSA anziani privato	attivo	Castel Volturno

Figura 22– La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL CE

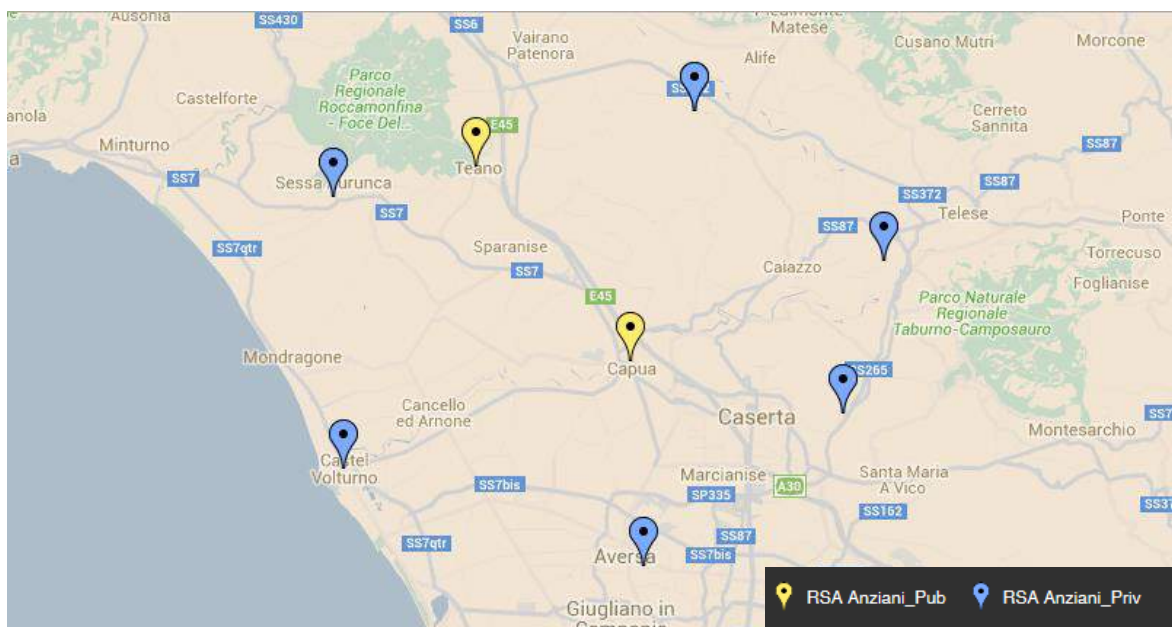


Tabella 29 – Le RSA/CD Anziani ASL NA1

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA Residenza Posillipo ex Colonia Geremicca	RSA anziani pubblico	attivo	Napoli
RSA anziani "Fratelli Cervi"	RSA anziani pubblico	attivo	Napoli
Centro geriatrico sovrastrutturale "Frullone"	RSA anziani pubblico	attivo	Napoli
Centro Diurno Alzheimer Villa Walpole	RSA anziani pubblico	attivo	Napoli
RSA Anziani Via B. Longo	RSA anziani pubblico	attivo	Napoli
RSA Anziani Istituto povere figlie della Visitazione	RSA anziani privato	attivo	Napoli
Casa di Cura Padre Annibale di Francia	RSA anziani privato	attivo	Napoli

Figura 23 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL NA1

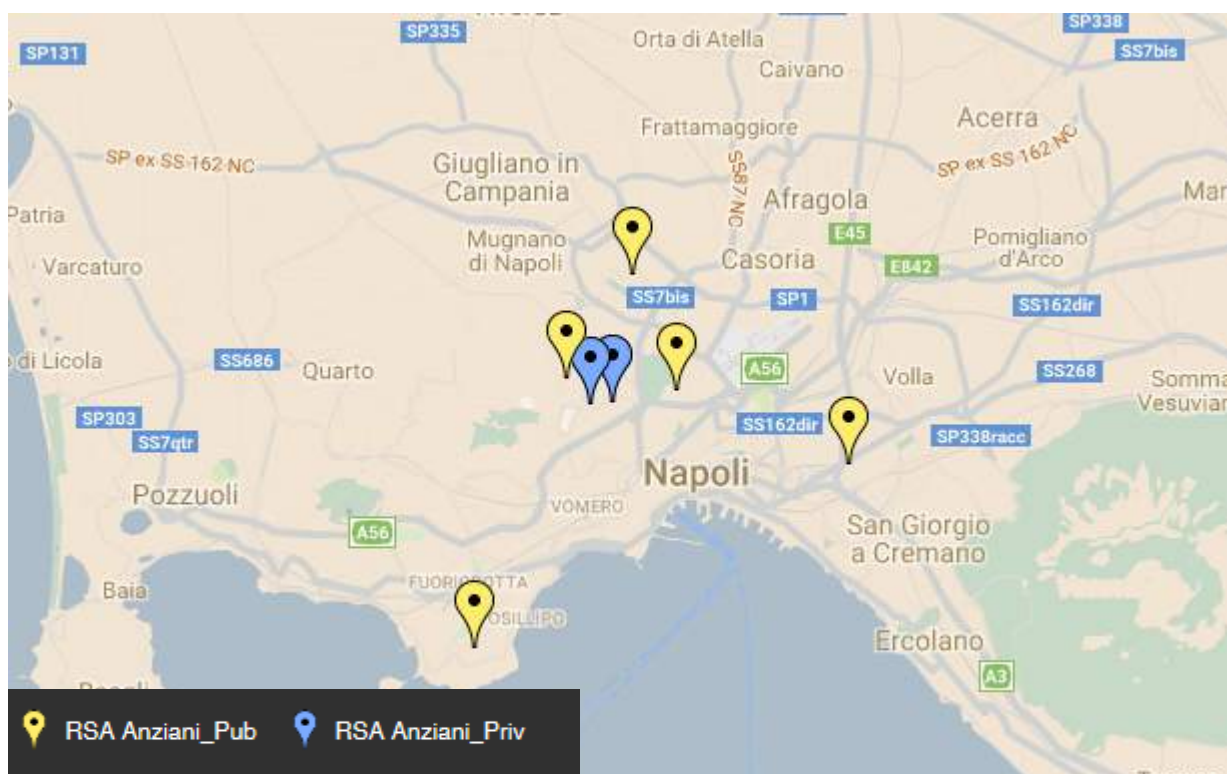


Tabella 30 – Le RSA/CD Anziani ASL NA2

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA Toiano	RSA anziani pubblico	attivo	Pozzuoli
RSA Villa Mercedes	RSA anziani pubblico	attivo	Serrara Fontana
RSA Cardito	RSA anziani pubblico	attivo	Cardito
Quadrifoglio Srl	RSA anziani privato	attivo	Giugliano in Campania

Figura 24 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL NA2

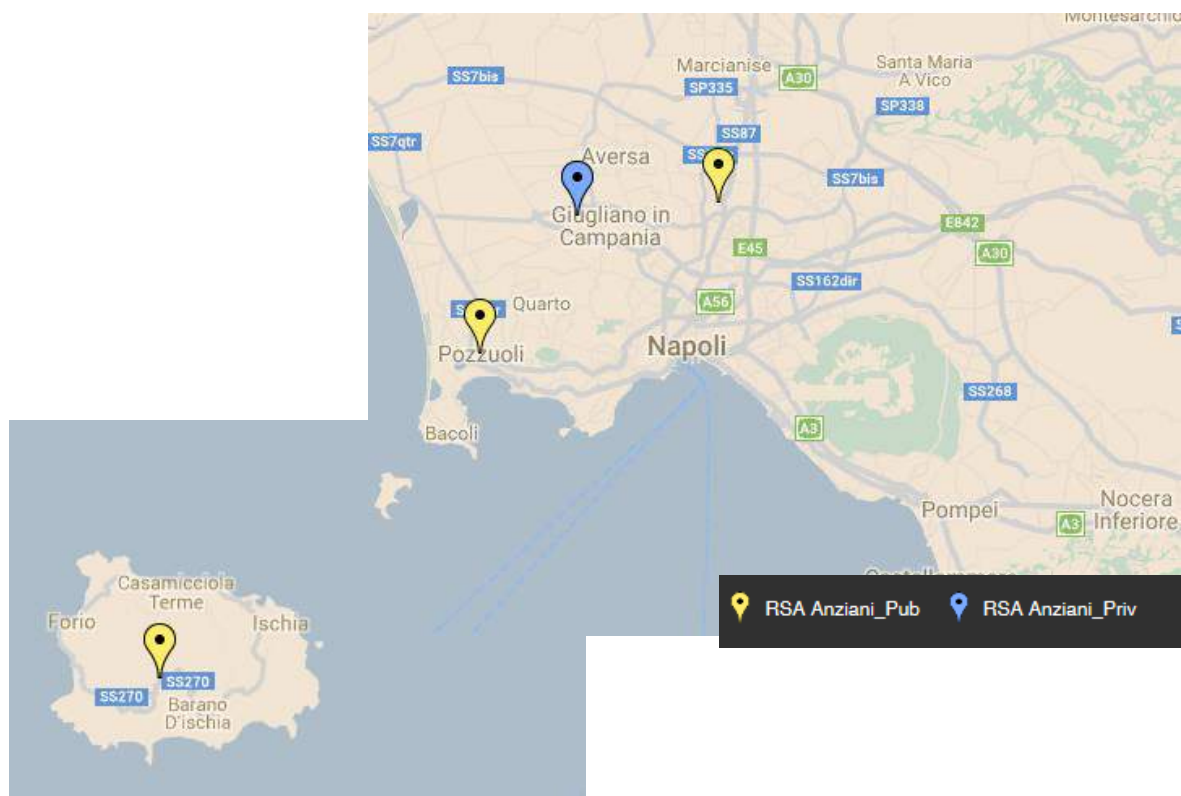


Tabella 31 – Le RSA/CD Anziani ASL NA3

Nome	Tipologia	Status	Città
Villa delle Terrazze	RSA anziani pubblico	attivo	Torre del Greco
RSA Distretto 34 – Via Gradoni	RSA anziani pubblico	attivo	Portici
Convento Madonna dell'Arco	RSA anziani privato	attivo	Sant'Anastasia
Oasi San Francesco	RSA anziani privato	attivo	Castellammare di Stabia

Figura 25 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Anziani ASL NA3

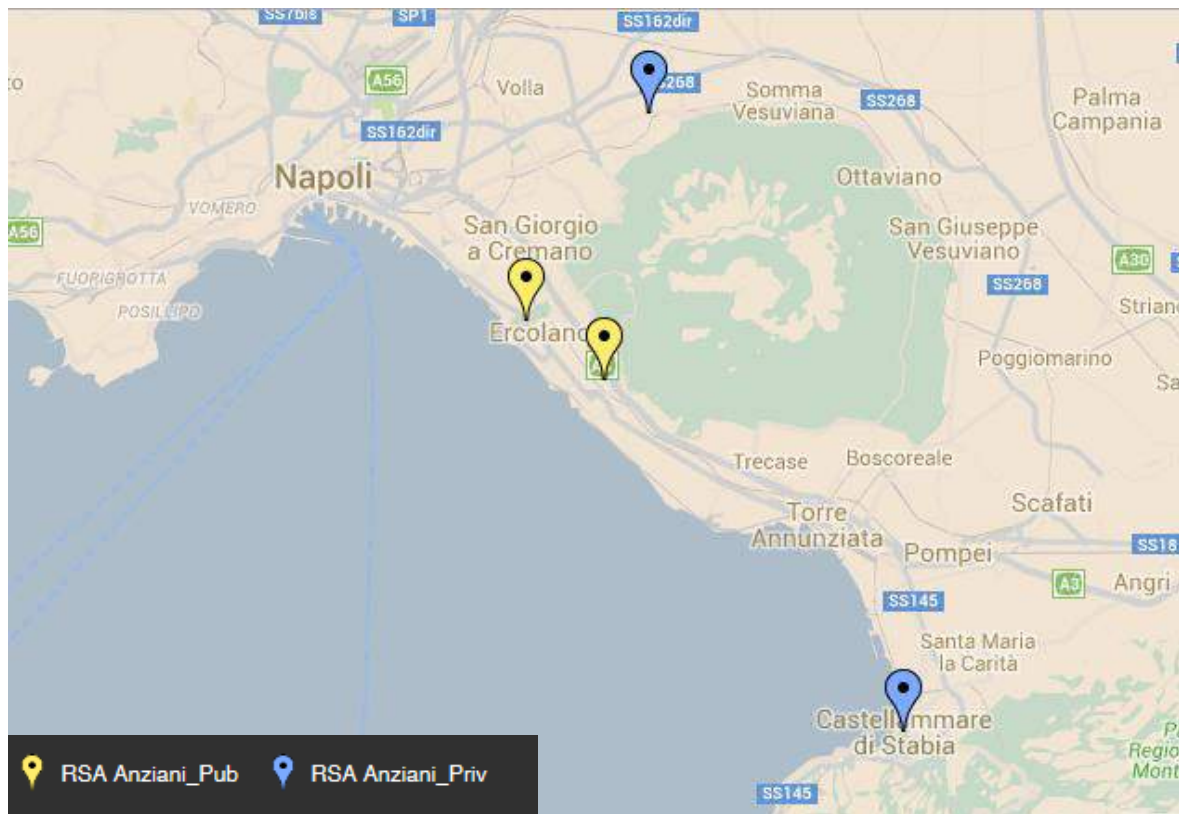
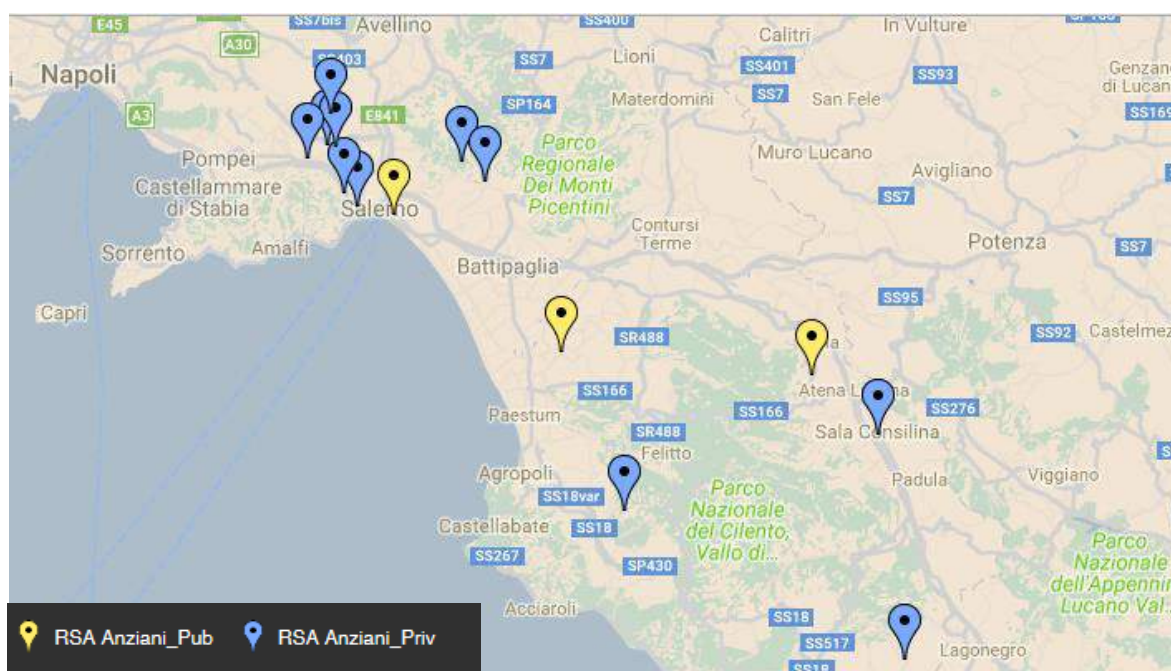


Tabella 32 – Le RSA/CD Anziani ASL SA

Nome	Tipologia	Status	Città
RSA di Sant'Arsenio	RSA anziani pubblico	attivo	Sant'Arsenio
RSA/CDI Anziani/Demenze	RSA anziani pubblico	In programmazione	Salerno
RSA Anziani/Demenze	RSA anziani pubblico	In programmazione	Rocccadaspide
Maria dei Cordici s.r.l.	RSA anziani privato	attivo	Torraca
Fondazione Opera Giovanile Juventus Don Donato Ippolito o.n.l.u.s.	RSA anziani privato	attivo	Sala Consilina
I.SA.MA Srl	RSA anziani privato	attivo	Nocera Inferiore
SIRIA Servizi Sanitari Srl	RSA anziani privato	attivo	Siano
Villa Silvia	RSA anziani privato	attivo	Roccapiemonte
S.S.R. s.r.l. - Villa Caruso	RSA anziani privato	attivo	Roccapiemonte
Villa Alba	RSA anziani privato	attivo	Cava de' Tirreni
Casa Albergo Villa delle Rose s.a.s. di Di Martino Giovanna e C.	RSA anziani privato	attivo	Cava de' Tirreni
Valle D'Argento 2 Srl	RSA anziani privato	attivo	Giffoni Valle Piana
Centro Fisiokinesiterapico Cilento S.r.l.	RSA anziani privato	attivo	Orria
RSA Sant'Antonio	RSA anziani privato	attivo	Giffoni Sei Casali

Figura 26 – Le RSA/CD Anziani ASL SA



4.3.5 – Le RSA/CD Disabili**Tabella 33 – Le RSA/CD Disabili**

ASL	Nome	Tipologia	Status	Città
AV	Centro Padre Pio Srl	RSA disabili privato	Attivo	Grottaminarda
AV	Santa Filomena Centro per Disabili S.r.l.	RSA disabili privato	Attivo	Mugnano del Cardinale
AV	Centro le Ville di Teoreo srl	RSA disabili privato	Attivo	Montefalcione
BN	Medical center Srl	RSA disabili privato	Attivo	Benevento
BN	RSA Donatello	RSA disabili privato	Attivo	Bonea
BN	Relax Spa	RSA disabili privato	Attivo	San Salvatore Telesino
CE	RSA per disabili Caserta	RSA disabili pubblico	Attivo	Caserta
CE	L'OASI- centro residenza di riabilitazione neuromotoria per anziani e disabili Srl	RSA disabili privato	Attivo	Castel Campagnano
CE	Piccola Casa della Divina Provvidenza	RSA disabili privato	Attivo	Trentola-Ducenta
CE	Villa dei Cedri Srl	RSA disabili privato	Attivo	Lusciano
NA1	RSA via Adriano	RSA disabili pubblico	Attivo	Napoli
NA1	RSA via Fontanelle	RSA disabili pubblico	Attivo	Napoli
NA1	RSA Don Orione	RSA disabili pubblico	Attivo	Napoli
NA1	Casa di Cura Padre Annibale di Francia	RSA disabili privato	Attivo	Napoli
NA2	RSA di Cardito	RSA disabili pubblico	Attivo	Cardito

Figura 27 – La geolocalizzazione delle RSA/CD Disabili



Di seguito è esposta una tabella riepilogativa che riporta il numero di strutture che hanno presentato istanza di accreditamento su piattaforma SORESA per RSA/CD DISABILI e sono in attesa della conclusione delle procedure di accreditamento

Tabella 34 – Strutture con istanza di accreditamento

ASL	N. strutture private
NA1	3
NA2	7
NA3	6
SA	12
TOTALE	28

4.4 – Le SUAP

Nella tabella sottostante si riporta l'offerta programmata per le SUAP, che costituiscono quota parte della offerta residenziale da ricomprendere nel fabbisogno per adulti ed anziani non autosufficienti.

Pertanto si prevede di completare l'offerta per soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza con una manovra di riqualificazione dell'offerta esistente e con l'attivazione di nuove strutture, come si evince dalla tabella sottostante, fino alla completa copertura del fabbisogno per tale tipologia di unità di offerta residenziale.

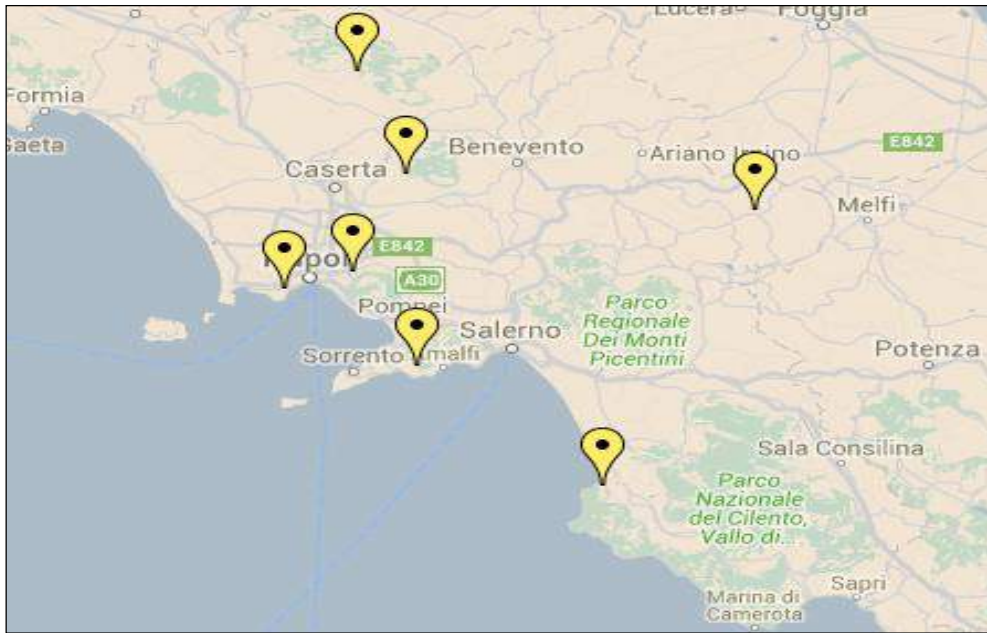
Tab. 35 - Fabbisogno di posti letto per le SUAP

	Pop. 2015	Fabbisogno	Programmati pubblici	Da Accordo di riconversione neuropsichiatriche	Fabbisogno residuo*
AV	427.936	17	9	-	8
BN	282.321	11	6	-	5
CE	924.614	37	6	-	31
NA1	992.549	40	10	12	18
NA2	1.052.107	42	0**	-	42
NA3	1.073.493	43	24	-	19
SA	1.108.509	44	11	-	33
TOT	5.861.529	234	66	12	156

Tabella 36 – Le SUAP programmate dal piano

Nome	Tipologia	Status	Città
SUAP di Bisaccia	SUAP pubblico	in programmazione	Bisaccia
SUAP di Sant'Agata dei Goti	SUAP pubblico	in programmazione	Sant'Agata dei Goti
SUAP di Piedimonte Matese	SUAP pubblico	in programmazione	Piedimonte Matese
SUAP PO San Gennaro	SUAP pubblico	in programmazione	Napoli
SUAP di Pollena Trocchia	SUAP pubblico	in programmazione	Pollena Trocchia
SUAP di Gragnano	SUAP pubblico	in programmazione	Gragnano
SUAP di Agropoli	SUAP pubblico	in programmazione ampliamento da 5 a 11 PL	Agropoli

Figura 28 – Geolocalizzazione delle SUAP in Campania



CAPITOLO 5 - Area MATERNO-INFANTILE

La Regione Campania è una delle regioni più giovani d'Italia e questa caratteristica demografica, come tutti ormai ben sanno, penalizza la regione sotto il profilo delle risorse economiche che, nell'attuale modalità di ripartizione delle quote di Fondo Sanitario Nazionale, vengono decurtate per un'azione di pesatura al ribasso, dovuta alla prevalenza di popolazione giovane.

Questo aspetto demografico richiede però tutto un mondo di servizi e prestazioni, dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, ad alta specificità per l'età evolutiva nonché la massima attenzione al rapporto madre-figlio, a partire dal concepimento, attraverso tutto il percorso dell'attesa, della nascita, dell'allattamento, della gestione del post-partum, fino a che il figlio non raggiunga l'età adulta.

Un contraltare in termini di risorse per questa differenziata esigenza sociale non c'è, anzi, le problematiche relative a questo tratto di salute della donna e del bambino rientrano nel complesso di spesa sanitaria generale regionale.

Pur se la Regione provvede con specifiche progettualità e risorse all'Area Materno-infantile, nuove tematiche si affacciano periodicamente ad ingrossare le fila di una domanda socio-sanitaria pressoché inesauribile, che necessita di una continua rimodulazione della distribuzione delle risorse umane.

La componente sociale che caratterizza da sempre il Consultorio rappresentata dall'Assistente sociale che, spesso per prima accoglie la donna ed il suo problema, è stato l'avamposto dell'integrazione socio-sanitaria che solo con la legge quadro n. 328/2000 ha trovato la sua dimensione legislativa.

La Campania porta con sé il poco nobile primato dei Tagli cesarei primari che supera il 50%, molto lontano dalle percentuali attese nazionali secondo il Piano Nazionale Esiti (dal 15% al 25% a seconda del numero dei parti di struttura): un primato negativo che trae origine da una lunga serie di errori strategici, educativi, preventivi, culturali che pure questa regione sta provando a smuovere. La chiusura dei punti nati al di sotto dei 500 parti, pur determinando forti resistenze sociali e politiche, è stato un primo, forte, segnale di una volontà determinata al cambiamento che deve, necessariamente procedere, in parallelo ed in sinergia, con forti azioni di potenziamento dell'area materno-infantile territoriale.

5.1 - I Consultori

L'area materno-infantile, nata storicamente con l'istituzione dei Consultori, luoghi di accoglienza senza barriere, dedicati soprattutto alle aree socio-economiche più a rischio, hanno rappresentato per anni il punto fermo, la sentinella territoriale per azioni di prevenzione e sorveglianza sanitaria, inglobando in generale l'attività vaccinale e tutta l'area della prevenzione e cura della donna, con spazi dedicati in

esclusiva agli adolescenti ed alle tematiche di procreazione responsabile, alla prevenzione delle Malattie sessualmente trasmesse.

I servizi territoriali devono garantire le procedure di presa in carico globale della donna che richiede una interruzione di gravidanza, limitando l'interferenza ospedaliera al solo atto chirurgico, privilegiando il rientro della donna nel contesto consultoriale dove, la continuità dell'assistenza affiancata ai momenti di educazione sanitaria e di prevenzione, possano guidare la donna verso scelte meno dolorose e più consapevoli.

Il Consultorio deve essere luogo privilegiato anche per tutta l'area degli screening della donna: qui è necessario elaborare procedure di presa in carico sostenute e che si completino nella determinazione della diagnosi, che chiudano un primo livello diagnostico di buona qualità, e che siano capaci di governare l'invio al 2 e 3 livello come previsto dall'organizzazione regionale. Ogni ASL deve individuare almeno 3 centri di II livello per gli screening della donna e correlarsi al 3 livello regionale. Procedure omogenee ed offerte eque sul territorio permettono una diffusione dell'adesione allo screening ancora troppo al di sotto della soglia minima prevista dai L.E.A. In tal senso ogni ASL deve dotarsi entro il 31.12.2016 di un programma avanzato di miglioramento delle proprie strategie di chiamata e adesione agli screening della donna per raggiungere nuovi e migliori percentuali di adesione, tendenti all'obiettivo LEA nazionale.

5.2 - L'area Giuridica (minori e famiglie)

Nell'area Materno-Infantile si declinano anche tutte le problematiche valutative ed assistenziali, di accompagnamento e di sostegno alle capacità genitoriali, alla mediazione familiare, alle valutazioni psico-giuridiche di accompagnamento per le pratiche di affido/adozioni nonché di affidamento di minori in caso di separazioni/divorzi o di revoca di patria potestà per maltrattamenti/abusi familiari, violenza alle donne. Tali delicatissime attività di supporto Giuridico devono trovare in ogni ASL un Centro aziendale di riferimento nel quale vengono prese in carico le famiglie e le loro problematiche, secondo modalità uniche e sotto un'unica visione, garante della tutela dei diritti giuridici, sociali ma soprattutto di salute del minore e del nucleo familiare di origine.

Ogni ASL deve dotarsi di un Centro di riferimento giuridico per minori e famiglie entro il 31.12.2016.

5.3 - L'Area Adolescenti

Per favorire la conoscenza di sé, della fisiologia della sfera sessuale, delle tematiche della riproduzione e della procreazione responsabile, dell'educazione ai sentimenti, da tempo presso le U.O.M.I. sono organizzati specifici spazi dedicati agli Adolescenti, con forti raccordi con il mondo della scuola. Tali buone pratiche

devono essere incrementate e sostenute nella modernità delle problematiche che si affacciano nel mondo dei giovani, rendendo disponibili anche nuove terapie di supporto in emergenza quali la “pillola del giorno dopo”.

Ogni U.O.M.I. deve garantire, anche con una programmata rotazione interdistrettuale, la disponibilità di un ginecologo non obiettore prescrittore per tale necessità, anche durante i giorni festivi, in raccordo con la Continuità Assistenziale.

Un buon supporto Auxologico per la diagnosi precoce di patologie ritardanti la crescita è auspicato.

5.4 - Il percorso nascita

Fase delicatissima della vita madre/bambino è stato fortemente seguito dalla Regione Campania con vari atti decretanti la rilevanza e descrittivi delle finalità. L'ultimo decreto emanato dai Commissari ad Acta DCA n.37 del 01/06/2016 ha ricostituito il Comitato Percorso Nascita riconoscendone la validità e imprimendo una nuova volontà per riattivarne la funzionalità. Ci si attende un rinnovato impulso diretto alle ASL, in particolare sulle tematiche di preparazione alla nascita, accoglienza, supporto psicologico nel post-partum per la diagnosi precoce dei casi di depressione, un'azione di facilitazione all'accettazione di un parto naturale, specie per le primipare.

Una forte relazione integrata ospedale-territorio viene qui particolarmente indicata attraverso la produzione di un PDTA/nascita che la Regione dovrà produrre entro il 31.12.2017. Particolare rilevanza deve essere posta alla disponibilità di parto-analgesia in tutte le strutture ospedaliere con UO di Ostetricia entro il 31.12.2017.

5.5 - L'area vaccinale pediatrica

In molte ASL l'area vaccinale pediatrica è affidata ai contesti UOMI, nell'ambito di Centri Vaccinali dedicati all'età pediatrica. Questo modello è fortemente raccomandato dalla regione Campania e ribadito in questo Piano. Un forte raccordo con il Servizio Epidemiologia e Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione è necessario ed indispensabile per il buon andamento del percorso vaccinale che, anche in Campania sta registrando forti flessioni, frutto di campagne denigratorie dell'obbligo vaccinale, tutte da contrastare. Informazione, accoglienza, azioni di richiamo, coinvolgimento degli opinion leader locali, e soprattutto forte integrazione con l'attività dei Pediatri di Libera scelta sono le strade da ripercorrere con nuovo entusiasmo per garantire una protezione di massa alla popolazione campana. Troppi episodi di malattie evitabili con vaccino ed eventi mortali si registrano ancora nella regione per poterla considerare al sicuro. In questo contesto un grande strumento è dato dall'informatizzazione del processo di chiamata e di registrazione che pone in capo al PLS una

responsabilità condivisa nel caso di mancata vaccinazione.

Ogni ASL deve dotarsi entro il 30.6.2017 di un sistema informatico di registrazione, chiamata e monitoraggio crociato con i PLS affinché ogni paziente pediatrico venga opportunamente sollecitato e l'azione vaccinale, anche quando effettuata direttamente dal PLS, venga correttamente riportata aggiornando il file relativo al piccolo paziente. La Regione valuterà l'impianto di tale processo di registrazione su una piattaforma regionale entro il 31.12.2016 tal che i software aziendali possano essere messi in rete su una piattaforma regionale unica.

Solo così il dato vaccinale campano potrà essere qualitativamente valutabile e pertanto essere riferimento certo per l'analisi dello stato di salute della popolazione campana.

5.6 - La salute della donna

Nel suo percorso di vita la donna attraversa una serie di stagioni, tutte di grande rilevanza sanitaria, tutte necessitanti di specifici supporti educativi, preventivi e di cura. L'età giovanile, l'età fertile, l'età della maturità, l'età della menopausa devono trovare risposte e proposte per il superamento delle rispettive criticità.

Anche la psicologia della donna deve essere sostenuta nelle UOMI, specie per quanto riguarda tematiche di violenza e di abusi, fino al terribile fantasma del femminicidio. Azioni di sostegno, anche in raccordo con le Istituzioni Locali, i Servizi Sociali e le Forze dell'Ordine, devono essere sviluppate, accogliendo e proteggendo la donna ed i minori violati, secondo procedure di sicurezza e di riservatezza, attraverso precisi protocolli di Intesa con le Istituzioni ed eventuali Centri di accoglienza.

Almeno uno Sportello antiviolenza in ogni ASL è da realizzare entro il 31.12.2016.

5.7 – La rete Consultoriale

Il presente Piano prevede che, al fine di pervenire all'attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010), le Aziende Sanitarie debbano implementare un Programma di rafforzamento delle proprie reti consultoriali e dei raccordi con i punti nascita per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ai fini della riduzione anche dei parti cesarei.

In particolare, il suddetto programma dovrà prevedere-gli standard organizzativi e i criteri di riorganizzazione territoriale dei consultori, con l'analisi dell'attuale organizzazione e livello di attività, e l'individuazione:

- della composizione minima delle equipe consultoriali;
- della dotazione strumentale e suo ammodernamento necessaria a garantire

le prestazioni previste dalla normativa vigente per il monitoraggio e l'assistenza alla gravidanza;

- dei percorsi e delle attività utili a favorire le dimissioni precoci dal punto nascita con l'assistenza post parto al domicilio;
- delle attività di aggiornamento e formazione del personale;
- dei percorsi di continuità per l'esecuzione degli esami diagnostico clinici prenatali, e per il raccordo con i punti nascita;
- delle iniziative di comunicazione pubblica per l'informazione e sensibilizzazione dell'utenza potenziale;
- degli indirizzi per la riqualificazione delle sedi consultoriali.

Le UOMI, le UCCP, le UCCP pediatriche

Ove previste, UCCP e UCCP pediatriche attraverso il raccordo organizzativo del Direttore di Distretto si interfacciano e si integrano, senza sovrapposizioni o duplicazioni, nell'ottica di sistema, e secondo procedure operative condivise.

La Pediatria di Base

La salute globale del bambino è affidata al medico Pediatra di Libera Scelta secondo le indicazioni e le disposizioni previste dall' Accordo Nazionale vigente e dall' AIR regionale a cui si fa esplicito e totale riferimento.

Appare necessario tuttavia programmare nuovi modelli organizzativi che provvedano a colmare alcuni vuoti assistenziali, che spesso rappresentano un vulnus assistenziale, a sua volta inevitabile causa di un ricorso inappropriato ai Pronto Soccorsi ospedalieri. Si è già detto, nell'ambito del Capitolo delle Cure Primarie, della istituzione sperimentale regionale di n. 2 UCCP pediatriche.

CAPITOLO 6 – AREA DELLA PREVENZIONE

6.1 - Il Dipartimento di Prevenzione

Nelle Aziende Sanitarie il livello della Prevenzione è garantito dal Dipartimento di Prevenzione, un Dipartimento di tipo strutturale, macrostruttura della Azienda, garante di tutte le azioni in materia di salute collettiva, esercitate attraverso la promozione della salute, anche attraverso il sistema delle vaccinazioni, l'analisi epidemiologica di popolazione, la prevenzione delle malattie cronic-degenerative, la programmazione delle azioni di screening quale livello di prevenzione secondaria, la programmazione per la prevenzione delle disabilità quale livello di prevenzione terziaria.

Trova collocazione unitaria nel Dipartimento di Prevenzione, per le specifiche funzioni, la Medicina dello Sport.

Il Dipartimento di Prevenzione, in qualità di Dipartimento strutturale, è dotato di autonomia organizzativa, tecnico-gestionale e contabile.

L'area di intervento del Dipartimento di Prevenzione è molto estesa, interessando la Sanità Pubblica ad ogni livello e in più macro-aree.

Le macro-aree in cui si organizza il Dipartimento di Prevenzione sono:

- Igiene pubblica
- Igiene degli alimenti
- Epidemiologia e prevenzione
- Sanità Veterinaria distinta nelle 3 aree:
 - Sanità animale
 - Igiene alimenti di origine animale
 - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro

Ciascuna di queste macro-aree esercita la sua azione sul territorio anche mediante Unità Operative territoriali (soprattutto UOPC e UOV) nelle quali si proiettano le tematiche di tutte le macro-aree di riferimento. Le UOPC e UOV unificano sul territorio l'azione complessiva del Dipartimento.

6.2 - Compiti del Dipartimento di Prevenzione

Nell'esercizio dei suoi compiti il Dipartimento di Prevenzione ha come interlocutori obbligatori e privilegiati sia gli Enti Locali, nella figura del Sindaco e degli Uffici Comunali di riferimento inter-istituzionale, sia l'Autorità Giudiziaria per attività delegata di indagine, accertamenti ed ispezione, sia con l'ARPAC per tutte le tematiche relative all'inquinamento ambientale, sia la Regione per le attività autorizzative ed ispettive relativamente alle strutture eroganti prestazioni sanitarie

convenzionate, con le Scuole per rilevanti attività di informazione e di educazione alla salute, strumenti di empowerment del cittadino, fin dall'età scolare.

Gestisce vari flussi informativi che costituiscono l'alimentazione di dati epidemiologici correnti (RENCAM, Malattie infettive).

Un Piano annuale di programmazione predisposto dalla Direzione del Dipartimento entro il 31 dicembre di ogni anno renderà fruibile e condivisibile l'attività della macrostruttura anche a tutti gli attori delle Istituzioni collaboranti, al fine di una coerente progettazione di azioni complementari.

Come per le altre articolazioni dipartimentali, anche il Dipartimento di Prevenzione è tenuto a raccordarsi funzionalmente con i Distretti Sanitari per i rispettivi territori e con gli altri Dipartimenti per tematiche di salute trasversali.

6.3 - Aree di particolare interesse

6.3.1 - Registro Tumori

Il Dipartimento di Prevenzione è detentore del Registro Tumori che in Regione Campania deve ancora essere avviato in alcune ASL.

A tal proposito, si fa obbligo con il presente Piano di rendere attivi i Registri Tumori di tutte le ASL entro il 31.12.2016 ed avviare le procedure presso AIRTUM, al fine di certificare tutti i Registri entro il 2018.

6.3.2 - Piano Regionale della Prevenzione

In forza di attribuzioni ope legis, le specifiche funzioni di dettaglio del Dipartimento di Prevenzione sono già declinate con chiarezza.

Ad esse si aggiunge, in modalità programmatoria, per finalità specifiche, il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 che prevede ulteriori, specifiche e dettagliate Linee di intervento ed attività progettuali. A tale Piano, assunto con DCA n. 36 del 1.6.2016, si fa espressamente riferimento per le attività previste nel triennio di vigenza del presente Piano e si richiamano tutte le ASL all'attuazione di quanto disposto nel DCA n. 36/2016 per gli adempimenti organizzativi e operativi, stipulando i necessari accordi inter-istituzionali ed intersettoriali.

6.3.3 - Vaccinazioni

Particolare sensibilità viene richiesta alle ASL, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, nella implementazione e nel sostegno alle attività vaccinali, che presentano in Regione Campania una flessione consistente, ben al di sotto della soglia LEA.

6.3.4 - Terra dei Fuochi

Tra gli acta assegnati alla Struttura Commissariale è prevista la "riorganizzazione e potenziamento delle attività di prevenzione in tutta la regione Campania, con particolare attenzione alla programmazione e attuazione degli interventi previsti dal D.L. 136/2013 convertito in legge n.6/2014, art.2 commi da 4-quater a 4-octies relativi alla "terra dei fuochi".

Il programma elaborato nel Decreto n°38 del 01/06/2016 offre una sistematizzazione ed una descrizione delle misure intraprese e da intraprendere, fissandone gli obiettivi e definendone i tempi di attuazione, in considerazione dello stanziamento di risorse finanziarie definito a livello centrale vincolate al raggiungimento di specifici obiettivi.

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

Gli **obiettivi generali** del DCA n. 38/2016 mirano ad offrire appropriati, tempestivi e specializzati percorsi assistenziali di natura preventiva, diagnostica e terapeutica alla popolazione interessata, per il monitoraggio ed il controllo dello stato di salute, attraverso l'attuazione di specifici programmi, basati su azioni di medicina di iniziativa e presa in carico complessiva delle problematiche emergenti, correlate alle peculiari condizioni socio-ambientali dei territori interessati dalle azioni previste dalla legge 6/2014. L'intero programma dovrà realizzarsi entro il **31 dicembre 2017**, in riferimento alle risorse ad esso destinate, salvo proroghe e successive disposizioni.

Obiettivi specifici sono:

- Rafforzamento dei programmi di screening oncologico
- Implementazione PDTA per patologie oncologiche
- Sorveglianza della salute respiratoria e cardiovascolare
- Implementazione e promozione PDTA per Infarto Miocardico
- Tutela nascita e percorso riproduttivo
- Studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente

Nel Decreto vengono identificati i singoli destinatari degli obiettivi, gli indicatori di processo, ed i responsabili dei processi a cui far riferimento, attuatori del Programma.

CAPITOLO 7 - AREA DELLA SALUTE MENTALE

7.1 – Premessa

Studi su dati a livello europeo stimano che circa il 27% dei cittadini degli stati membri sperimentino, annualmente, almeno una forma di disagio mentale. I disturbi comportamentali sono in aumento soprattutto in infanzia ed adolescenza così come sono in aumento i disturbi psichici in età geriatrica. In crescita è anche il numero dei soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia, depressione, sindromi subcliniche).

In Italia, il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali – rientrante nel progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) cui hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), a sua volta realizzato nell'ambito del progetto World Mental Health (WMH) Survey, promosso congiuntamente dall'Oms e dall'Università di Harvard, al quale partecipano più di 30 paesi diversi – ha mostrato che circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi.

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione italiano confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce: circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita.

In un tale scenario, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24/01/2013, rappresenta lo strumento di riferimento delle programmazioni regionali in materia di tutela della salute mentale in infanzia, adolescenza ed età adulta. In questo atto documento, per la prima volta, vengono trattati insieme bisogni, percorsi di cura e azioni programmatiche di due ambiti – la Psichiatria e la Neuropsichiatria Infantile – che tradizionalmente sono stati organizzati in maniera poco coordinata tra loro laddove, invece, oggi se ne esalta il raccordo integrativo tra i rispettivi servizi/strutture territoriali e percorsi di presa in carico, soprattutto per ciò che riguarda la cosiddetta età di transizione (presa in carico dall'età evolutiva all'età adulta).

La Regione Campania prende atto di questa indicazione nazionale e, tenuto conto della attuale mancata identità della Neuropsichiatria Infantile, gestisce, nel presente Piano, la fase di transizione dalle U.O.M.I. (in cui è oggi prevalentemente collocata), attraverso un processo intermedio di costituzione di N.NPI.A. dotati di autonomia tecnico-professionale, posti nella dimensione distrettuale; in seguito a valutazioni di questa fase si verificherà l'eventuale transizione verso il DSM.

Lo sviluppo dell'offerta di servizi per la tutela della salute mentale, passa

inderogabilmente attraverso la centralità del territorio individuando idonei strumenti di governo clinico e manageriale e disegnando percorsi, servizi e interventi integrati e multidisciplinari, dove possibile strutturalmente e funzionalmente coesi, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati che, “nel” territorio, concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita, per fornire risposte efficaci e appropriate anche ai bisogni più complessi.

Si rende dunque necessario puntualizzare contesti istituzionali regionali e strategie operative che servano a rilanciare la cultura e le azioni dei servizi nell'area della Salute Mentale: essa si rivela sempre più centrale per lo sviluppo di condizioni di benessere della popolazione. La salute mentale di una comunità è infatti un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo. Nel presente Piano vengono dunque promosse e indicate le politiche regionali di Salute Mentale improntate all'ottica di salute pubblica, per tutte le fasce di età, nella qualificazione delle attività rispetto ai LEA: cardini operativi devono essere la continuità degli interventi, la personalizzazione dei percorsi di cura e di assistenza, il rispetto dei diritti umani e civili delle persone con sofferenza psichica e con disturbi mentali.

7.2 – La Salute mentale in età adulta

Come premesso, la cornice di riferimento per l'implementazione degli interventi, dei servizi e delle strutture in materia di salute mentale è rappresentato dal PANSM. Il Piano individua con chiarezza le aree di bisogno prioritarie (esordi - intervento precoce; disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza, come depressione e disturbi d'ansia; disturbi gravi persistenti e complessi; disturbi infanzia e adolescenza) e delinea i percorsi di cura definendone obiettivi, azioni, attori, criteri e indicatori di verifica e di valutazione.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici prioritari per la tutela della salute mentale in età adulta, il PANSM individua:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici “comuni”
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento

- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma

E' compito della Regione declinare i contenuti del PANSM attraverso atti di indirizzo e di impulso diretti al territorio (ASL, AO, AOU), come per esempio programmato, già in corso o avvenuto per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, i disturbi del comportamento alimentare, l'emergenza/urgenza, la salute mentale in carcere, come di seguito riportato.

7.3 – Il Modello Organizzativo: Il dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M) 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.

Esso è dotato di autonomia gestionale, tecnico-organizzativa e contabile ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale.

Il DSM è il luogo centrale, programmatico ed organizzativo, per le politiche e il governo clinico della salute mentale e costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale che garantisce la piena realizzazione del percorso personalizzato per l'utente di ogni età nel suo contesto ambientale di vita. E' 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 DSM opera per i seguenti obiettivi di salute:

- Promozione e tutela della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- Attività di prevenzione dei disturbi mentali anche attraverso l'individuazione precoce di situazioni di rischio e di disagio e l'attivazione di idonei interventi;
- Costruzione attiva di progetti terapeutico-riabilitativi per le persone di ogni età sofferenti di disturbi mentali, garantendo per tutti, nessuno escluso, la salvaguardia e/o la restituzione dei diritti di cittadinanza.
- Incentivazione del sostegno abitativo domiciliare, di forme concrete di inclusione sociale e di esercizio del diritto al lavoro per i fruitori dei servizi del Dipartimento.
- Partecipazione ad azioni integrate tra servizi socio-sanitari ed Enti Locali all'interno dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute.
- Azioni di lotta allo stigma e al pregiudizio e azioni di contrasto ai fenomeni di emarginazione degli utenti.

Il DSM costituisce pertanto 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, 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.

A tal fine il D.S.M., di concerto con i Distretti Sanitari Aziendali e con gli altri Dipartimenti e articolazioni Aziendali, assicura mediante le proprie articolazioni operative (UOSM ed SPDC):

- l'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- la garanzia dell'accesso, la continuità dei programmi di cura e la personalizzazione del progetto;
- la presa in carico degli utenti;
- l'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.);
- i piani terapeutico-riabilitativi per gli utenti gravi e la loro realizzazione;
- gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro degli utenti;
- lo sviluppo di progetti specifici relativi ai temi dell'abitare e della vita sociale degli utenti;
- le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e i rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale;
- gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie;
- il coordinamento con gli altri servizi sanitari, con i medici di base e con i pediatri, con i servizi socio-assistenziali e con tutte le risorse del territorio;
- il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- la collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti;
- il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.;
- le attività di tutela e promozione della salute mentale in favore delle persone detenute nelle strutture carcerarie in raccordo con la articolazione territoriale Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari
- lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni di genere.

7.4 – I programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi

Le problematiche di inserimento e riconoscimento sociale delle persone con disturbo mentale implica la necessità di servizi orientati alla recovery che affianchino ai programmi di intervento clinico, strategie di assistenza sociosanitaria. Tali strategie si declinano in programmi terapeutico riabilitativi individualizzati e socio riabilitativi personalizzati declinati da equipe integrate e multi-professionali in collaborazione con la persona e con la famiglia, che possano essere realizzati nei luoghi di vita, in ambienti formativi e di lavoro, e di ogni altro laboratorio o contesto sociale che ne permetta l'inserimento futuro. Tali piani si pongono anche a complemento e completamento dei programmi di residenzialità sanitaria e sociosanitaria.

7.5 - La residenzialità psichiatrica

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.

Devono essere privilegiate 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. Tali principi ispireranno per quanto possibile anche la riconversione delle case di cura neuropsichiatriche.

L'offerta sanitaria, normata con il DCA n. 5/2011, si articola in:

- strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase intensiva che erogano attività terapeutica intensiva
- strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase estensiva che erogano attività terapeutica estensiva
- centri diurni psichiatrici che accolgono le persone durante le ore diurne per attività di inserimento in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali

L'offerta socio-sanitaria, disciplinata congiuntamente dal settore Sanità e Politiche Sociali della Regione con la DGRC n. 666/2011 e recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria, si articola in:

- strutture residenziali denominate “Comunità Alloggio” 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.

A completamento del quadro di offerta, la citata delibera n. 666/11 disciplina, inoltre, anche strutture per pazienti adulti con disagio psichico di natura prettamente sociale, 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.

L'implementazione di questo sistema di offerta di strutture è tutt'ora in corso, presentando non poche criticità, in corso di superamento, il cui duplice obiettivo è l'appropriatezza degli interventi e il contenimento della spesa.

7.6 – Area di particolare interesse: I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

7.6.1 – Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica anche in termini di costi sia sociali che economici che ne derivano.

L'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata colpiscono prevalentemente soggetti di sesso femminile di età compresa tra i 14 ed i 30 anni e di recente si sta assistendo ad una insorgenza del fenomeno in età sempre più precoce con un tasso di incidenza e prevalenza in costante aumento.

Recenti stime epidemiologiche hanno evidenziato che tali disturbi rappresentano la prima causa di mortalità tra gli adolescenti.

A oggi, però, in Campania è stata sviluppata soprattutto una qualificata attività di promozione della salute, in collaborazione tra ASL e Istituzioni Scolastiche, mentre il Servizio Sanitario Regionale si è attrezzato ad affrontare le sole fasi acute dei DCA in regime di ricovero ordinario nelle strutture psichiatriche e nei centri pilota di alta specializzazione.

Mancano, invece, specifiche strutture terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali alternative ai reparti di psichiatria in cui i pazienti possano affrontare il follow-up a lungo termine ed essere assistiti in maniera integrata e scevra dagli effetti stigmatizzanti del ricovero psichiatrico.

In tale contesto, risulta essere alquanto elevato il numero di ricoveri presso strutture specialistiche residenziali extra-regionali.

Per far fronte a questa situazione, con il decreto del commissario ad acta n.

19/2016 la Regione ha varato una programmazione di attività per la promozione del trattamento e riabilitazione residenziale e semiresidenziale dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso il potenziamento o il consolidamento, da parte del Sistema Sanitario Regionale, dell'offerta pubblica residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale. Con tale atto la Regione ha stanziato fondi per il rafforzamento o l'attivazione, entro l'anno 2016, di almeno un centro semiresidenziale per ciascuna ASL e l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale per il trattamento dei DCA, che è stato individuato nella città di Salerno

7.6.2 – La realizzazione della rete di assistenza e il coordinamento regionale

Il presente Piano prevede che il bisogno dei pazienti affetti da DCA sia soddisfatto da una rete di assistenza che adotta l'approccio integrato multi-professionale e multidisciplinare sia sulla persona malata che sul suo contesto familiare e che interviene nella prevenzione, nella individuazione dei soggetti a rischio, nella diagnosi precoce, nel trattamento delle fasi acute e nella riabilitazione a lungo termine.

La rete, data l'età di esordio sempre più precoce di questo tipo di disturbi, deve necessariamente prevedere il coinvolgimento e il raccordo con i servizi di NPIA che spesso intercettano la problematica e, inoltre, andrà a coordinarsi con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare attivo presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

7.6.3 – Scopi della rete

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

- evitare il ricovero presso strutture fuori regione
- realizzare una rete regionale integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei DCA
- assicurare la presa in carico precoce dei pazienti
- sostenere il lavoro in team e l'audit sui singoli casi
- favorire la permanenza dei pazienti in luoghi di cura ed assistenza fase-specifici prossimi al proprio contesto di vita e alla propria famiglia
- adottare strategie unitarie di intervento per la fascia di età adolescenziale
- perseguire l'integrazione funzionale ed operativa ed un uso razionale delle risorse
- prevenire l'insorgenza di complicanze organiche e la cronicizzazione dei disturbi.

7.6.4 – I nodi della rete

I Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti Sanitari con il coinvolgimento e la partecipazione delle scuole, sia di 1° che di 2° grado, sono impegnati nell'attività di promozione di sani stili di vita e di una corretta alimentazione.

I MMG e/o i PLS, quali nodi della rete di assistenza, rappresentano le sentinelle territoriali deputate alla individuazione precoce dei casi a rischio per i quali è necessario prevedere un approfondimento diagnostico nell'ambito di un ambulatorio dedicato (almeno 1 in ciascuna A.S.L.) del Dipartimento di Salute Mentale competente per territorio.

Detto ambulatorio di 1° livello, oltre all'attività di approfondimento diagnostico e di gestione clinico-terapeutica dei casi che non richiedono trattamenti intensivi, costituisce punto di snodo verso il successivo livello di cura rappresentato dal trattamento in regime di day-hospital o di ricovero ordinario che viene attivato in tutte le situazioni di consistente gravità per problematiche sia internistiche che psichiatriche.

Tale livello, che prevede una maggiore intensità della risposta, è garantito da unità cliniche per la gestione dei casi acuti, ciascuna dotata di posti letto per ricoveri in regime di day-hospital e/o ordinario, localizzate presso il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Seconda Università di Napoli, l'Università Federico II di Napoli, l'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon e l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

Successivamente, l'assistito, laddove ne sussista la necessità, può essere avviato ad un percorso terapeutico-riabilitativo presso strutture pubbliche, da realizzare, semiresidenziali per complessivi circa 70 posti (almeno una nell'ambito del DSM di ciascuna ASL) e residenziali con singolo modulo da 10 posti (almeno due in ambito regionale, di cui una a Napoli che abbia come bacino di utenza i cittadini residenti nell'area nord della regione e un'altra a Salerno, in sostituzione di Agropoli, che copra il bisogno delle aree poste più a sud) per il follow-up a lungo termine e con l'obiettivo di perseguire la stabilizzazione delle condizioni psico-organiche del paziente.

Alle attività assicurate nei diversi setting partecipano anche le associazioni di volontariato che operano in tale settore.

7.7 – 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 D.M. 70/2015. Gli operatori del servizio SIRES-118, titolari dell'intervento di emergenza, durante l'orario di apertura dei Servizi per la Salute Mentale, ove lo ritengano opportuno, richiedono consulenze psichiatriche per i pazienti non in carico alla UOSM territoriale. Per i pazienti in carico sarà necessario implementare in ciascuna ASL un protocollo di intesa tra Dipartimento di Salute Mentale e SIRES 118. Le UOSM territorialmente competenti dal canto loro, a garantire l'attività di consulenza per i Pronto Soccorso dei PP.OO. ricadenti nel loro territorio, ma sprovvisti del SPDC.

Inoltre, al fine di non creare una ospedalizzazione sistematica nei pazienti oggetto di episodi critici, ogni ASL può individuare all'interno delle UOSM modelli di gestione territoriale delle situazioni di crisi, anche in H24 che non necessitano di ricovero in SPDC, a titolo sperimentale.

Allo stato attuale, le aziende sanitarie locali stanno dando applicazione a quanto previsto dalle norme con alcune differenze organizzative e gestionali sul territorio regionale per le quali si auspica una uniformità di procedure.

7.8 – 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.

La Regione Campania ha realizzato un programma di superamento e chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Sono state individuate le articolazioni per la salute mentale in carcere presso alcuni istituti penitenziari della regione e due Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS) per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive. Il DSM è responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva. Mantiene una funzione esclusiva di cura e riabilitazione di cittadini affetti da disturbi mentali ed autori di reato con l'obiettivo del reinserimento sociale e della lotta allo stigma.

CAPITOLO 8 – AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

8.1. Il perché di una specifica area

Lo stato di benessere dell'infanzia è uno degli obiettivi principali del Piano sanitario regionale; la rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema in un'ottica di sistema che include il sanitario, il sociale e l'educativo con il coinvolgimento attivo dei familiari e deve mirare a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo soltanto e direttamente sul singolo.

La promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva deve mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo, socioculturale) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimenti mirati e di risposte appropriate.

In questo ambito, le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione devono essere assicurate in ogni Azienda Sanitaria Locale dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) nella fascia di età 0-18 anni.

A tal fine bisogna superare l'attuale difformità negli orientamenti, nei modelli di funzionamento e negli assetti organizzativi degli stessi servizi di NPI che si evidenziano nelle varie ASL regionali.

Attualmente la gestione della NPI è collocata in alcune ASL in Area Materno-Infantile, in altre in Salute Mentale, in altre in area prevalentemente Riabilitativa.

Considerata la complessità e la criticità delle attività di tutela della salute mentale e di quelle rivolte alla disabilità in età evolutiva, tenuto conto che esse richiedono una specifica competenza specialistica e un elevato livello di integrazione e di articolazione tra servizi distrettuali e sovradistrettuali, bisogna realizzare un modello organizzativo che sia capace di coniugare l'unitarietà della programmazione, l'appropriatezza delle risposte, l'omogeneità degli interventi con il decentramento distrettuale e una valida integrazione socio-sanitaria.

A tal fine e coerentemente con quanto previsto dalle norme legislative vigenti, tra le quali le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale- infanzia e adolescenza- (DPCM del 20/03/2008 pubblicato su GU n. 102 del 02/05/2008 e recepito dalla Regione Campania con DGRC n. 1380 del 06/08/2009), il Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) approvato in Conferenza Stato-Regioni il 24/01/2013, la Circolare Regionale n.3377/c del 25/07/2014 "*Indirizzi per le attività territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*" del Sub Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro, per superare l'attuale frammentazione degli interventi per i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e per garantire il principio della continuità terapeutica, le AASSLL devono assicurare

l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità.

Omogeneità ed uniformità si realizzano attraverso la costituzione di Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (N.NP.I.A.) a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, con un bacino di popolazione di riferimento non superiore ai 200.000 abitanti.

In ogni ASL dovrà essere garantita la presenza di una struttura operativa di coordinamento e di indirizzo in NPI, un Centro Unico Aziendale per la Salute Mentale in età evolutiva, in supporto alla Direzione Strategica.

In questo Piano si programma una chiara fase di transizione, necessaria per uniformare la collocazione delle specifiche attività nell'ambito di una autonomia professionale mai riconosciuta, collocata in una dimensione prevalentemente territoriale.

Il Nucleo territoriale di NPI deve assicurare le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

8.2 - I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.)

Con il presente Piano si prevede l'istituzione autonoma, presso i Distretti, dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile, entro il 30 marzo 2017.

I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) garantiscono le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I.:

- prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
- 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,

attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con la U.O. di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;

- integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
- formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
- integrazione operativa con le UOSM e UO Riabilitazione 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 neuropsichiatriche.

Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

8.2.1 - Strategie e caratteristiche organizzative dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenti

Principi organizzativi ispiratori della costituzione dei N.NP.I.A., affinché queste complesse attività non possano esaurirsi in singole e frammentarie prestazioni specialistiche all'interno di strutture separate per funzione come attualmente si può rilevare in diverse Asl campane, sono:

- l'esistenza di un luogo unico di riferimento per i minori con problemi neuropsichiatrici e le loro famiglie e la sua presenza stabile, chiara e visibile all'interno dell'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali;
- l'accesso diretto dell'utenza
- una modalità di accoglienza specifica e competente in un ambiente dedicato;
- un modello di funzionamento orientato alla presa in carico, al lavoro in equipe e alla dimensione territoriale
- l'elaborazione e la realizzazione del percorso di presa in carico multidisciplinare in risposta a bisogni gravi e/o complessi di salute;
- la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto di intervento;
- l'operare continuamente in connessione con i pediatri, le scuole, i servizi e le agenzie del territorio e della comunità locale;
- l'organizzazione delle attività per il miglior inserimento scolastico del minore con disturbi neuropsichiatrici e/o con disabilità
- l'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- lo sviluppo di un sistema informativo specifico.

La Regione Campania prende atto di questa indicazione nazionale e, tenuto conto della attuale mancata identità della Neuropsichiatria Infantile, gestisce, nel presente Piano, la fase di transizione dalle U.O.M.I. (in cui è oggi prevalentemente collocata), attraverso un processo intermedio di costituzione di N.NP.I.A. dotati di autonomia tecnico-professionale, posti nella dimensione distrettuale; in seguito a valutazioni di questa fase si verificherà l'eventuale transizione verso il DSM.

8.3 - Indirizzi Operativi

Nell'ambito della operatività degli istituendi N.NP.I.A. si ritiene dover fornire indicazioni operative, nell'ottica della omogeneità delle attività.

Risulta fondamentale garantire:

- la presenza di équipes multiprofessionali e multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo: neuropsichiatri infantili, psicologi

clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri;

- la Responsabilità del N.NPI.A. ad un Neuropsichiatra infantile;
- la peculiarità dell'intervento abilitativo in età evolutiva per minori con disturbi neuropsichiatrici e con disabilità di competenza esclusiva del N.NP.I.A. per questo settore di intervento. La valutazione del bisogno abilitativo in età evolutiva rientra nei programmi integrati di presa in carico;
- il potenziamento del lavoro di presa in carico che permette di contribuire in maniera decisiva alla realizzazione dei percorsi di vita e di salute dei minori con problemi psicologici, neuropsichiatrici o con disabilità e delle loro famiglie, direttamente nei contesti ambientali e territoriali di appartenenza; lo sviluppo a livello territoriale di percorsi di "adattabilità" ambientale per migliorare la qualità di vita dei bambini e degli adolescenti affetti da disabilità o handicap si e delle loro famiglie, seguendo tre linee di attività: sostegno alla famiglia, inclusione scolastica e inclusione sociale;
- lo sviluppo di raccordi e di protocolli con le UO del Dipartimento di Salute Mentale per garantire la continuità dei programmi di cura dei minori in carico al raggiungimento dell'età adulta.
- programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico;
- programmi di intervento per l'area dei disturbi del comportamento alimentare;
- lo sviluppo di interventi integrati ospedale-territorio;
- lo sviluppo e il potenziamento della formazione interistituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità e opportunità di prevenzione e trattamento nella rete dei servizi.

Laddove necessario, in relazione alle patologie e alle problematiche che si presentano, il Distretto dovrà garantire la collaborazione di altre figure professionali.

Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

8.4 - Aree di particolare interesse

8.4.1 - I Disturbi dello Spettro Autistico

I disturbi dello spettro autistico in base ai diversi studi esistenti in letteratura si manifestano con una prevalenza estremamente variabile, da 40 a 90 casi per 10.000, mentre, la loro frequenza è pari a 1:150 nati e, considerato l'indice di natalità regionale può stimarsi che in Campania l'incidenza di nuovi casi è di circa

339 bambini per anno (nati al 01.01.2016 = 50.779).

L'autismo rappresenta una condizione patologica inabilitante che ha un impatto devastante sulla qualità di vita degli individui che ne sono affetti e dei loro nuclei familiari i quali vengono investiti da un notevole carico assistenziale.

Le conoscenze sulla materia sono in continua evoluzione e, ad oggi, persistono ancora incertezze sulla eziologia del disturbo, sulla diagnosi, sui confini nosografici con altre sindromi e sulla possibile evoluzione a lungo termine.

In tale contesto gli operatori possono apparire disorientati e, in mancanza di un'adeguata ed uniforme rete di assistenza sanitaria e protezione sociale, le famiglie vivono tale condizione con estrema sofferenza e disagio.

Il presente Piano intende promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico, garantendo l'esercizio del diritto alla salute e la fruizione di peculiari e specifiche prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione degli interventi attraverso la realizzazione di una rete di assistenza che integri il livello territoriale e quello ospedaliero e che assicuri la diagnosi precoce e la presa in carico globale con adeguato sostegno alla famiglia, in relazione alla caratterizzazione socioeconomica del nucleo.

Pertanto, la scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, ovvero tutti i nodi della rete, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

Una forte e serrata rete di assistenza è pertanto indispensabile per perseguire le seguenti finalità:

- favorire il massimo sviluppo delle diverse competenze compromesse dal disturbo, nonché, il potenziamento delle autonomie e il miglioramento della qualità della vita;
- sviluppare l'empowerment dell'intero nucleo familiare;
- contrastare le possibilità di impoverimento sociale, relazionale ed economico ed il rischio di disgregazione del tessuto familiare;
- accrescere la sensibilità e disponibilità della società a farsi carico anche di queste particolari forme di disabilità;
- supportare e sostenere la più ampia possibilità di inclusione sociale;
- realizzare soluzioni assistenziali idonee ad intervenire allorché la famiglia non è più in grado di provvedere e di sostenere il carico.

La scuola e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo importante nella intercettazione precoce delle condizioni di rischio e di possibile sviluppo del

disturbo e, pertanto, hanno una funzione strategica nel favorire la precocità della diagnosi e la tempestività della riabilitazione da parte delle competenti strutture territoriali.

Il presente Piano riconosce, altresì, il ruolo attivo e determinante della famiglia nella elaborazione e realizzazione del progetto di vita della persona con disturbo dello spettro autistico.

Tale riconoscimento è in linea con la raccomandazione di riferimento di cui alle Linee Guida del Ministero della Salute aggiornate ad ottobre 2015 la quale prevede che *i programmi di intervento mediati dai genitori sono raccomandati nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico, poiché sono interventi che possono migliorare la comunicazione sociale e i comportamenti problema, aiutare la famiglia a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l'incremento della soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.*

8.4.2 – L'uniformità della prestazione assistenziale distrettuale

I bisogni di salute ricadenti nell'ambito neurologico, psichiatrico, psicologico e abilitativo dell'età evolutiva, lungi dal rappresentare campi di intervento di specialità diverse, vanno ricondotti alla disciplina della neuropsichiatria infantile che è in grado di affrontare i molteplici aspetti che attengono all'evoluzione globale del bambino.

In tale ottica, le funzioni di coordinamento tecnico-scientifico, come già indicato, sono assicurate dal centro unico aziendale, individuato in ciascuna ASL, che ha il compito di garantire l'uniformità scientifica della prestazione. Resta nella responsabilità di ciascun Direttore del Distretto la garanzia per l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale, l'assegnazione delle risorse, la valutazione di soddisfazione dell'utenza e degli outcomes raggiunti.

Per raggiungere sempre maggiori livelli di qualità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, le Aziende Sanitarie assicurano la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti (sanitari, sociali e insegnanti) e dei familiari dei pazienti. Il bisogno formativo viene presentato al Direttore del Distretto che lo inserisce nella proposta formativa annuale.

La prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale) del bambino e dell'adolescente con disturbi dello spettro autistico è assicurata dal livello territoriale specialistico competente, all'interno del N.N.P.I.A. privilegiando, ogni qualvolta possibile, i contesti naturali di vita.

E' infatti a questo livello della rete che viene definito, con la partecipazione e condivisione della famiglia, il progetto di assistenza personalizzato dell'assistito e

del suo nucleo familiare con possibilità di attivazione anche del budget di cura che costituisce un contributo alle spese sostenute per la cura dei pazienti inseriti nei percorsi abilitativi e riabilitativi riconosciuti dalle Linee Guida Ministeriali sull'Autismo e dalla Regione Campania.

La presa in carico integrata viene effettuata, come già menzionato, dall'equipe multi-professionale e multidisciplinare dell'N.N.P.I.A. specificamente formata, per ogni assistito è individuato un responsabile del caso con funzione di coordinamento degli interventi e di formazione/informazione della famiglia.

I N.N.P.I.A. si integrano costantemente con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale che sono pienamente coinvolti per garantire la continuità dell'assistenza nella delicata fase di passaggio dell'assistito dall'età evolutiva all'età adulta.

Nel progetto di assistenza devono essere coinvolti la scuola e l'Ambito territoriale sociale che coordinano ed integrano i propri interventi con quelli dell'ASL al fine di assicurare l'unitarietà della risposta assistenziale.

CAPITOLO 9 – Area delle Dipendenze

9.1 - Contesto Normativo

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 sociale) 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.

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

- DGRCN. 2136 del 20 giugno 2003 - Organizzazione Servizi Dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze;
- DGRC n.620 del 13/11/2012 - Indirizzi operativi per la presentazione delle richieste per la attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi ai sensi del D.P.R. rivolti a detenuti tossicodipendenti;
- DGRC n.621 del 13/11/2012- Indirizzi operativi per la gestione per gli inserimenti in comunita' terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- DGRC n. 807 del 27/12/2012 - Fondo lotta alla Droga finanziamenti residui annualità precedenti. Programmazione interventi di prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche;
- DECRETO N. 20 del 29.04.2014 - Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcol/droga correlati e/o di alcol-tossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale (art. 186 e art.187 del codice della strada - Dlgs n.285 del 30/04/1992 e smi.).

Le nuove aree della dipendenza e degli abusi possono essere così schematizzate:

- sostanze stupefacenti;
- abuso d'alcool;
- abuso di farmaci non prescritti;
- tabagismo.
- comportamenti compulsivi e additivi (gambling, sesso compulsivo, shopping compulsivo, ecc.).

La nuova complessità richiede dunque una rinnovata organizzazione che possa esprimere risposte coordinate, mediante l'utilizzo di strumenti diversificati, che permettano un accesso facilitato, nel rispetto della privacy del paziente che è necessaria per una buona compliance terapeutica. L'estensione delle dipendenze a nuove fasce di popolazione, specie i minori, a nuovi ambiti sociali e di genere, la difficile identificazione della dipendenza in quanto tale rendono ragione della necessità di una mission che sia sempre di più "esterna" ai luoghi classici di cura, che attui "fuori da sé" l'azione di presa in carico del paziente che, troppe volte, deve passare attraverso la presa di coscienza e l'accettazione della dipendenza in quanto patologia. Oltre alla necessità di tenere in conto questa variabilità, è opportuno avere la consapevolezza del fatto che a fronte di un'utenza "storica", ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, si stanno aggiungendo una serie di altri utenti che chiedono risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli anni precedenti prevalentemente per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina. La diversificazione dei problemi e la molteplicità degli approcci espone l'area delle Dipendenze a disomogeneità multiple, sia sotto il profilo organizzativo che dell'approccio terapeutico, che non deve mai perdere di vista la continuità assistenziale, la garanzia dei L.E.A., l'appropriatezza e la gestione in sicurezza dei trattamenti.

Consapevole di questa complessità, la Regione Campania già dal 2003 ha deliberato un modello organizzativo dipartimentale per il governo clinico delle dipendenze, anticipando un orientamento che ancora oggi è prevalente e moderno ma non del tutto diffuso sul territorio nazionale. Le relazioni spesso sfumate e sovrapposte con l'Area della Salute Mentale necessitano di collaborazione e sinergia per una visione unitaria e complessiva del paziente "a doppia diagnosi" che non rientri nel gioco perverso dello scarica-barile. Questa forse è una delle motivazioni che sostiene la visione alternativa di un'area delle Dipendenze all'interno dell'Area Salute Mentale.

9.2 L'evoluzione del Sistema di Offerta – Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)

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, deve essere quella di implementare e

potenziare i servizi pubblici all'interno di una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraziendale 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.) così suddivisi:

Tabella 37 – riepilogo Ser. D

ASL	Ser.D.
Avellino	2
Benevento	3
Caserta	7
Napoli 1 centro	11
Napoli 2 nord	6
Napoli 3 sud	6
Salerno	8
Totale	43

Dal punto di vista dell'organizzazione Aziendale in materia, disciplinata in Campania dalla DGRC n. 2136/2013, alcune AASSLL sono strutturate in Dipartimenti (Caserta e Napoli 2 nord) mentre altre hanno individuato al loro interno responsabili di Area.

9.3 Epidemiologia delle dipendenze

Il numero di iscritti ai Ser.D. per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 10.112 al 31/12/2015, mentre per l'Alcool risultano n. 3160 – vedi tabella) fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze (SID)

Tabella 38 – utenti alcolisti in carico nei Ser. D – anno 2015

ASL	Utenti
AV	293
BN	101
CE	529
NA1 centro	619
NA2 nord	314
NA3 sud	456
SA	848
Totale	3.160

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 è 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, 1.207, al 31/12/2015 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. La Regione Campania, al riguardo, ha avviato una rilevazione semestrale del numero di cittadini in carico per GAP assistiti in tutte le AASSLL con alcune Aziende che hanno attivato ambulatori dedicati (vedi tabella).

Tabella 39 - cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo anno 2015

ASL	Cittadini in carico
AV	75
BN	13
CE	163
NA 1	156
NA 2	215
NA 3	261
SA	324
Totale	1.207

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 (Comunità terapeutiche), ad un serrato confronto sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che

interistituzionale 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 sociolavorativo 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. Tutto ciò è in parte impedito dal numero del personale dipendente (520 al 31/12/2015 di cui il 60% medici e infermieri) ,sotto dimensionato almeno del 50%, che non riesce ad ottemperare in modo esaustivo tutte le competenze istituzionali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con l'aggravante della presenza scarsa di adeguato personale per interventi socioriabilitativi. Nonostante ciò, i Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool.

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.

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.

Infine in conseguenza della continua evoluzione del bisogno, si è ritenuto opportuno proporre una modifica, nel prossimo programma operativo, della organizzazione del fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali in Campania nel rispetto di quanto disciplinato nel patto della salute individuando l'indicatore dello 0,35/1000 abitanti.

Per tutto quanto suesposto risulta importante intervenire:

- potenziando ed implementando il sistema di offerta pubblica (prevenzione, cura e riabilitazione);
- 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 provvisoriamente accreditato, i Comuni, le aziende.

9.4 - Il modello dipartimentale

Il dipartimento delle Dipendenze rappresenta il punto di riferimento aziendale per le competenze e la operatività in campo di prevenzione, cura e riabilitazione. È un Dipartimento molto aperto all'esterno, che deve sviluppare forti sinergie con le famiglie, le scuole, i servizi sociali, coinvolgendo i cittadini in generale, in maniera trasversale, data la nuova epidemiologia delle dipendenze. Il dipartimento e le sue articolazioni operative territoriali diventano un patrimonio della popolazione di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia sanitari, inseriti anche nelle attività di contrasto da parte delle autorità competenti (sia sotto il profilo educativo, ma anche preventivo), utilizzando in tal campo strumenti efficaci di comunicazione attraverso programmi permanenti di informazione.

Una profonda revisione dell'approccio alle dipendenze, in riferimento ai modelli clinico-osservazionali e di intervento, è oltremodo indispensabile in relazione ai nuovi progressi nell'ambito delle Neuroscienze. Le nuove indicazioni su meccanismi psico-neurobiologici alla base di alcuni comportamenti di assunzione non possono essere trascurate al fine di aumentare il livello di consapevolezza e autocoscienza nel paziente e nel terapeuta e permettere di monitorare non solo a livello comportamentale, ma anche strutturale e funzionale, l'evoluzione e l'outcome del trattamento.

La rilevanza dell'impatto sociale delle dipendenze e dell'azione dannosa prodotta a livello cerebrale, con conseguenti deterioramenti irreversibili delle funzioni cognitive e comportamentali, con compromissione di importantissime funzioni psichiche, esecutive e sociali, quali la "workingmemory" (memoria di lavoro), il controllo inibitorio dei comportamenti, la capacità di giudizio e la "social cognition", relazionate alle strutture corticali, rendono ragione di una nuova e impellente necessità di affrontare il problema della dipendenza con una nuova intensità e nuove motivazioni.

Il Dipartimento delle Dipendenze pertanto acquista una nuova identità, complessità e responsabilità nella gestione aggiornata, moderna e basata su nuove Evidenze Scientifiche, rispetto al modello nascente della presa in carico del soggetto tossicodipendente. Per tale motivo i nuovi Ser.D. devono operare in un contesto organizzativo unitario, nell'esecuzione di processi assistenziali, terapeutici e riabilitativi anch'essi basati su evidenze scientifiche, di cui il Dipartimento si fa garante sotto l'aspetto tecnico-scientifico ed organizzativo. Gli strumenti operativi sono quelli della presa in carico globale del paziente e del nucleo familiare ove necessario, nel contesto di lavoro ove possibile, ma anche offrendo nuovi luoghi di cura al di fuori del contesto istituzionale ed in totale anonimato per favorire l'accesso di utenti a più alto grado di riservatezza. Né si deve trascurare l'obiettivo dell'uscita dal processo di cura e riabilitazione, superando l'idea che la dipendenza sia cronica ed irreversibile. Processi formativi continui del personale devono permettere una lunghezza d'onda di competenze simmetrica tra terapeuta ed utilizzatore, affinché le proposte di cura siano accolte

e seguite con adeguata compliance e continuità.

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. Per le caratteristiche rapidamente evolutive delle forme di dipendenza, è necessario una forte flessibilità organizzativa nel contesto del Dipartimento e dei Ser.D.

Particolarmente interessanti risultano essere le Unità mobili e Unità di strada che raggiungono la popolazione a rischio nei luoghi e nei contesti di prevalente consumo di massa, capaci di attivare, anche in sinergia con le Forze dell'Ordine, programmi ed azioni di prevenzione su linee specifiche di attività (es. prevenzione delle "stragi del sabato sera").

È fondamentale che il Dipartimento curi con solerzia e precisione tutto il debito informativo nei confronti della Regione sulle apposite piattaforme informatiche.

Sono organi del Dipartimento delle Dipendenze:

- il Direttore;
- il Comitato di Dipartimento;
- l'Assemblea del Dipartimento;
- la Consulta di Dipartimento.

Le principali attività che competono al direttore di dipartimento sono:

- promuovere, organizzare e coordinare i gruppi finalizzati alla produzione di documenti di intesa e di linee di indirizzo operativo, sulla base delle necessità individuate dal comitato di dipartimento;
- raccogliere, formalizzare e divulgare le linee prodotte dai gruppi;
- stendere, divulgare e gestire il progetto generale di intervento (PGI) definito dal comitato di dipartimento;
- controllare la corretta attivazione ed applicazione delle linee di intervento socio-sanitario definite nel comitato di dipartimento;
- coordinare il comitato di dipartimento da cui riceve i mandati operativi;
- promuovere, organizzare ed assicurare periodicità agli incontri di aggiornamento, scambio di informazione e formazione interna al dipartimento su temi tecnico-scienti ci;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure operative per assicurare la continuità terapeutica e la multidisciplinarietà dell'intervento;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure diagnostiche e protocolli terapeutici standard alla luce delle nuove acquisizioni ed evidenze scienti che;
- promuovere il controllo costante e periodico dell'efficacia degli interventi (esiti dei trattamenti) e dell'applicazione delle tecniche di valutazione da parte delle singole unità operative;

- controllare l'applicazione degli standard assistenziali previsti e la permanenza dei livelli di qualità da parte delle varie unità operative;
- provvedere all'aggiornamento degli operatori sulle tematiche di prevenzione del rischio professionale;
- coordinare ed assicurare la raccolta e preparazione dei dati di attività e di risultato;
- organizzare meeting periodici di aggiornamento per i responsabili delle unità operative su temi di competenza.

9.5 - Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento, attraverso le UO Ser.D. ed altre articolazioni funzionali/organizzative di cui ogni ASL riterrà opportuno dotarsi, promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire ed attuare procedure operative "evidencebased", 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.

9.6 – I livelli di complessità assistenziale

Considerata la complessità del bisogno sanitario 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: accoglienza (anche con Unità mobili e di strada) – con una buona relazione con i MMG e PLS per l'individuazione dei pazienti a rischio - 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: nell'ambito di strutture ambulatoriali per la gestione dei pazienti provenienti dal 1 livello, parzialmente stabilizzati e motivati, 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 integrati, 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: strutture residenziali o semiresidenziali con programmi rivolti agli utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine. Le funzioni principali di questo livello sono rappresentate dai programmi terapeutici e socio-riabilitativi nel lungo termine in regime residenziale. Proseguono le attività di riabilitazione e preparazione al reinserimento. Si gestiscono eventuali ospedalizzazioni in stretto raccordo con il Ser.D. di appartenenza.
- 4 livello: Il quarto livello riguarda i settori specifici che curano i programmi di reinserimento sociale, lavorativo e di prevenzione delle ricadute. Le funzioni principali sono quelle di mantenere la preparazione del paziente all'inserimento sociale e lavorativo. Le attività di riabilitazione, come esplicitato nei paragrafi precedenti, dovranno comunque avere inizio al secondo livello della rete assistenziale, personalizzando l'intervento sulla base delle caratteristiche dei soggetti e della loro condizione rispetto all'uso di sostanze. Il percorso culminerà nel quarto livello con la fase di reinserimento lavorativo. Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

9.7 – Area di particolare interesse: Il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)

9.7.1 - Introduzione

Negli ultimi venti anni il Gioco d’Azzardo ha assunto enormi proporzioni tanto da coprire il 4% del PIL nazionale e divenire una emergenza non solo sanitaria ma anche sociale ed economica.

In Campania, il 57,8% degli studenti è interessato dal fenomeno contro una media nazionale pari al 47,1%.

Si riconoscono 3 stadi di Gioco d’Azzardo (GA) che possono presentarsi anche in successione tra loro:

- “informale-ricreativo” che rappresenta un comportamento fisiologico;
- “problematico” che rappresenta un comportamento volontario a rischio per la salute fisica - mentale e sociale dell’individuo con necessità di diagnosi precoce e di intervento;
- “patologico” (GAP) che rappresenta una condizione di vera e propria dipendenza comportamentale patologica (malattia neuro-psico-biologica) con compromissione della sfera affettivo-familiare, lavorativa e finanziaria dell’individuo.

Il GAP investe soprattutto le fasce della popolazione che versano in condizioni di maggiore difficoltà economica e con una certa frequenza è associato all’uso di sostanze stupefacenti, all’abuso di alcool e alla co-morbilità psichiatrica, senza considerare gli aspetti del fenomeno che investono il mondo della criminalità organizzata.

Numerosi studi hanno dimostrato l’esistenza di una stretta relazione tra GAP e pensieri suicidi/tentato suicidio/suicidio riuscito.

Il presente Piano di riorganizzazione dell’assistenza territoriale in regione Campania viste le dimensioni e la valenza del problema intende:

- realizzare una rete di assistenza che agisca adottando l’approccio integrato con presa in carico globale dell’assistito;
- prevedere che le attività garantite dai SER.D. (soprattutto accoglienza e consulenza) siano potenziate e qualificate realizzando ulteriori interventi personalizzati, diversificati e coordinati, per la prevenzione - cura e riabilitazione con possibilità di recupero delle persone affette da tale disturbo compulsivo.

9.7.2 – L’osservatorio regionale e aziendale

La Regione tramite l’Osservatorio regionale, istituito con L.R. n. 5/2013:

- garantisce la programmazione e sostiene l’attività di prevenzione e contrasto della dipendenza da GAP nei luoghi di specifico interesse (principalmente di studio, lavoro e ludico-ricreativi);

- rende disponibile per i gestori delle sale da gioco materiale informativo sui rischi e sui servizi di assistenza attivati;
- valorizza e sostiene le iniziative realizzate da Enti, Istituzioni, Associazioni di Volontariato e soggetti del Terzo Settore, non aventi scopi di lucro, che si occupano di GAP;
- assicura con l'attività di monitoraggio, che prevede l'adozione come per le altre forme di dipendenza del Sistema Informativo sulle Dipendenze (SID), lo studio e la conoscenza del fenomeno;
- individua e promuove strategie e interventi innovativi per il controllo del disturbo;
- realizza percorsi formativi per il personale socio-sanitario che fa parte della rete di assistenza;
- collabora con le Forze dell'Ordine.

Le AA.SS.LL. istituiscono l'Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica, con funzione di:

- raccordo con l'Osservatorio regionale e sviluppo degli input ricevuti a livello di ciascuna azienda
- coordinamento e sostegno delle attività di rete
- raccolta dei dati territoriali necessari per assolvere al debito informativo regionale

9.7.3 - Scopi

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

- sviluppare l'attività di prevenzione;
- proteggere la popolazione a rischio;
- contrastare la diffusione del "Gioco d'Azzardo Patologico" e di quello "problematico";
- ridurre la possibilità di cronicizzazione del disturbo;
- impedire i casi di suicidio legati al GAP;
- ostacolare l'uso contemporaneo di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol;
- favorire il recupero del benessere dell'individuo e della sua famiglia;
- arrestare il ricorso al ricovero in strutture fuori regione.

9.7.4 – Importanza dei sintomi "sentinella"

Il presente piano affida alle AA.SS.LL. il compito di promuovere, in integrazione con le agenzie del territorio e le associazioni di settore, una vigorosa e capillare azione di sensibilizzazione ed informazione sulla necessità di individuare ogni possibile condizione di rischio e vulnerabilità, nonché la presenza di sintomi "sentinella" che consentano di porre con tempestività la diagnosi e di intraprendere il trattamento quanto più precocemente possibile.

Tale azione dovrà essere rivolta ai MMG, ai PLS e alle molteplici organizzazioni che, nell'ambito della propria attività, possono venire a conoscenza di comportamenti compulsivi legati al gioco (forze dell'ordine, enti ecclesiastici, società sportive, associazioni di volontariato, ecc).

9.7.5 – L'assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze

L'assistenza alle persone affette da GAP richiede che sia superato l'attuale assetto organizzativo dei Ser.D., focalizzato sulla medicalizzazione degli utenti in carico, attivando ambulatori dedicati dotati di una equipe multi-professionale e multidisciplinare costituita da psicologo, medico, assistente sociale, infermiere e operatore sociosanitario.

Il team opera sin dalla fase di prevenzione effettuata nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e nelle sale da gioco con interventi educativi, campagne di sensibilizzazione e distribuzione di materiale informativo.

Ulteriore azione è rappresentata dall'attivazione di una linea verde per l'ascolto, la consulenza telefonica e il primo orientamento degli utenti. Per i Distretti Sanitari sul cui territorio non insiste alcun Ser.D. tale funzione può essere affidata alla Porta Unica di Accesso (PUA) previa specifica formazione del personale.

Oltre alla attività di prevenzione e informazione l'equipe garantisce l'accoglienza, la diagnosi, la presa in carico e il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che include le attività di:

- supporto di counselling all'utente e alla famiglia
- psicoterapia
- gestione della contestuale dipendenza da sostanze e da alcool
- trattamento della eventuale co-morbilità psichiatrica previa attivazione di specifici protocolli con il DSM.

9.7.6 – Il ruolo delle Associazioni di volontariato e del Terzo settore

Le Aziende, con la collaborazione delle associazioni di volontariato, organizzano gruppi di auto mutuo aiuto e assicurano l'attività di prevenzione delle recidive accompagnando l'utente nel percorso di reinserimento nel proprio contesto familiare, lavorativo e sociale.

Il Terzo Settore effettua anche gli interventi di amministrazione di sostegno e di consulenza legale e finanziaria ai soggetti e alle famiglie colpite da GAP.

9.7.7 – L'attivazione di posti residenziali

La rete di assistenza è completata attivando, in via sperimentale, un'offerta assistenziale di tipo residenziale e semiresidenziale che risponda a specifici requisiti organizzativi e professionali da definire. Tali posti sono destinati ad accogliere, per brevi periodi, (massimo 30/45 gg), gli utenti che presentano necessità di essere allontanati dal proprio contesto di vita, al momento assistiti

fuori regione o in strutture non specifiche per la dipendenza comportamentale.

9.7.8 – Il potenziamento dei servizi e azioni di contrasto alle dipendenze

Con il DCA n. 86 dell'8.8.2016 è stato emanato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche, mirato al potenziamento ed all'implementazione delle azioni di contrasto alle Dipendenze svolte dai Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), con specifici finanziamenti da acquisire mediante apposite proposte tese al raggiungimento dei seguenti obiettivi :

- Potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse umane
- Miglioramento delle condizioni strutturali delle sedi dei Ser.D.. adeguate alla tipologia di offerta assistenziale
- Presenza in tutti i Ser.D. di adeguati strumenti diagnostici
- Aumento numero azioni territoriali di prevenzione universale e selettiva
- Aumento del numero di cittadini che si rivolgono ai Ser.D. con una età inferiore ai 35 a.
- Miglioramento procedure e protocolli di presa in carico con particolare attenzione alle nuove sostanze, ai poliassuntori ed alle nuove dipendenze "senza sostanze"
- Organizzazione ambulatori dedicati per cittadini con dipendenza da Alcool e da Disturbo da Gioco d'Azzardo
- Miglioramento procedure di predisposizione Progetti Personalizzati e relativa verifica esiti, anche attraverso il raccordo con gli Enti Privati provvisoriamente accreditati al fine di ridurre il numero di abbandoni del programma terapeutico da parte dei cittadini in assistenza;
- Miglioramento della rilevazione dei bisogni e conseguente ricalibrazione programmatica dei servizi d'intesa con gli Enti privati provvisoriamente accreditati, i Comuni, le Istituzioni Scolastiche e le associazioni di volontariato e di categoria;
- Miglioramento delle azioni di reinserimento sociolavorativo anche d'intesa con gli Enti privati provvisoriamente accreditati, i Comuni, Imprese, ecc...
- Sistematizzazione protocolli e procedure azioni di Misure Alternative detenuti in stato di tossicodipendenza

9.8 – Le strutture per le Dipendenze

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze, il presente Piano modifica il criterio di determinazione del fabbisogno stabilendo come parametro l'indicatore dello 0,35/1.000 abitanti prendendo a riferimento la popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2015 nella fascia di età 15-64 anni.

L'offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze sono illustrate nelle tabelle seguenti.

Tabella 40 – Offerta residenziale per soggetti con dipendenze

ASL	Istat	Fabb. PL Complessivo	Di cui 60% Resid.	Fabb. RES. 20%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	Fabb. RES. 13%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 3%	PL da attivare 4%	PL da attivare 1%
	Pop. 2015 età 15-64 anni			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			Accoglienza	Doppia Diagnosi	Minori TD	Minori D.D.	Madre Bimbo
Totali	3.925.061	1.374	824	165	401	-236	107	48	59	280	206	25	33	8

Tabella 41 – Offerta residenziale per soggetti con dipendenze

ASL	Istat	Fabb. PL Complessivo	Di cui 40% Semiresid.	Fabb. RES. 20%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	Fabb. Semires. 13%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 3%	PL da attivare 4%
	Pop. 2015 età 15-64 anni			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			Accoglienza	Doppia Diagnosi	Minori TD	Minori D.D.
Totali	3.925.061	1.374	550	110	58	52	71	140	-69	187	137	12	33

Il presente Piano prevede un fabbisogno complessivo, inferiore al precedente periodo di programmazione, di 1.374 pl di cui un 60%, pari a 824 pl, da destinare ad assistenza residenziale ed il restante 40%, pari a 550 pl, da destinare ad assistenza semiresidenziale.

Il fabbisogno complessivo è stato ripartito nelle tabelle per le diverse tipologie assistenziali previste in Regione Campania a normativa vigente con l'indicazione, nel contempo, del numero di posti letto valutati formalmente accreditabili dalle ASL, in attesa di accreditamento definitivo, al fine di poterne far scaturire il quadro sinottico dell'offerta assistenziale in materia e del numero di pl da riconvertire o attivare.

Considerato che nell'area della città di Napoli non risultano attive Comunità Terapeutiche residenziali, il Piano ritiene necessario riservare almeno 20 pl residenziali sul territorio afferente all'ASL Napoli 1 Centro al fine di garantire un equilibrio, su tutto il territorio regionale, della presenza di strutture in materia.

Inoltre, lo stesso ritiene opportuno avviare un percorso di riqualificazione del privato provvisoriamente accreditato, aggiornando i requisiti che disciplinano la presenza di personale qualificato, e ridefinendo le funzioni assistenziali (Terapeutiche, con livello di intensità adeguato al piano personalizzato, e Pedagogiche, attento alla valorizzazione percorso terapeutico svolto promuovendo azioni coerenti di reinserimento socio-lavorativo), agganciando adeguate procedure condivise di conseguente adeguamento tariffario, e definendo protocolli integrati pubblico-privato che garantiscano una corretta valutazione multidimensionale e un adeguato intervento con la necessaria intensità assistenziale.

Nelle tabelle e figure seguenti vengono illustrate le reti delle strutture per le dipendenze (strutture pubbliche e private) e la relativa geolocalizzazione nelle diverse ASL.

Tabella 42 – Le Strutture per le dipendenze nella ASL di Avellino

Nome	Tipologia	Status	Città
Sert Grottaminarda	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Grottaminarda
Sert Avellino	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Avellino
Associazione punto giovani onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Serino
Centro di Solidarietà La Casa sulla Roccia - Avellino	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Avellino
Centro di Solidarietà- La Casa sulla Roccia - Prata Principato di Ultra	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Prata di Principato di Ultra

Figura 29 – La geolocalizzazione delle Strutture per le dipendenze nella ASL AV

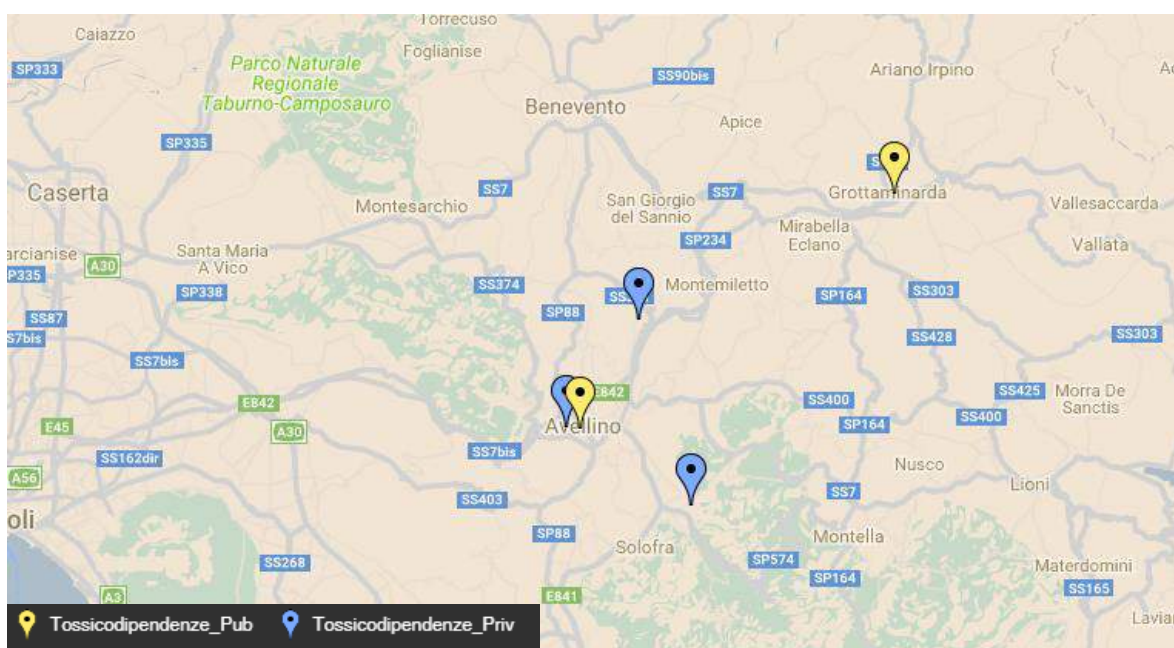


Tabella 43 – La struttura per le dipendenze nella ASL BN

Nome	Tipologia	Status	Città
Sert Benevento	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Benevento
Serto Montesarchio	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Montesarchio
Sert Telesse Terme	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Telesse Terme
Associazione LEO	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Montesarchio

Figura 30 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze nella ASL BN

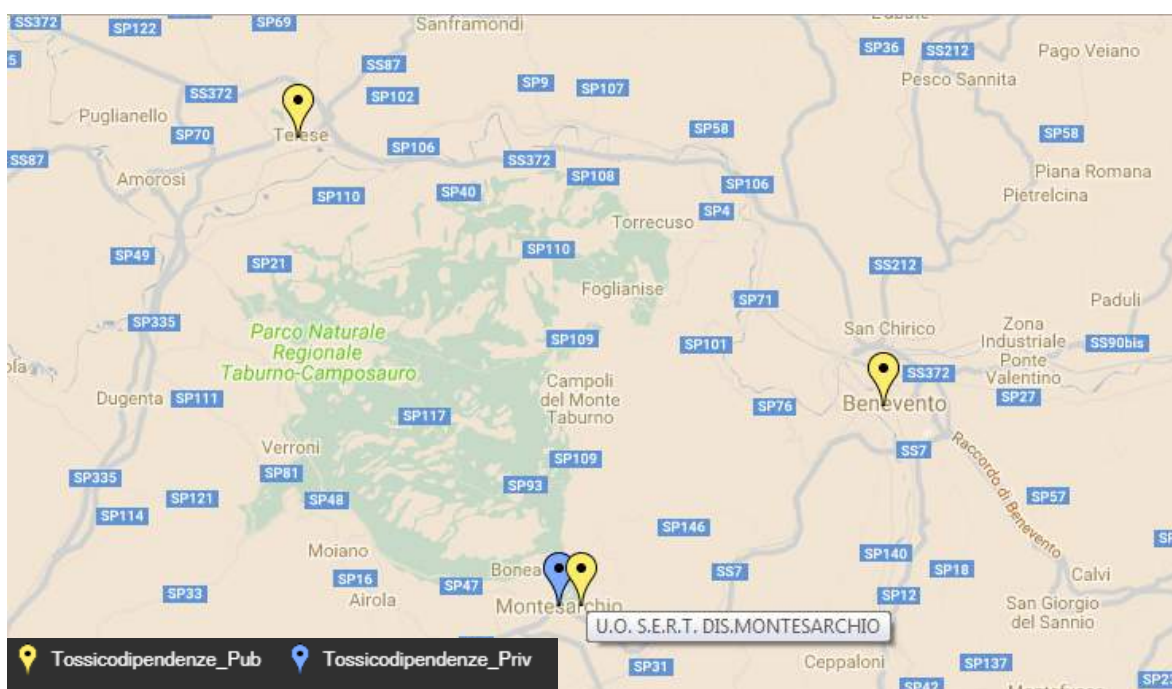


Tabella 44 – Le Strutture per le dipendenze nella ASL di Caserta

Nome	Tipologia	Status	Città
Dis. 34 Sert di Aversa	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Aversa
Dis.39 Sert di Capua	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Capua
Dis. 25 Sert di Caserta	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Caserta
Dis. 27 Sert di Maddaloni	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Maddaloni
Dis. 28 Sert di Teano	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Teano
Dis. 30 Sert di Piedimonte Matese	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Piedimonte Matese
Dis. 33 Sert di Marciariane	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Marciariane
Associazione Centro Le Ali Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Caserta
Associazione Centro Le Ali Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Casolla di Caserta
Associazione Comunità Emmanuel Casa Betania	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Castel Volturno
Associazione Leo	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Valle Di Maddaloni
Associazione Leo	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Caserta

Figura 31 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze ASL CE

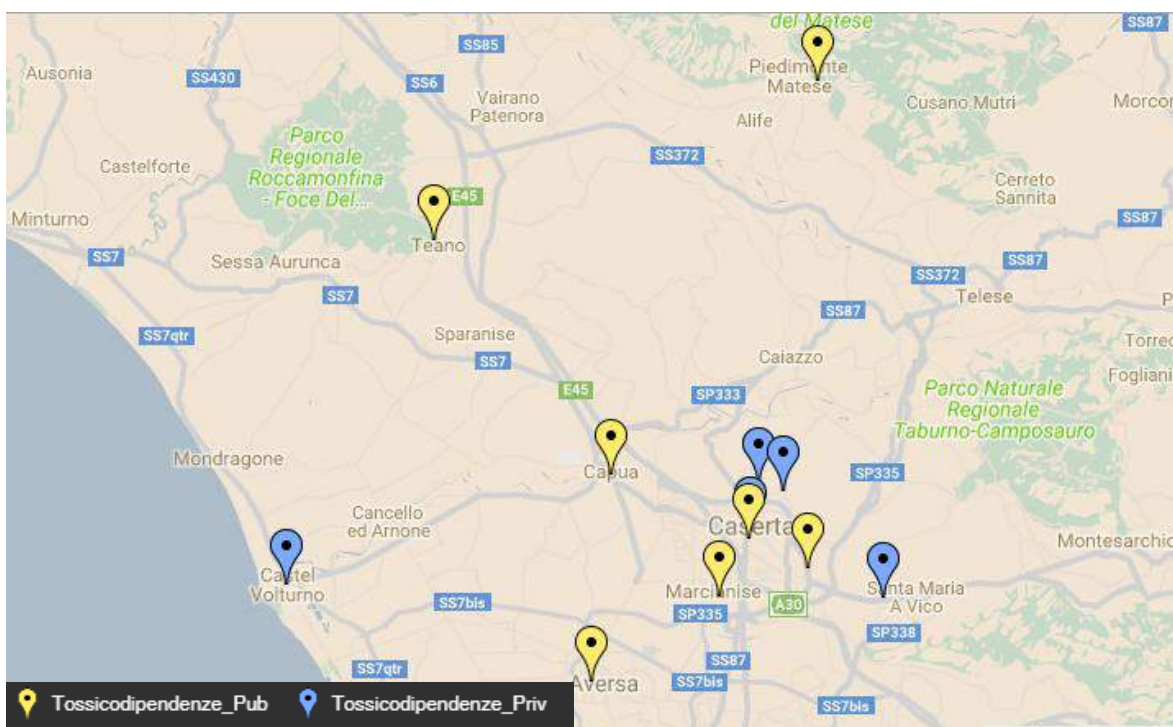


Tabella 45 – La strutture per le dipendenze nella ASL NA1

Nome	Tipologia	Status	Città
Sert Via Manzoni	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Sottopasso Claudio	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Serto Via Scherillo	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Vico I Casanova	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Via Pansini	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Viale della Resistenza	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Via Fonatenelle	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Via Janfolla	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Piazza Mazzini (c/ Ospedale Gesù e Maria)	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Area Penale Poggioreale	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Sert Via dei Mosaici Lotto O	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Napoli
Associazione La Tenda Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Napoli
Associazione Comunità Saman*	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Napoli

* Non Operativo

Figura 32 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze ASL NA1



Tabella 46 – Le strutture per le dipendenze nella ASL NA2

Nome	Tipologia	Status	Città
Sert Acerra	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Acerra
Sert Casavatore	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Casavatore
Sert Giugliano	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Giugliano In Campania
Sert Ischia	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Ischia
Sert Pozzuoli	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Pozzuoli
Sert Sant'Antimo	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Sant'Antimo
Associazione Ban-Carella C.T. La Locanda Del Gigante	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Acerra
Associazione La Scheggia	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Giugliano In Campania
Associazione il Millepiedi	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Casoria

Figura 33 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze nella ASL NA2

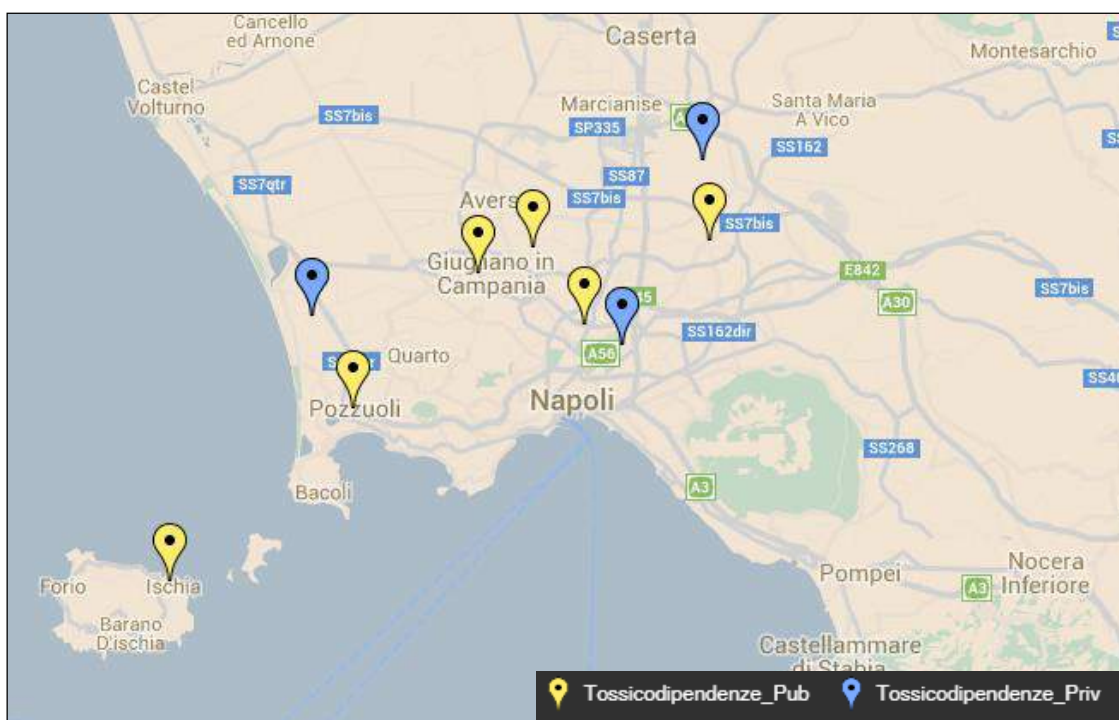


Tabella 47 – Le strutture per le dipendenze della ASL NA3

Nome	Tipologia	Status	Città
Sert di Castellammare	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Castellammare Di Stabia
Sert di Torre Annunziata	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Torre Annunziata
Sert di Torre del Greco	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Torre Del Greco
Sert di Pomigliano	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Pomigliano
Sert di Nola	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Nola
Sert di Somma Vesuviana	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Somma Vesuviana
CERT Nuova Vita Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Castellammare Di Stabia
Associazione Il Poppio Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Somma Vesuviana
Associazione Comunità Terapeutica Maria Fanelli Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Pimonte
Associazione Comunità Terapeutica Maria Fanelli Onlus	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Castellammare Di Stabia
Associazione Il Camino	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Vico Equense

Figura 34 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze ASL NA3

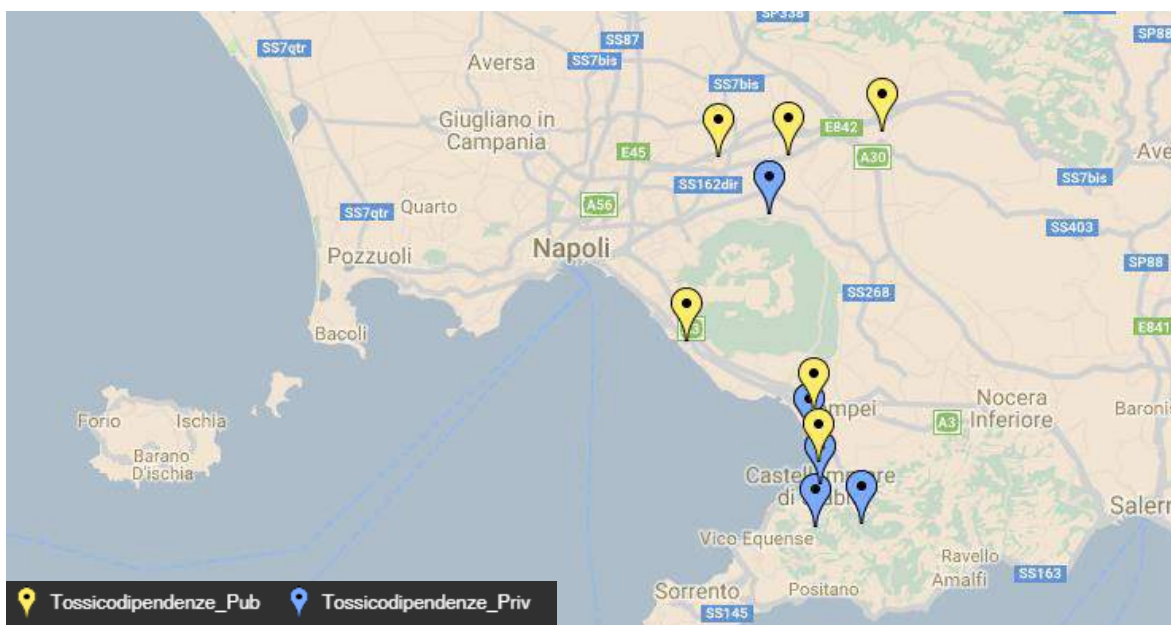
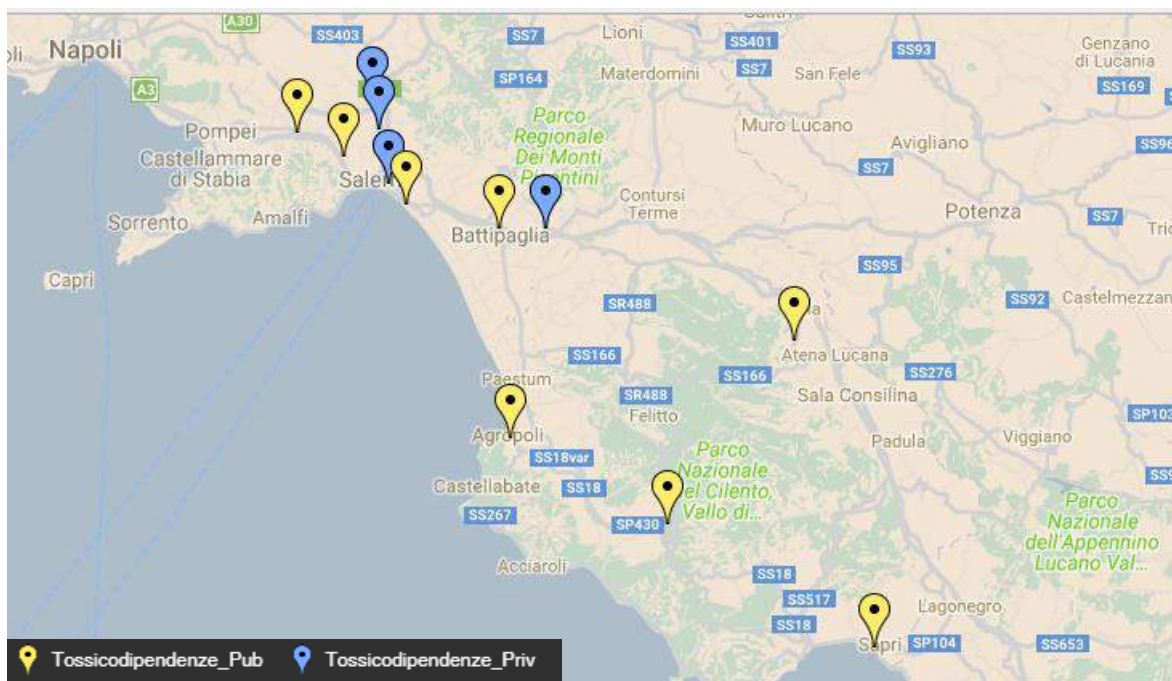


Tabella 48 – Le strutture per le dipendenze della ASL SA

Nome	Tipologia	Status	Città
Dis. 66 Sert Torre Angellara	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Salerno
Dis. 72 Sert di Polla	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Sant'Arsenio
Dis. 65 Sert Battipaglia	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Battipaglia
Dis. 70 Sert Vallo Della Lucania	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Vallo Della Lucania
Dis 69 Sert di Agropoli	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Agropoli
Dis. 71 Sert di Sapri	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Sapri
Dis. 60 Sert si Nocera Inferiore	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Nocera Inferiore
Dis. 63 Sert di Cava De' Tirreni	Centro tossicodipendenze pubblico	attivo	Cava De' Tirreni
Associazione La Tenda sede via L. Ariosto	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Baronissi
Pace E Bene - Comunità Terapeutica Per Tossicodipendenti	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Mercato San Severino
La Pagliuzza - Comunità Terapeutica Per Tossicodipendenti	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Salerno
Associazione Comunità Emmanuel	Centro tossicodipendenze privato	attivo	Eboli

Figura 35 – La geolocalizzazione delle strutture per le dipendenze ASL SA



CAPITOLO 10 - Area delle cure palliative e fine vita

10.1 - I Centri residenziali per le cure palliative - Hospice

10.1.1 - Introduzione

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.

In tale contesto la Regione Campania ha ritenuto strategico costituire una rete integrata di servizi in grado di assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale.

Con il DCA n. 33/2016 è stata confermata la Rete regionale della Terapia del dolore a cui si fa esplicito riferimento per l'assistenza in setting ospedaliero e territoriale.

10.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato

La rete delle cure palliative,¹ in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, 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 che garantiscono ed assicurano l'assistenza di tipo domiciliare e garantiscono la presa in carico dell'utente da parte della rete di assistenza;
- -day hospice

¹ I riferimenti normativi e i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative sono contenuti nel decreto commissariale n.4/2011 e 128/2012, mentre si rinvia al decreto commissariale 1/2013 per l'inquadramento delle cure palliative domiciliari nella cornice del sistema di cure domiciliari.

- strutture residenziali hospice ;
- strutture residenziali e di ricovero ad alta intensità;
- 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 di seguito caratterizzati (casa, Hospice, ospedale, strutture residenziali). L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. L'unitarietà delle cure deve essere garantita dall'Unità di cure palliative-come previsto anche dal d.m. 43/2007- e se essa non è istituita dall'u.o. di cure domiciliari o da chi ha la regia delle cure palliative territoriali, anche attraverso il coordinamento aziendale di cure palliative.

Come ribadito dall'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012, recepita con decreto del commissario 128/2012, Cure Palliative sono rivolte a soggetti affetti da qualunque patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1) durante tutto il decorso della malattia, per ogni età ed in ogni luogo di cura.

I piani di assistenza e di presa in carico devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non-profit ed il settore sociale degli Enti Locali, essi sono realizzati da équipe multi-professionali con personale dedicato di tale équipe è parte integrante il medico di medicina generale. 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 équipe collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute necessarie. La presa in carico del paziente avviene a cura della unità operative di terapia del dolore e cure palliative, e si avvale per l'assistenza domiciliare, delle cure domiciliari per i livelli assistenziali 1 e 2, e di équipe propria per le cure di terzo e quarto livello. Adeguate risorse umane devono essere garantite dalle ASL per la realizzazione di questo segmento di assistenza, anche mutate dalle attività territoriali in riconversione.

Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore "inutile" e la sofferenza che ne deriva fornendo alla

persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

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.

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

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 nella rete locale di cure palliative privi della specializzazione richiesta. Il medesimo decreto ha recepito tra le altre cose anche l'Accordo stato-regioni del 10.07.2014 per l'individuazione delle figure professionali e delle relative competenze, al quale si rinvia per la definizione delle équipes multi-professionali a livello locale.

Lo sviluppo della rete di cure palliative sia a livello regionale sia a livello aziendale deve tenere conto di quanto segue.

- Sviluppo omogeneo della rete residenziale e day hospice
- Regolamentazione dell'apporto delle organizzazioni di volontariato
- Sviluppo di un sistema di indicatori regionali /aziendali a partire dal d.m. 43/2007
- Costante e continua alimentazione dei flussi dedicati
- Formazione e qualificazione delle équipes dedicate

Per lo sviluppo della rete di cure palliative e di terapia del dolore le aziende secondo le indicazioni dei competenti uffici regionali saranno tenute a definire il consueto piano di sviluppo anche a valere sui fondi obiettivo di piano a destinazione vincolata, considerando il principio secondo il quale le cure domiciliari palliative hanno diverse intensità assistenziali e complessità in quanto sono definite "di base" e "specialistiche" e pertanto le risorse e le modalità di erogazione devono essere programmate e definite anche in relazione a tale suddivisione.(CFR. intesa stato-regioni del 25 luglio 2012). Le ASL sono impegnate ad attivare la rete aziendale delle cure palliative entro il 31.03.2017.

10.1.3 – L’uniforme sviluppo territoriale di centri residenziali per le cure palliative

Perché una rete funzioni e non si determinino inappropriately, 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 293. 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, su una popolazione residente al 01.01.2016 di 5.850.850 abitanti.

In Campania risultano attivati o programmati 181 P.L. totali tra pubblici e privati.

Mentre per le ASL di Avellino, Benevento e Caserta si è raggiunta la saturazione del valore programmato, per le AA.SS.LL. Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno risultano da attivare/riconvertire, complessivamente, n. 112 P.L. ripartiti tra le 4 Aziende come riportato nella tabella che segue:

Tabella n. 49: posti letto Hospice carenti per ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE	N. POSTI LETTO CARENTI
A.S.L. Napoli 1 Centro	16
A.S.L. Napoli 2 Nord	31
A.S.L. Napoli 3 Sud	42
A.S.L. Salerno	23

Il presente piano, pertanto, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, nel ritenere che la realizzazione dei P.L. Hospice ancora mancanti risulti irrinunciabile al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, la qualità delle cure, la loro appropriatezza e l'equità di accesso all'assistenza nelle diverse aree della regione, stabilisce che le 4 AA.SS.LL. interessate attivino i Centri residenziali per le cure palliative-Hospice adulti presso le sedi indicate nella tabella seguente, individuate avendo a riferimento i seguenti criteri:

- attuale percentuale di copertura del fabbisogno in ciascuna Azienda;
- distribuzione territoriale dei Centri residenziali di cure palliative già funzionanti;
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire;
- disponibilità di immobili o parte di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati.

10.1.4 – La rete di assistenza al 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. La stessa norma nazionale rivolge particolare attenzione al paziente in età evolutiva quale soggetto portatore di specifici bisogni che richiedono risposte adeguate alle esigenze del piccolo assistito e della sua famiglia.

Come si legge nella recente 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.

Per il paziente pediatrico la rete di cure palliative e terapia del dolore coincide, così come indicato dagli atti normativi regionali, ispirati alla normativa di riferimento nazionale, pertanto lo sviluppo delle due reti di assistenza deve essere armonico e contestuale.

I soggetti e le strutture che assicurano la rete di assistenza ai pazienti in età pediatrica sono i seguenti²:

- 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

Attore principale della rete di assistenza al paziente pediatrico è il pediatra di libera scelta, che è la figura principale intorno alla quale ruota la assistenza in età pediatrica, soprattutto nei casi di presa in carico domiciliare e al quale si chiede con il coinvolgimento delle altre figure infermieristiche e specialistiche di mantenere la regia dell'assistenza.

Per l'Hospice pediatrico, il fabbisogno definito (cfr dca 128/2012) è una struttura

² Riferimento normativo regionale è il decreto commissariale n.4/2011 , 1285/2012 e decreto 22/2015 istitutivo della rete di hub & spoke per la terapia del dolore.

ogni 2 - 2,5 milioni di abitanti con un dimensionamento ideale di 4-6 posti letto, anche se sono accettabili ovvero economicamente sostenibili strutture di dimensioni maggiori, fino ad un massimo di 12 posti letto su base regionale.

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, completando il programma già previsto ed avviato con i fondi a destinazione vincolata anno 2012-2013.

Inoltre, il DCA n. 33 del 17.05.2016 prevede che la ASL Napoli 3 Sud attivi un Centro residenziale di cure palliative pediatriche presso il P.O. di Torre del Greco.

La struttura residenziale per minori è considerata al pari di quella per adulti una struttura territoriale, per la quale è prevista la tariffa specifica ed è organizzata come una casa per bambini in cui sono rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accolte le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture ed interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove essa insiste.

10.1.5 – Scopi

Il completamento della rete delle cure palliative del paziente adulto e pediatrico persegue le seguenti finalità:

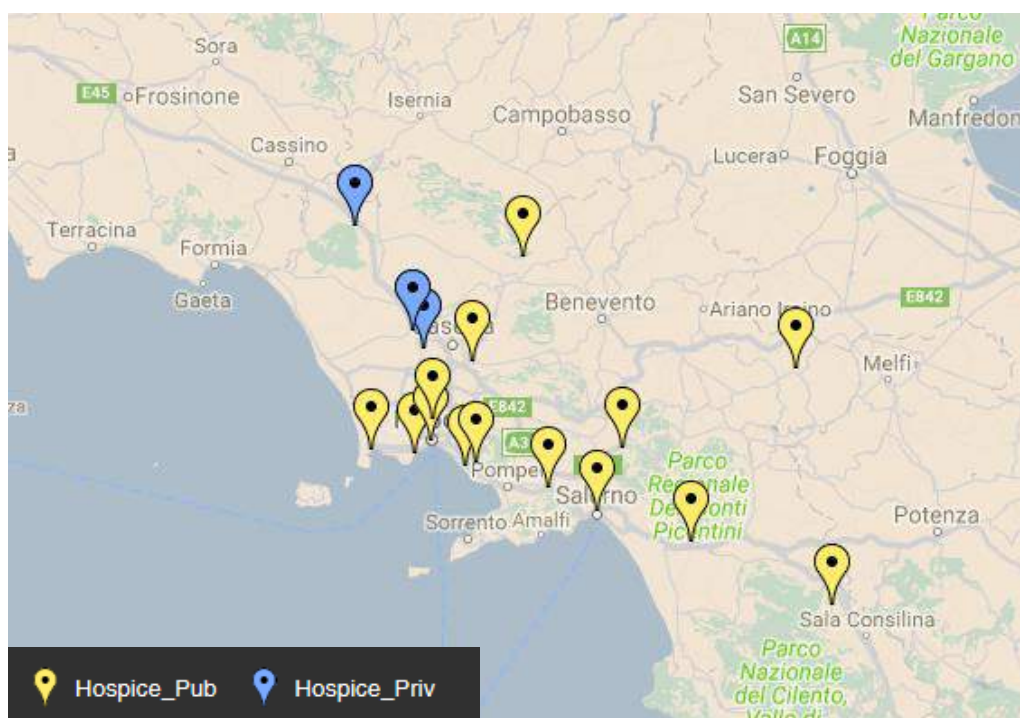
- raggiungere lo standard previsto di posti letto attivi di Centri residenziali per le cure palliative per ciascuna ASL della regione Campania;
- garantire pari opportunità di accesso nell'ambito della rete di cure palliative;
- assicurare l'appropriatezza del luogo di cura riducendo i ricoveri impropri;
- tutelare la dignità della persona malata sia in età adulta che pediatrica;
- promuovere la qualità della vita con adeguato sostegno sanitario e socioassistenziale alla persona malata e alla famiglia;
- assicurare la continuità assistenziale nelle diverse fasi della malattia.

Nella tabella e figura seguente è evidenziata la rete complessiva degli Hospice programmata

Tabella n. 50 – Le strutture Hospice

ASL	Nome	Tipologia	Status	Città
AV	Hospice di Solofra	Hospice pubblico	attivo	Solofra
AV	Hospice di Bisaccia	Hospice pubblico	attivo	Bisaccia
BN	Hospice di Cerreto Sannita	Hospice pubblico	in programmazione	Cerreto Sannita
CE	Villa Fiorita s.p.a	Hospice privato	attivo	Capua
CE	Hospice Nicola Falde Spa	Hospice privato	attivo	Santa Maria Capua Vetere
CE	CdC S. Anna S.r.l.	Hospice privato	attivo	Tora e Picilli
CE	Hospice di S.Felice a Cancellò	Hospice pubblico	in programmazione	San Felice a Cancellò
NA1	Hospice Ascalesi	Hospice pubblico	in programmazione	Napoli
NA1	Hospice pediatrico Santobono	Hospice pediatrico pubblico	da potenziare	Napoli
NA2	Hospice di Casavatore	Hospice pubblico	attivo	Casavatore
NA2	Hospice PO S.Maria delle Grazie di Pozzuoli	Hospice pubblico	in programmazione	Pozzuoli
NA3	Hospice adulti PO Torre del Greco	Hospice pubblico	in programmazione	Torre del Greco
NA3	Hospice pediatrico PO Torre del Greco	Hospice pubblico	in programmazione	Torre del Greco
SA	Hospice di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	attivo	Sant'Arsenio
SA	Hospice "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	attivo	Eboli
SA	Hospice La casa di Laura	Hospice pubblico	attivo	Salerno
SA	Hospice di Pagani	Hospice pubblico	in programmazione	Pagani

Fig. 36 – La geolocalizzazione delle strutture Hospice



CAPITOLO 11 – AREA MEDICINA LEGALE

11.1 – Le modifiche di attività

L'Area Medicina Legale ha il compito di assicurare il governo tecnico ed il corretto svolgimento delle attività certificative medico-legali, sia collegiali sia individuali riportando ad unitarietà la loro gestione e realizzando il più efficace ed efficiente impiego delle risorse.

Fornisce consulenza alla Direzione Sanitaria delle ASL e a tutti gli operatori sanitari per le problematiche con risvolti medico-legali in tutti gli ambiti. La Medicina Legale territoriale può essere di supporto alle Direzioni Sanitarie di Presidio delle ASL in particolare sul tema relativo all'acquisizione del consenso informato, alla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria e alla responsabilità professionale sanitaria.

L'Area della Medicina Legale negli ultimi anni ha subito, tuttavia, una forte contrazione di attività con il passaggio sperimentale all'INPS (non avvenuto per tutte le ASL) delle attività di valutazione relative ai percorsi di invalidità civile, handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone disabili, ecc. e di tutto quanto correlato, nonché per le attività di Medicina Fiscale per la necessaria corresponsione economica di quanto dovuto dagli Enti richiedenti, in tempi di spending review.

L'attuale protocollo sperimentale di intesa tra la Regione Campania e l'INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile è in fase di conclusione e di successiva valutazione, anche per quanto riguarda la ripartizione degli oneri connessi al Protocollo. Eventuali, successive determinazioni regionali dovranno essere tenute in conto necessariamente nella rimodulazione dell'organizzazione.

11.2 – Le funzioni attuali

Attualmente la Medicina Legale territoriale svolge compiti di tipo ambulatoriale e territoriale:

- Territoriale
 - visite medico-legali richieste dall'Autorità Giudiziaria
 - accertamenti necroscopici ai sensi del DPR 285/90
 - visite fiscali
 - certificazioni per lo stato di elettore fisicamente impedito
 - valutazioni relative ai percorsi di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, disabilità ed handicap per le ASL della Provincia di Napoli ancora non transitate nella fase sperimentale.
- Ambulatoriale, a richiesta dell'utenza

- Idoneità psicofisica alla guida (autoveicoli e natanti)
- Idoneità psicofisica all'attività lavorativa e cessione V stipendio
- Idoneità psicofisica al porto ed alla custodia di armi
- Certificazioni varie (concessione contrassegno invalidi, esenzione uso cinture di sicurezza, computo giorni di malattia per grave patologia)
- Esami tempi di reazione semplici e complessi

Ogni Azienda dispone l'istituzione di un Collegio Medico-Legale per la Medicina Valutativa.

11.3 – Le nuove funzioni

Le ridotte attività possono essere compensate, nel mantenimento di una professionalità acquisita e delle risorse disponibili, dall'assegnazione a questa Area di nuove funzioni, quali la consulenza a varie UU.OO. per la Gestione del Rischio correlato alle attività sanitarie, nella gestione del contenzioso extragiudiziale e giudiziale per le strutture del SSR.

CAPITOLO 12 – LA SANITA' PENITENZIARIA

12.1 - Premessa normativa

Con il D.lgs. n. 230/1999 e a partire dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, le funzioni di Sanità Penitenziaria, svolte fino a quella data dal Ministero della Giustizia, sono state trasferite ai Servizi Sanitari delle Regioni: queste ultime ne assicurano l'espletamento tramite le Aziende Sanitarie nel cui ambito territoriale sono ubicati gli Istituti Penitenziari, rendendo, di fatto, l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta e gli spazi negli Istituti dedicati ad essa, un ambito sanitario a tutti gli effetti, soggetto quindi alle leggi e ai regolamenti propri del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali.

Attenendosi al diritto alla salute costituzionalmente sancito e al principio di uguaglianza tra le persone private della libertà e i cittadini liberi, con questo documento la Regione Campania individua le linee organizzative ritenute appropriate per assicurare la Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari.

Il presente Piano fornisce chiara indicazione programmatica alla identificazione, nelle ASL sul cui territorio insistono strutture penitenziarie, per adulti e minori, che tale ambito assistenziale vada esplicitamente configurato come ambito assistenziale trasversale, assorbendo sia la funzione assistenziale ospedaliera che territoriale, e pertanto collocato nella dimensione della Direzione Strategica, in diretta connessione con la Direzione Sanitaria.

Si rinforza qui il concetto che l'assistenza in ambito penitenziario venga svolta nella dimensione distrettuale di riferimento, e pertanto, l'articolazione aziendale "Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari" si raccordi, per ciascun Istituto con il Direttore del Distretto territorialmente competente. Ove in una ASL fosse insediato un unico Istituto penitenziario, la funzione "Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari" può essere affidata anche al Direttore del Distretto di riferimento.

Pertanto le attività di medicina generale o pediatrica, le attività specialistiche, diagnostiche, le prestazioni farmaceutiche, di salute mentale, di igiene e medicina preventiva, di medicina legale, di prevenzione e cura delle dipendenze, rientrano nei compiti della indicata articolazione aziendale che si raccorderà con le rispettive articolazioni specialistiche anche dipartimentali per il governo clinico delle attività assistenziali penitenziarie.

Questo modello fornisce omogeneità ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie, pur nella specificità del regime di restrizione della libertà individuale.

Come previsto dai livelli essenziali di assistenza nazionali contenuti nella programmazione strategica regionale in ambito sanitario e sociosanitario, anche negli istituti penitenziari vengono svolte le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, terapia e riabilitazione.

Al fine di armonizzare la tutela della salute delle persone private della libertà, con le esigenze di sicurezza, questo documento riconosce e sostiene l'indispensabile

collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e Amministrazione Penitenziaria.

12.2 - L'organizzazione

Le Aziende sanitarie sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute e, a tal fine, mettono in campo la propria organizzazione, in particolare attraverso i servizi distrettuali, i servizi di salute mentale, i servizi per le dipendenze e i Dipartimenti di prevenzione, le aree Farmaceutiche. Come già indicato, viene individuata per ciascuna Azienda, sul cui territorio è presente un istituto, un'articolazione aziendale di Tutela della Salute negli Istituti penitenziari. Essa eroga l'assistenza sanitaria garantendo la continuità assistenziale, con modalità di lavoro multidisciplinare prevedendo l'integrazione degli interventi. Ove la popolazione ristretta fosse numericamente rilevante e, quindi, l'attività farmaceutica a servizio dell'articolazione aziendale di particolare rilevanza, anche di tipo economico, può essere prevista una specifica funzione di Farmacia in area Penitenziaria per la gestione del farmaco.

Il responsabile della articolazione dedicata si raccorda con i Direttori di Distretto e di Dipartimenti, sulla base delle linee di indirizzo e degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale, definisce attività, percorsi e processi che attengono la salute della popolazione detenuta coordinandosi con gli altri servizi aziendali che svolgono attività a favore dei detenuti.

Ogni sforzo deve essere attuato dalle ASL per garantire l'erogazione delle prestazioni medico/diagnostico/assistenziali all'interno delle strutture penitenziarie, riducendo al massimo le traduzioni dei detenuti verso le strutture esterne. Ciò permette l'erogazione dell'assistenza ai detenuti con maggiore rapidità.

Un adeguamento tecnologico delle dotazioni strumentali degli istituti penitenziari deve essere programmato entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente documento.

Negli istituti femminili e minorili vanno previsti adeguati programmi di assistenza medico/specialistica per donne e minori.

12.3 - La presa in carico

Le prestazioni di sanità penitenziaria attualmente dovute dal servizio sanitario regionale attengono principalmente all'assistenza primaria e specialistica e sono definite come:

...funzioni riconducibili all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai detenuti che, a norma dell'art. 1 comma 1 del D.lgs. 230/1999, "hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

Tali prestazioni vengono rese in regime di iscrizione al servizio sanitario nazionale

e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa, subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche e all'osservanza del Codice Deontologico.

Inoltre attengono al servizio sanitario regionale eventuali prestazioni di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, come a titolo di esempio prestazioni odontoiatriche).

Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad erogare le prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, di cui alle convenzioni locali. Tale ulteriore attività rende ragione della complessità e della numerosità degli utenti in carico a questo specifico settore di assistenza.

L'organizzazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve prevedere la presa in carico della persona detenuta, la gestione integrata e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria, durante la permanenza, nel caso di trasferimento e al momento del rilascio.

12.4 - L'offerta sanitaria

L'offerta sanitaria si sviluppa secondo un modello assistenziale che tiene conto dei passaggi principali del percorso dei detenuti, ovvero:

- Fase di accoglienza
 - Formulazione di un programma clinico assistenziale individuale (che prevede la valutazione dello stato di salute e le attività di promozione e prevenzione, il monitoraggio delle condizioni di salute, in particolare se il detenuto presenta una patologia cronica) condiviso tra sanitari e persone detenute.
- Periodo di detenzione
 - Attuazione del programma clinico
 - Cura delle eventuali patologie acute insorte
- Dimissione
 - Viene perseguito l'approccio della medicina di iniziativa che prevede la presa in carico proattiva dei detenuti e un approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

L'attività sanitaria è attuata attraverso i medici che assicurano l'assistenza primaria, gli specialisti, il personale infermieristico e altri professionisti dell'Azienda.

Le attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura sono erogate

prevalentemente all'interno degli istituti penitenziari e, se necessario, in luoghi esterni di cura (anche in relazione all'utilizzo di specifiche apparecchiature e attrezzature necessarie per l'atto medico), in conformità alla normativa vigente, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.

Le persone detenute, al pari dei cittadini in stato di libertà, accedono al livello assistenziale più adeguato e alla struttura più appropriata per livello di specializzazione e tecnologia secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE".

Tutte le prestazioni assistenziali garantite all'utente non ristretto devono, nel rispetto degli specifici vincoli di detenzione, essere altresì garantite ai cittadini ristretti.

Gli operatori sanitari agiscono, altresì, nel rispetto delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal suo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno d'istituto, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dalle Direzioni degli istituti penitenziari in materia di sicurezza.

Con esso, assieme alle funzioni, sono state trasferite al Fondo sanitario nazionale e ai Fondi sanitari regionali le risorse, le attrezzature, il personale, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie nelle carceri, sebbene il tutto risulti, almeno in questa regione, desueto.

Un rilevante investimento in termini di adeguamento tecnologico, adeguamento normativo, apertura di nuove attività ambulatoriali è obiettivo delle ASL con Istituti di detenzione sul proprio territorio, nel perseguimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia anche in questo segmento dell'assistenza, ad elevata complessità organizzativa.

Nell'ambito del Piano Ospedaliero, di cui al DCA n. 33/2016, lo specifico Capitolo sulla Sanità Penitenziaria individua i luoghi di cura in regime ospedaliero che completano l'offerta sanitaria regionale in area penitenziaria.

CAPITOLO 13 – Area della farmaceutica territoriale

La farmaceutica territoriale trova il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed attualizzata ai reali bisogni di salute.

Il baricentro del Servizio sanitario nazionale (SSN) si va spostando dall'ospedale al territorio, in particolare, per quanto alla gestione delle cronicità e delle fragilità, oltre che alle prestazioni sanitarie di base. In questo contesto, l'assistenza farmaceutica territoriale deve assolvere ad un compito trasversale sul territorio di competenza per l'uniformità delle procedure e la garanzia di equità dell'offerta e dell'accesso alla cura; deve inoltre svolgere un'attività capillare calata nelle diversità distrettuali del territorio di competenza ricoprendo ruolo di unità organizzativa importante e pienamente partecipe del sistema integrato e sinergico per la realizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, rappresentato dal Distretto Sanitario.

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale inerisce la programmazione e la gestione sul territorio di tutti i processi che riguardano direttamente o indirettamente il Farmaco ed il Dispositivo Medico e tutti i prodotti correlati alla cura quali Alimenti ed Integratori dedicati a fini medici speciali; deve essere coinvolta, pertanto, in tutti i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che esitano nella erogazione o nella somministrazione di una cura che coinvolge i suddetti elementi, non solo nella fase di approvvigionamento e distribuzione, ma anche attraverso un attento processo di programmazione, a partire dalla formulazione del budget e l'elaborazione dei fabbisogni, operando nella massima integrazione sinergica con le altre componenti dell'offerta sanitaria, ed offrendo un contributo sostanziale al monitoraggio delle prestazioni ai fini di controllo e programmazione.

Il Territorio del Distretto Sanitario costituisce l'ambito strategico-istituzionale in cui realizzare, direttamente o per il tramite dei soggetti convenzionati, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale e la gestione del rischio clinico connesso.

L'intera Area è deputata a funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale attraverso l'articolazione delle strutture farmaceutiche insistenti nei Distretti Sanitari della A.S.L. e rivolta ai cittadini secondo disposizioni di Legge Nazionali e Regionali; nell'ambito del distretto di competenza si occupa di erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001, D.G.R.C. 93/2007, etc.), di distribuzione di farmaci, dispositivi medico chirurgici, vaccini, reagenti e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, strutture residenziali, strutture carcerarie, Hospice, di assistenza domiciliare, della gestione dei farmaci Off-Label e del periodico controllo degli armadi di reparto. Opera in applicazione agli indirizzi del Dipartimento di appartenenza di concerto ed in collaborazione con i servizi

distrettuali delle cure primarie e con la farmaceutica territoriale e convenzionata. Le attività storicamente attribuite e consolidate per l'assistenza farmaceutica, sono rappresentate da:

- Preparazioni galeniche;
- Vigilanza sulle farmacie;
- Farmaceutica Convenzionata;
- Gestione del magazzino e distribuzione (logistica di supporto);
- Gestione procedure amministrativo-contabili;
- Alimentazione flussi informativi;
- Informazione ed educazione al corretto uso del farmaco e del DM.

A queste si affiancano oggi attività legate all'evoluzione costante di ruolo svolto dall'assistenza farmaceutica, quali:

- pianificazione e controllo economico (Prontuari Aziendali, budget, monitoraggio, etc.);
- valutazione sistematica delle tecnologie (HTA);
- controllo appropriatezza prescrittiva ed audit;
- rilevazione terapie farmacologiche ed assessment e pharmaceutical care;
- distribuzione Diretta (L405/01 e succ. mod. e integr);
- distribuzione per conto;
- farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia;
- formazione;
- farmacovigilanza, dispositivovigilanza e cosmeticosorveglianza;
- vigilanza sui depositi farmaceutici, sulle Parafarmacie e sugli stabilimenti produttori di alimenti per celiaci
- qualità e Controllo del rischio (procedure, protocolli, PDTA e Standard)
- partecipazione a tutti i percorsi di integrazione assistenziale Ospedale-Territorio
- partecipazione ai processi delle UCAD e delle Unità di Valutazione integrata.

Le attività di Farmaceutica Territoriale sono, ovviamente sempre indirizzate al paziente, sia che vengano erogate direttamente, al domicilio o nelle Strutture Aziendali residenziali e semiresidenziali, sia che vadano a servire le prestazioni rese al paziente dalle UUOO distrettuali.

Tali attività devono tuttavia essere organizzate distinguendo le funzioni che le caratterizzano secondo la peculiarità e la complessità delle stesse; assicurando una visione unitaria ed integrata delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo ed un'attività assistenziale, distintamente declinata nelle complesse componenti di Assistenza Farmaceutica Convenzionata ed Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Tutta l'Assistenza Farmaceutica Territoriale deve essere gestita dai Servizi Farmaceutici Territoriali, assicurando in tal modo l'accesso del paziente alla struttura Ospedaliera solo per i motivi che attengono al ricovero, nelle sue diverse forme, ed alla dimissione, consentendo alla Farmacia Ospedaliera di svolgere a pieno le funzioni correlate al core-business della struttura di appartenenza nonché l'erogazione del primo ciclo terapeutico e la collaborazione alle diverse forme di continuità assistenziale ospedale-territorio.

E' necessaria un'azione di razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività svolte dai Servizi Farmaceutici Territoriali, distinte attraverso aggregazioni funzionali che consentano economie di scala, nonché l'ottimizzazione delle risorse attraverso adeguati percorsi, e il miglioramento continuo dell'assistenza farmaceutica opportunamente integrata nella complessità assistenziale.

L'aggregazione funzionale dei magazzini farmaceutici costituisce una soluzione logistica di comprovata validità funzionale ai fini della razionalizzazione degli approvvigionamenti nonché ai fini di monitoraggio e controllo, richiedendo tuttavia, una reingegnerizzazione dei percorsi e dei trasporti, con adeguati investimenti in organizzazione e strutture da recuperare sul medio-lungo termine.

L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima capillarità, quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse; il paziente deve pertanto essere al centro dell'offerta cui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni, in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali.

CAPITOLO 14 - L'utilizzo della programmazione dei fondi strutturali europei 2014 – 2020 e dei finanziamenti europei diretti

14.1 - Introduzione

Il presente Piano di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, per la realizzazione delle strutture ivi programmate, stabilisce di ricorrere ai finanziamenti previsti nella *programmazione della Regione Campania 2014 – 2020 in relazione al settore socio sanitario ed, in particolare, alla riorganizzazione delle cure primarie e territoriali*. Lo stesso definisce, altresì, di ricorrere anche ai finanziamenti europei diretti maggiormente orientati alla gestione delle attività (es. Terzo Programma Health, Horizon 2020, etc.).

A tal fine si ritiene opportuno:

- inquadrare il contesto di riferimento;
- effettuare una sommaria ricognizione delle linee programmatiche della Regione Campania al fine di verificarne la coerenza con lo sviluppo delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) esistenti e con l'attivazione di ulteriori UCCP in ambito regionale nonché con la realizzazione di altre tipologie di strutture territoriali quali: hospice, ospedali di comunità, residenze sanitarie assistite, speciali unità di accoglienza permanente, strutture per i disturbi del comportamento alimentare, ecc.;
- individuare le *procedure attuative* per la realizzazione degli interventi.

14.2 - Il contesto di riferimento

Il settore socio-sanitario, totalmente assente nella programmazione dei fondi strutturali del ciclo 2000-2006, è stato contemplato per la prima volta nella programmazione 2007-2013.

In particolare, la Regione Campania, con i fondi del *PSR 2007-2013 - misura 321*, ha finanziato i *progetti sperimentali UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio*, la cui realizzazione ha potenziato l'offerta sanitaria preesistente con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita delle popolazioni di alcune aree rurali.

L'Ente beneficiario del finanziamento è stato l'ASL Benevento, che ha gestito i servizi per la realizzazione e l'avviamento delle UCCP in collaborazione con la Cooperativa Samnium, ai sensi della normativa vigente.

In tale contesto, partendo da quanto conseguito nel precedente ciclo di programmazione e coerentemente con il processo di innovazione nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari territoriali, la Regione Campania intende *realizzare le AFT, implementare ulteriori servizi nelle UCCP esistenti e attivare nuove UCCP nelle Aziende Sanitarie della regione, nonché, realizzare le ulteriori strutture intermedie* previste dal presente Piano.

Le esperienze di *governance* nell'implementazione di reti di servizi, maturate con la misura 321 del PSR 2007 - 2013, rappresentano un modello replicabile e funzionalmente integrabile con altri interventi nell'ambito di un disegno comune di sviluppo. Esse sono state inserite nelle "best practises" delle opere finanziate dall'Unione Europea e, per tale motivo, la Regione ha previsto specifici programmi di finanziamento nella nuova programmazione.

I suddetti progetti sperimentali, UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio, sono stati oggetto di una ricerca condotta dal Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II nell'ambito delle attività dei Master di I livello in "Management e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari" e del Master di II livello in "Direzione, Management e Coordinamento delle Strutture Sanitarie, Sociali e Socio-Assistenziali Territoriali".

14.3 - Le linee programmatiche

La riduzione delle risorse e l'esigenza di preservare la salute dei cittadini come bene primario, in un quadro di contenimento della spesa pubblica e di ridefinizione dell'assistenza territoriale, fanno sì che il ricorso ai fondi comunitari rappresenti una concreta opportunità per supportare la riorganizzazione del settore sanitario.

Il presente Piano, al fine di evitare le difficoltà che si incontrano nelle gestioni frammentarie e disarticolate di fondi di diversa provenienza, riunifica in un sistema di *governance* coordinato la gestione e l'utilizzo di tutti i fondi individuando quale ambito di intervento il settore sanitario che costituisce quello a maggior impatto sul bilancio regionale.

In altri termini, è necessario che la programmazione strutturale, al di là di ogni considerazione sull'addizionalità della spesa e sulla possibilità ed opportunità di utilizzare risorse aggiuntive anche per la copertura di spese ordinarie o di funzionamento, rientri in una strategia di sviluppo regionale che preveda una programmazione unitaria entro cui collocare in maniera convergente tutti gli strumenti e le risorse disponibili al fine di massimizzarne il valore aggiunto.

In linea con quanto sopra, il periodo di programmazione 2014 – 2020, nel complesso, offre notevoli opportunità per il settore della sanità.

Il Regolamento (UE) n. 1303/2013 recante disposizioni comuni sui Fondi Strutturali individua, all'art. 9, gli 11 obiettivi tematici (OT) che delineano la Strategia Europa 2020, di cui tre risultano rilevanti per il settore della sanità:

- *l'OT 2 "migliorare l'accesso, l'utilizzo e la qualità delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC)", che prevede azioni per la digitalizzazione dei processi amministrativi e la diffusione di servizi digitali della PA offerti a cittadini e imprese (in particolare nella scuola, nella sanità e nella giustizia). L'obiettivo è quello di digitalizzare l'informazione utilizzando i software già in dotazione ai medici di medicina generale e ai*

Pediatri di libera scelta interfacciandoli tra loro e con le infrastrutture digitali delle ASL, delle Strutture accreditate e dei Comuni/Uffici di Piano con l'obiettivo di realizzare un'unica rete;

- l'OT 9 "promuovere l'inclusione sociale e lottare contro la povertà e qualsiasi discriminazione" che prevede, tra le altre, azioni di potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali;
- l'OT 11 "migliorare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e dei soggetti interessati e conseguire una pubblica amministrazione efficiente".

L'architettura della politica di coesione 2014 – 2020 prevede un *Quadro Strategico Comune* per tutti i Fondi strutturali e di investimento: il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), il Fondo sociale europeo (FSE), il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (PSR), il Fondo di coesione e il Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca.

Partendo da tale presupposto, la Regione Campania, in una logica di integrazione, definisce i programmi FESR, FSE e PSR adottando il principio della concentrazione di risorse sulle stesse priorità strategiche attraverso l'articolazione di obiettivi tematici, linee di intervento e azioni operative.

Le priorità strategiche trasversali del programma di governo della Regione Campania che concorrono alla realizzazione della strategia Europa 2020 sono: la competitività, l'innovazione, i giovani, l'ambiente, i trasporti, il turismo e l'inclusione le quali delineano le seguenti linee di intervento:

- Campania Regione Innovativa;
- Campania Regione Verde;
- Campania Regione Solidale.

Nell'ambito di quest'ultima linea, la programmazione regionale 2014 – 2020 prevede una serie di interventi che, partendo dal presupposto di dover *umentare il livello di qualità della vita dei cittadini*, considerano aspetti che vanno dal riordino e riorganizzazione del sistema sanitario, allo sviluppo e promozione dei servizi alla persona, alle azioni che promuovono l'occupazione, l'inclusione sociale e il livello di istruzione.

Per tali finalità, la Regione Campania, pur considerando compatibili i tre obiettivi tematici (OT 2, OT 9, OT 11), ritiene prioritario l'OT 9 al quale ha destinato specifiche risorse.

Nell'ambito del Programma FESR, l'Asse VIII "Inclusione sociale" prevede:

- la promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, sanitari, culturali e ricreativi e il passaggio dai servizi istituzionali ai servizi territoriali di comunità;
- la riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo;

- l'aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e il miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità.

In particolare, la Regione Campania, considerato il fabbisogno necessario per realizzare il processo di innovazione dei servizi socio-sanitari ha:

- selezionato la priorità di investimento 9a: investire nell'infrastruttura sanitaria e sociale in modo da contribuire allo sviluppo nazionale, regionale e locale, alla riduzione delle disparità nelle condizioni sanitarie, alla promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi nonché al passaggio dai servizi istituzionali ai servizi locali
- individuato l'obiettivo specifico 9.3: aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

In tale contesto, l'azione individuata è rappresentata dal potenziamento dei servizi sanitari territoriali non ospedalieri attraverso:

- la ristrutturazione di edifici esistenti e/o la realizzazione di strutture da adibire a presidi territoriali non ospedalieri;
- il sostegno all'erogazione dei servizi sanitari, mediante l'allestimento di "presidi sanitari diffusi" in edifici pubblici inutilizzati o sottoutilizzati;
- l'attività di monitoraggio (del funzionamento e della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali) e di formazione rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari, in relazione all'area dell'integrazione socio-sanitaria e della riorganizzazione dei servizi di assistenza territoriale; per tali attività, il presente Piano riconosce il ruolo di attore privilegiato alle Università, in considerazione della mission formativa che esse ricoprono.

Relativamente all'inclusione sociale, il presente Piano individua il FSE che attraverso l'Asse 2 "inclusione sociale e lotta alla povertà" seleziona la priorità di investimento 9iv - *miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale* - che si pone l'obiettivo di garantire una vita dignitosa a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza, con particolare riferimento ai soggetti privi di sostegno familiare.

Per il perseguimento dell'obiettivo specifico, inoltre, si prevede la *formazione di competenze qualificate e abilità professionali* adeguate alla nuova realtà dei processi di riforma istituzionale e innovazione del Sistema Sanitario e dei Servizi Sociali.

Relativamente alle aree rurali, il presente Piano individua il PSR con la priorità 6 "inclusione sociale e sviluppo locale nelle zone rurali", nel cui ambito, la sub misura 7.4 prevede di *fornire un sostegno a investimenti finalizzati*

all'introduzione, al miglioramento o all'espansione di servizi di base a livello locale per la popolazione rurale, comprese le attività culturali e ricreative, e della relativa infrastruttura.

Nella cornice programmatica delineata, le ASL campane, in considerazione del ruolo che rivestono sul territorio regionale e l'ASL di Benevento, in qualità anche di beneficiario di progetti pilota, rappresentano gli "attori privilegiati" nel processo di innovazione per la organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

14.4 – Procedure attuative

Per l'accesso ai finanziamenti dei Programma Operativi FESR, PSR e FSE, le ASL possono essere selezionate come beneficiari dei Programmi (caso tipico dell'attuazione "a regia", così come avvenuto nell'esperienza del POR 2007-2013).

Nel Programma Operativo FESR 2014 – 2020, le ASL vengono esplicitamente individuate come beneficiari in relazione agli Assi IV, VIII e X riferiti agli Obiettivi tematici OT 2, OT 9 e OT 11.

Al fine di preservare una visione strategica ed operativa integrata degli interventi nel settore sanitario e socio-sanitario e per garantire la complementarietà degli interventi stessi, il presente Piano individua procedure di attuazione, in cui le ASL siano protagoniste di programmi complessi, di durata pluriennale, che integrano diverse fonti di finanziamento (FSE, FESR, PSR).

ALLEGATI

ALLEGATO A – ASL di Avellino

LOGO:



SEDE LEGALE:

via degli Imbimbo 10/12 83100 - AVELLINO

POPOLAZIONE: 425.325 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.806,07 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 151,57 ab/Km²

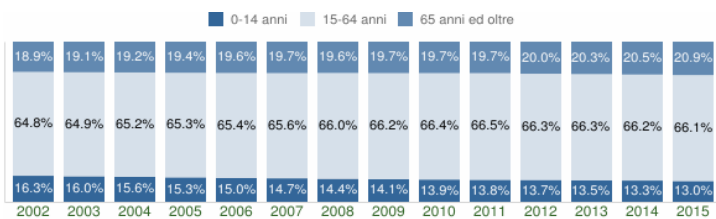
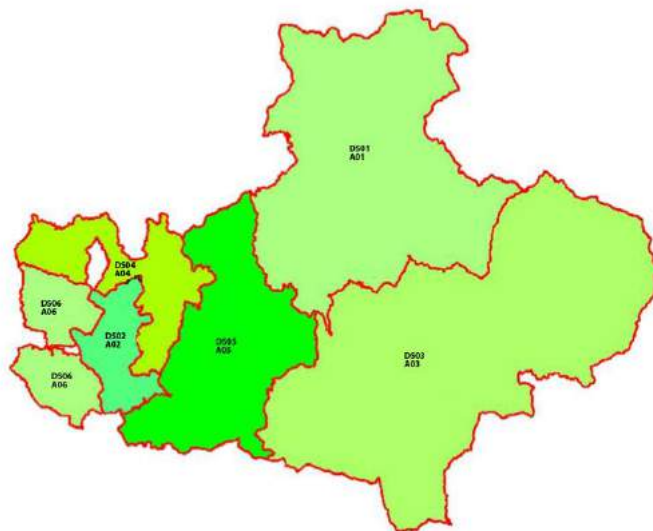
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO : A01 - A06

TERRITORIO



L'ASL di Avellino confina a nord-est con la Puglia, a sud-est con la Basilicata e sui restanti versanti con le ASL Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento. Il territorio della ASL di Avellino è per due terzi montuoso e per il resto prevalentemente collinare. Dall'analisi della struttura della popolazione si evidenzia che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è molto marcato, registrandosi un valore medio ASL pari a 164,2%, il secondo più alto della regione. Tali valori, estremamente variegati per singolo comune, raggiungono una punta massima nel Distretto/Ambito n. 03 dove l'indice di vecchiaia raggiunge un valore pari a 224,9%. Allo stesso tempo si registra che la popolazione di età compresa tra 0-14 anni è, in percentuale, la più bassa della regione (12,8%) e che tale andamento nel corso degli ultimi anni si è gradatamente consolidato.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Struttura per età della popolazione
PROVINCIA DI AVELLINO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura

per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 01 - Ariano Irpino - estensione territoriale: 821,72 kmq - densità abitativa: 107,08 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Ariano Irpino	2.762	14.746	5.192	22.700	188,0%	35,2%	53,9%
Bonito	287	1.618	543	2.448	189,2%	33,6%	51,3%
Carife	140	860	408	1.408	291,4%	47,4%	63,7%
Casalbore	182	1.173	445	1.800	244,5%	37,9%	53,5%
Castel Baronia	122	768	239	1.129	195,9%	31,1%	47,0%
Flumeri	310	1.937	716	2.963	231,0%	37,0%	53,0%
Fontanarosa	325	2.049	796	3.170	244,9%	38,8%	54,7%
Frigento	408	2.505	867	3.780	212,5%	34,6%	50,9%
Gesualdo	406	2.288	822	3.516	202,5%	35,9%	53,7%
Greci	53	378	260	691	490,6%	68,8%	82,8%
Grottaminarda	1.083	5.424	1.630	8.137	150,5%	30,1%	50,0%
Luogosano	155	785	247	1.187	159,4%	31,5%	51,2%
Melito Irpino	242	1.239	439	1.920	181,4%	35,4%	55,0%
Mirabella Eclano	804	4.897	1.983	7.684	246,6%	40,5%	56,9%
Montaguto	48	232	143	423	297,9%	61,6%	82,3%
Montecalvo Irpino	454	2.263	1.008	3.725	222,0%	44,5%	64,6%
Paternopoli	245	1.511	628	2.384	256,3%	41,6%	57,8%
San Nicola Baronia	89	519	163	771	183,1%	31,4%	48,6%
San Sossio Baronia	193	1.045	405	1.643	209,8%	38,8%	57,2%
Sant'Angelo all'Esca	73	511	217	801	297,3%	42,5%	56,8%
Savignano Irpino	123	685	332	1.140	269,9%	48,5%	66,4%
Scampitella	105	758	371	1.234	353,3%	48,9%	62,8%
Sturmo	388	1.960	732	3.080	188,7%	37,3%	57,1%
Taurasi	281	1.538	558	2.377	198,6%	36,3%	54,6%
Trevico	90	629	274	993	304,4%	43,6%	57,9%
Vallata	323	1.712	679	2.714	210,2%	39,7%	58,5%
Vallesaccarda	194	868	324	1.386	167,0%	37,3%	59,7%
Villanova del Battista	193	1.035	462	1.690	239,4%	44,6%	63,3%
Zungoli	101	693	305	1.099	302,0%	44,0%	58,6%
	10.179	56.626	21.188	87.993	208,2%	37,4%	55,4%

Distretto 02 - Monteforte Irpino - estensione territoriale: 106,38 kmq - densità abitativa: 344,32 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Monteforte Irpino	1.818	7.944	1.705	11.467	93,8%	21,5%	44,3%
Contrada	433	2.123	497	3.053	114,8%	23,4%	43,8%
Forino	804	3.667	913	5.384	113,6%	24,9%	46,8%
Mercogliano	1.718	8.400	2.149	12.267	125,1%	25,6%	46,0%
Ospedaletto d'Alpinolo	311	1.475	359	2.145	115,4%	24,3%	45,4%
Sant'Angelo a Scala	82	470	178	730	217,1%	37,9%	55,3%
Summonte	184	1.102	297	1.583	161,4%	27,0%	43,6%
	5.350	25.181	6.098	36.629	114,0%	24,2%	45,5%

Distretto 03 - S. Angelo dei Lombardi - estensione territoriale: 1.118,10 kmq - densità abitativa: 55,86 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Sant'Angelo dei Lombardi	449	2.824	977	4.250	217,6%	34,6%	50,5%
Andretta	186	1.195	546	1.927	293,5%	45,7%	61,3%
Aquilonia	159	1.135	445	1.739	279,9%	39,2%	53,2%
Bagnoli Irpino	317	2.211	689	3.217	217,4%	31,2%	45,5%
Bisaccia	461	2.432	938	3.831	203,5%	38,6%	57,5%
Cairano	24	188	114	326	475,0%	60,6%	73,4%
Calabritto	212	1.532	647	2.391	305,2%	42,2%	56,1%
Calitri	412	2.938	1.316	4.666	319,4%	44,8%	58,8%
Caposele	418	2.301	764	3.483	182,8%	33,2%	51,4%
Cassano irpino	117	683	182	982	155,6%	26,6%	43,8%
Castelfranci	238	1.287	516	2.041	216,8%	40,1%	58,6%
Conza della Campania	140	852	381	1.373	272,1%	44,7%	61,2%
Guardia Lombardi	153	1.042	523	1.718	341,8%	50,2%	64,9%
Lacedonia	227	1.488	625	2.340	275,3%	42,0%	57,3%
Lioni	799	4.098	1.304	6.201	163,2%	31,8%	51,3%
Montella	981	5.103	1.696	7.780	172,9%	33,2%	52,5%
Monteverde	85	494	205	784	241,2%	41,5%	58,7%
Morra De Sanctis	145	726	426	1.297	293,8%	58,7%	78,7%
Nusco	472	2.742	989	4.203	209,5%	36,1%	53,3%
Rocca San Felice	94	536	221	851	235,1%	41,2%	58,8%
Sant'Andrea di Conza	125	969	445	1.539	356,0%	45,9%	58,8%
Senerchia	72	578	192	842	266,7%	33,2%	45,7%
Teora	148	948	441	1.537	298,0%	46,5%	62,1%
Torella dei Lombardi	266	1.351	527	2.144	198,1%	39,0%	58,7%
Villamaina	123	635	237	995	192,7%	37,3%	56,7%
	6.823	40.288	15.346	62.457	224,9%	38,1%	55,0%

Distretto 04 - Avellino - estensione territoriale: 196,72 kmq - densità abitativa: 491,19 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Avellino	6.912	35.542	12.403	54.857	179,4%	34,9%	54,3%
Altavilla Irpina	573	2.750	873	4.196	152,4%	31,7%	52,6%
Capriglia Irpina	344	1.601	453	2.398	131,7%	28,3%	49,8%
Cervinara	1.242	6.535	1.881	9.658	151,4%	28,8%	47,8%
Chianche	30	332	113	475	376,7%	34,0%	43,1%
Grottolella	217	1.288	364	1.869	167,7%	28,3%	45,1%
Montefredane	296	1.504	497	2.297	167,9%	33,0%	52,7%
Petraro Irpino	35	205	109	349	311,4%	53,2%	70,2%
Pietrastornina	173	995	385	1.553	222,5%	38,7%	56,1%
Prata di Principato Ultra	382	2.029	533	2.944	139,5%	26,3%	45,1%
Pratola Serra	595	2.469	700	3.764	117,6%	28,4%	52,5%
Rocbascerana	288	1.583	483	2.354	167,7%	30,5%	48,7%
Rotondi	514	2.423	654	3.591	127,2%	27,0%	48,2%
San Martin Valle Caudina	656	3.223	1.005	4.884	153,2%	31,2%	51,5%
Torrioni	46	357	146	549	317,4%	40,9%	53,8%
Tufo	93	553	243	889	261,3%	43,9%	60,8%
	12.396	63.389	20.842	96.627	168,1%	32,9%	52,4%

Distretto 05 - Atripalda - estensione territoriale: 417,22 kmq - densità abitativa: 242,20 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind.</i> <i>vecchiaia</i>	<i>ind.</i> <i>dip.anziani</i>	<i>ind. dip.</i> <i>strutturale</i>
Atripalda	1.492	7.420	2.108	11.020	141,3%	28,4%	48,5%
Aiello del Sabato	625	2.695	638	3.958	102,1%	23,7%	46,9%
Candida	173	762	212	1.147	122,5%	27,8%	50,5%
Castel Vetere Sul Calore	193	1.018	404	1.615	209,3%	39,7%	58,6%
Cesinali	389	1.800	395	2.584	101,5%	21,9%	43,6%
Chiusano di S. Domenico	261	1.481	535	2.277	205,0%	36,1%	53,7%
Lapio	191	1.020	361	1.572	189,0%	35,4%	54,1%
Manocalzati	422	2.157	581	3.160	137,7%	26,9%	46,5%
Montefalcioni	461	2.180	718	3.359	155,7%	32,9%	54,1%
Montefusco	147	861	330	1.338	224,5%	38,3%	55,4%
Montemarano	277	1.775	799	2.851	288,4%	45,0%	60,6%
Montemiletto	616	3.535	1.162	5.313	188,6%	32,9%	50,3%
Montoro	3.314	13.569	2.788	19.671	84,1%	20,5%	45,0%
Parolise	77	427	159	663	206,5%	37,2%	55,3%
Pietradefusi	252	1.515	581	2.348	230,6%	38,3%	55,0%
Salza Irpina	82	527	163	772	198,8%	30,9%	46,5%
San Mango Sul Calore	123	751	311	1.185	252,8%	41,4%	57,8%
San Michele di Serino	368	1.711	451	2.530	122,6%	26,4%	47,9%
San Potito Ultra	200	1.031	327	1.558	163,5%	31,7%	51,1%
Santa Lucia di Serino	183	939	280	1.402	153,0%	29,8%	49,3%
Santa Paolina	119	811	326	1.256	273,9%	40,2%	54,9%
Santo Stefano del Sole	293	1.498	417	2.208	142,3%	27,8%	47,4%
Serino	941	4.653	1.440	7.034	153,0%	30,9%	51,2%
Solofra	1.875	8.759	1.861	12.495	99,3%	21,2%	42,7%
Sorbo Serpico	76	387	120	583	157,9%	31,0%	50,6%
Torre le Nocelle	146	879	299	1.324	204,8%	34,0%	50,6%
Venticano	328	1.654	555	2.537	169,2%	33,6%	53,4%
Volturara Irpina	414	2.061	814	3.289	196,6%	39,5%	59,6%
	14.038	67.876	19.135	101.049	136,3%	28,2%	48,9%

Distretto 06 - Baiano - estensione territoriale: 145,98 kmq - densità abitativa: 277,91 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Baiano	606	3.173	939	4.718	155,0%	29,6%	48,7%
Avella	1.200	5.494	1.196	7.890	99,7%	21,8%	43,6%
Domicella	281	1.253	328	1.862	116,7%	26,2%	48,6%
Lauro	437	2.319	753	3.509	172,3%	32,5%	51,3%
Marzano di Nola	271	1.149	307	1.727	113,3%	26,7%	50,3%
Moschiano	242	1.137	294	1.673	121,5%	25,9%	47,1%
Mugnano del Cardinale	759	3.647	967	5.373	127,4%	26,5%	47,3%
Pago del Vallo di Lauro	273	1.264	293	1.830	107,3%	23,2%	44,8%
Quadrelle	273	1.315	277	1.865	101,5%	21,1%	41,8%
Quindici	225	1.315	398	1.938	176,9%	30,3%	47,4%
Sirignano	491	2.061	381	2.933	77,6%	18,5%	42,3%
Sperone	533	2.618	555	3.706	104,1%	21,2%	41,6%
Taurano	205	1.040	301	1.546	146,8%	28,9%	48,7%
	5.796	27.785	6.989	40.570	120,6%	25,2%	46,0%

ASL Avellino	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
	54.582	281.145	89.598	425.325	164,2%	31,9%	51,3%

ALLEGATO B – ASL di Benevento

LOGO:



SEDE LEGALE

via Oderisio, 1 - 82100 - BENEVENTO

POPOLAZIONE: 280.707 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.080,44 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 134,93 ab/Km²

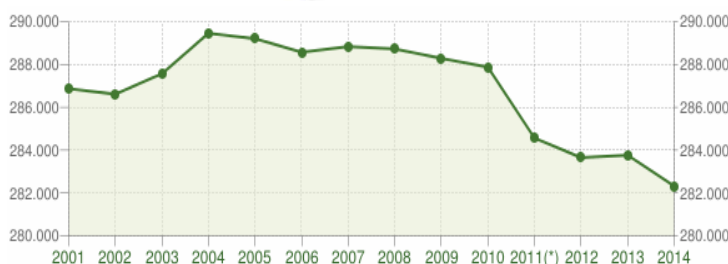
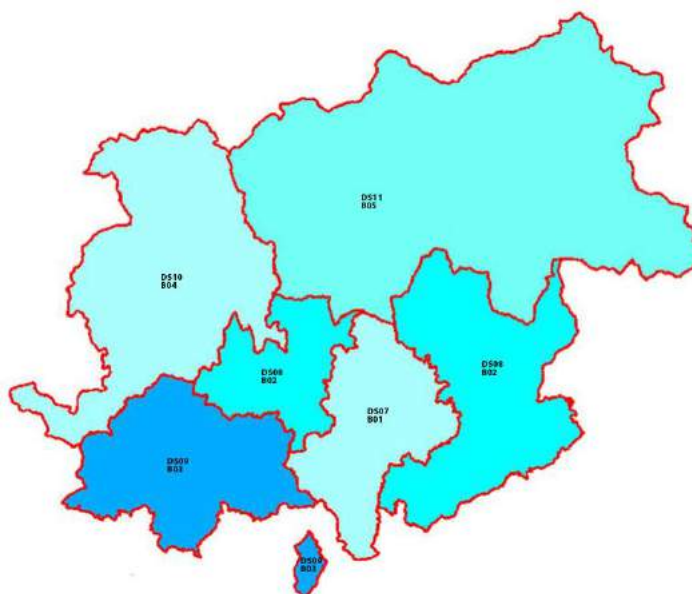
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: B01 -B05

TERRITORIO



L'ASL di Benevento confina a nord con il Molise, a est con la Puglia e sui restanti versanti con le ASL Avellino, Caserta e Napoli 3 Sud. Il territorio della ASL di Benevento è in gran parte montuoso. La densità abitativa è la più bassa della regione; aumenta solo in alcuni comuni e in modo particolare nelle zone limitrofe al capoluogo. Nell'ultimo decennio si registra una progressiva diminuzione della popolazione residente (cfr. grafico). Si rileva, inoltre, che il valore percentuale della popolazione 0-14 anni è il più basso (12,7%) della regione. L'indice di vecchiaia è il più elevato della regione (valore ASL: 173,7%) e raggiunge una punta massima nel Distretto Sanitario n. 11/Ambito 05 con un valore pari a 251,6%, ovvero sono presenti più di due anziani per ogni giovane residente

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Andamento della popolazione residente
PROVINCIA DI BENEVENTO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT
(*) post-censimento

Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura

per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 07 - Benevento1 - estensione territoriale: 192,38 kmq - densità abitativa: 364,02 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dipendenza	ind. dip. strutturale
Benevento	7.427	39.797	12.867	60.091	173,2%	32,3%	51,0%
Apolloosa	352	1.761	545	2.658	154,8%	30,9%	50,9%
Arpaise	60	502	199	761	331,7%	39,6%	51,6%
Ceppaloni	427	2.203	785	3.415	183,8%	35,6%	55,0%
San Leucio del Sannio	394	2.082	630	3.106	159,9%	30,3%	49,2%
	8.660	46.345	15.026	70.031	173,5%	32,4%	51,1%

Distretto 08 - Benevento2 - estensione territoriale: 414,81 kmq - densità abitativa: 139,67 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
San Giorgio del Sannio	1.413	6.672	1.937	10.022	137,1%	29,0%	50,2%
Apice	768	3.683	1.235	5.686	160,8%	33,5%	54,4%
Buonalbergo	185	1.084	461	1.730	249,2%	42,5%	59,6%
Calvi	376	1.794	512	2.682	136,2%	28,5%	49,5%
Castelpoto	139	784	331	1.254	238,1%	42,2%	59,9%
Cautano	253	1.346	445	2.044	175,9%	33,1%	51,9%
Foglianise	438	2.259	688	3.385	157,1%	30,5%	49,8%
Paduli	468	2.490	1.020	3.978	217,9%	41,0%	59,8%
Pago Veiano	272	1.573	561	2.406	206,3%	35,7%	53,0%
Pesco Sannita	239	1.193	540	1.972	225,9%	45,3%	65,3%
Pietrelcina	387	2.009	718	3.114	185,5%	35,7%	55,0%
Ponte	327	1.619	634	2.580	193,9%	39,2%	59,4%
San Martino Sannita	141	821	268	1.230	190,1%	32,6%	49,8%
San Nazzaro	127	589	168	884	132,3%	28,5%	50,1%
San Nicola Manfredi	507	2.538	677	3.722	133,5%	26,7%	46,7%
Sant'Angelo a Cupolo	540	2.938	847	4.325	156,9%	28,8%	47,2%
Sant'Arcangelo Trimonte	34	336	203	573	597,1%	60,4%	70,5%
TorreCUSO	464	2.200	743	3.407	160,1%	33,8%	54,9%
Vitulano	412	1.909	623	2.944	151,2%	32,6%	54,2%
	7.490	37.837	12.611	57.938	168,4%	33,3%	53,1%

Distretto 09 - Montesarchio - estensione territoriale: 244,62 kmq - densità abitativa: 227,23 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip.anzian i	ind. dip. struttural e
Montesarchio	1.920	9.343	2.237	13.500	116,5%	23,9%	44,5%
Airola	1.182	5.488	1.525	8.195	129,0%	27,8%	49,3%
Arpaia	266	1.414	312	1.992	117,3%	22,1%	40,9%
Bonea	214	1.005	229	1.448	107,0%	22,8%	44,1%
Bucciano	348	1.393	359	2.100	103,2%	25,8%	50,8%
Campoli del Monte Taburno	228	1.012	306	1.546	134,2%	30,2%	52,8%
Durazzano	355	1.450	425	2.230	119,7%	29,3%	53,8%
Forchia	222	838	175	1.235	78,8%	20,9%	47,4%
Frasso Telesino	262	1.472	584	2.318	222,9%	39,7%	57,5%
Moiano	588	2.667	839	4.094	142,7%	31,5%	53,5%
Pannarano	269	1.474	387	2.130	143,9%	26,3%	44,5%
Paolisi	311	1.418	343	2.072	110,3%	24,2%	46,1%
Sant'Agata de' Goti	1.507	7.467	2.242	11.216	148,8%	30,0%	50,2%
Tocco Caudio	185	1.002	321	1.508	173,5%	32,0%	50,5%
	7.857	37.443	10.284	55.584	130,9%	27,5%	48,4%

Distretto 10 - Teleso Terme - estensione territoriale: 392,30 kmq - densità abitativa: 139,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip.anzian i	ind. dip. struttural e
Teleso Terme	1.191	4.987	1.308	7.486	109,8%	26,2%	50,1%
Amorosi	331	1.771	695	2.797	210,0%	39,2%	57,9%
Castelvenere	307	1.684	571	2.562	186,0%	33,9%	52,1%
Cerreto Sannita	477	2.525	938	3.940	196,6%	37,1%	56,0%
Cusano Mutri	507	2.617	967	4.091	190,7%	37,0%	56,3%
Dugenta	401	1.763	634	2.798	158,1%	36,0%	58,7%
Faicchio	434	2.271	929	3.634	214,1%	40,9%	60,0%
Guardia Sanframondi	534	3.349	1.195	5.078	223,8%	35,7%	51,6%
Limatola	593	2.731	749	4.073	126,3%	27,4%	49,1%
Melizzano	213	1.215	430	1.858	201,9%	35,4%	52,9%
Paupisi	208	1.049	376	1.633	180,8%	35,8%	55,7%
Pietraroja	53	328	164	545	309,4%	50,0%	66,2%
Puglianello	153	899	297	1.349	194,1%	33,0%	50,1%
San Lorenzello	277	1.410	540	2.227	194,9%	38,3%	57,9%
San Lorenzo Maggiore	270	1.430	454	2.154	168,1%	31,7%	50,6%
San Lupo	64	509	228	801	356,3%	44,8%	57,4%
San Salvatore Telesino	532	2.597	870	3.999	163,5%	33,5%	54,0%
Solopaca	442	2.459	919	3.820	207,9%	37,4%	55,3%
	6.987	35.594	12.264	54.845	175,5%	34,5%	54,1%

Distretto 11 - Benevento nord-est -

estensione territoriale: 836,31 kmq - densità abitativa: 50,59 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip.anzian i	ind. dip. struttural e
Morcone	523	3.038	1.371	4.932	262,1%	45,1%	62,3%
San Bartolomeo in Galdo	578	2.873	1.416	4.867	245,0%	49,3%	69,4%
Baselice	243	1.434	720	2.397	296,3%	50,2%	67,2%
Campolattaro	117	670	285	1.072	243,6%	42,5%	60,0%
Casalduni	165	863	350	1.378	212,1%	40,6%	59,7%
Castelfranco in Miscano	89	616	211	916	237,1%	34,3%	48,7%
Castelpagano	178	876	429	1.483	241,0%	49,0%	69,3%
Castelvetere in Val Fortone	64	633	543	1.240	848,4%	85,8%	95,9%
Circello	275	1.476	637	2.388	231,6%	43,2%	61,8%
Colle Sannita	305	1.491	635	2.431	208,2%	42,6%	63,0%
Foiano in Val Fortone	164	889	357	1.410	217,7%	40,2%	58,6%
Fragneto l'Abate	108	617	324	1.049	300,0%	52,5%	70,0%
Fragneto Monforte	218	1.175	447	1.840	205,0%	38,0%	56,6%
Ginestra degli Schiavoni	44	280	152	476	345,5%	54,3%	70,0%
Molinara	183	947	488	1.618	266,7%	51,5%	70,9%
Montefalcone di Val Fortone	144	890	491	1.525	341,0%	55,2%	71,3%
Pontelandolfo	233	1.355	579	2.167	248,5%	42,7%	59,9%
Reino	141	728	341	1.210	241,8%	46,8%	66,2%
San Giorgio La Molarra	396	1.882	716	2.994	180,8%	38,0%	59,1%
San Marco dei cavoti	371	2.061	939	3.371	253,1%	45,6%	63,6%
Santa Croce del Sannio	102	601	224	927	219,6%	37,3%	54,2%
Sassinoro	67	361	190	618	283,6%	52,6%	71,2%
	4.708	25.756	11.845	42.309	251,6%	46,0%	64,3%

ASL Benevento	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anziani	ind. dip. struttural e
	35.702	182.975	62.030	280.707	173,7%	33,9%	53,4%

ALLEGATO C – ASL di Caserta

LOGO:



SEDE LEGALE

via Unità Italiana, 28 - 81100 - CASERTA

POPOLAZIONE: 924.414 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.651,35 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 348,66 ab/Km²

AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: C01 - C10

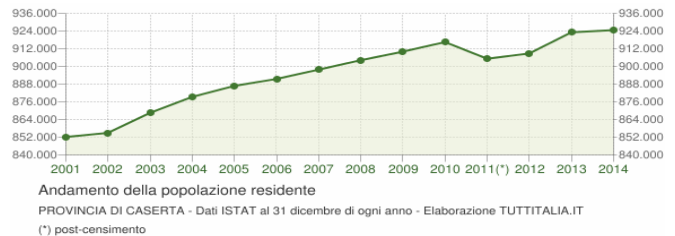
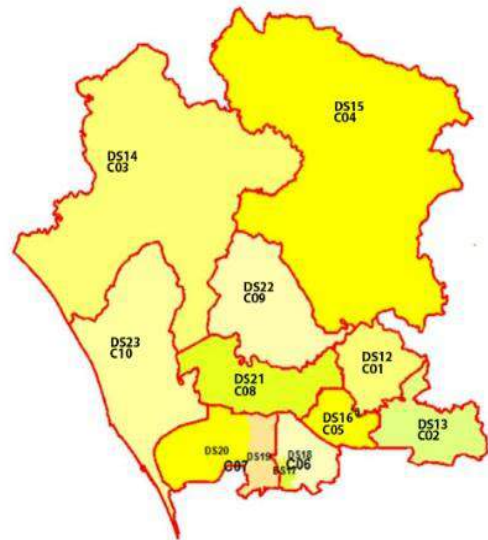
TERRITORIO



L'ASL di Caserta si affaccia sul mar Tirreno e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e sui restanti versanti con le ASL Benevento e Napoli 2 Nord. Il territorio della ASL di Caserta è collinare per il 56,25% e per il resto prevalentemente pianeggiante.

L'andamento demografico della popolazione residente mostra negli anni un graduale incremento registrandosi, al contempo, il tasso di crescita totale più alto in Regione. La densità abitativa della provincia raggiunge in alcune zone picchi considerevoli e, nel complesso, risulta la seconda provincia della regione per densità abitativa. La popolazione casertana si classifica tra le più giovani della regione con l'indice di vecchiaia (105,9%) tra i più bassi rispetto alla media regionale (117,3%). In alcuni distretti, quali i Distretti Sanitari n. 13, 16, 18, 19 e 20 il numero di giovani è superiore alla popolazione anziana.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 12 - Caserta - estensione territoriale: 90,48 kmq - densità abitativa: 1.285,18 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Caserta	9.929	50.750	15.647	76.326	157,6%	30,8%	50,4%
Casagiove	1.696	9.019	2.936	13.651	173,1%	32,6%	51,4%
Castel Morrone	479	2.572	807	3.858	168,5%	31,4%	50,0%
San Nicola la Strada	3.443	15.357	3.648	22.448	106,0%	23,8%	46,2%
	15.547	77.698	23.038	116.283	148,2%	29,7%	49,7%

Distretto 13 - Maddaloni - estensione territoriale: 107,81 kmq - densità abitativa: 778,17 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Maddaloni	6.560	26.740	5.866	39.166	89,4%	21,9%	46,5%
Arienzo	840	3.697	828	5.365	98,6%	22,4%	45,1%
Cervino	768	3.503	760	5.031	99,0%	21,7%	43,6%
San Felice a Cancellò	2.942	11.731	2.895	17.568	98,4%	24,7%	49,8%
Santa Maria a Vico	2.372	9.390	2.260	14.022	95,3%	24,1%	49,3%
Valle di Maddaloni	389	1.884	469	2.742	120,6%	24,9%	45,5%
	13.871	56.945	13.078	83.894	94,3%	23,0%	47,3%

Distretto 14 - Teano - estensione territoriale: 700,58 kmq - densità abitativa: 110,97ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Teano	1.563	8.300	2.714	12.577	173,6%	32,7%	51,5%
Caianello	236	1.196	392	1.824	166,1%	32,8%	52,5%
Cellole	1.046	5.424	1.360	7.830	130,0%	25,1%	44,4%
Conca della Campania	137	722	380	1.239	277,4%	52,6%	71,6%
Francolise	713	3.384	825	4.922	115,7%	24,4%	45,4%
Galluccio	271	1.404	479	2.154	176,8%	34,1%	53,4%
Marzano Appio	243	1.407	576	2.226	237,0%	40,9%	58,2%
Mignano Monte Lungo	396	2.175	679	3.250	171,5%	31,2%	49,4%
Pietravairano	375	1.983	626	2.984	166,9%	31,6%	50,5%
Presenzano	230	1.195	341	1.766	148,3%	28,5%	47,8%
Rocca d'Evandro	462	2.068	753	3.283	163,0%	36,4%	58,8%
Roccamonfina	376	2.313	822	3.511	218,6%	35,5%	51,8%
San Pietro Infine	104	612	228	944	219,2%	37,3%	54,2%
Sessa Aurunca	2.609	14.184	4.934	21.727	189,1%	34,8%	53,2%
Tora e Picilli	98	540	272	910	277,6%	50,4%	68,5%
Vairano Patenora	855	4.381	1.358	6.594	158,8%	31,0%	50,5%
	9.714	51.288	16.739	77.741	172,3%	32,6%	51,6%

Distretto 15 - Piedimonte - estensione territoriale: 879,11 kmq - densità abitativa: 83,84 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Piedimonte Matese	1.501	7.468	2.328	11.297	155,1%	31,2%	51,3%
Aliano	158	842	369	1.369	233,5%	43,8%	62,6%
Alife	1.087	5.030	1.499	7.616	137,9%	29,8%	51,4%
Alvignano	664	3.086	1.074	4.824	161,7%	34,8%	56,3%
Baia e Latina	291	1.437	469	2.197	161,2%	32,6%	52,9%
Caiazzo	719	3.607	1.269	5.595	176,5%	35,2%	55,1%
Capriati a Volturno	198	970	373	1.541	188,4%	38,5%	58,9%
Castel Campagnano	193	1.003	385	1.581	199,5%	38,4%	57,6%
Castel di Sasso	148	737	286	1.171	193,2%	38,8%	58,9%
Castello del Matese	206	1.009	279	1.494	135,4%	27,7%	48,1%
Ciorlano	34	260	132	426	388,2%	50,8%	63,8%
Dragoni	296	1.376	436	2.108	147,3%	31,7%	53,2%
Fontegreca	104	502	205	811	197,1%	40,8%	61,6%
Formicola	200	968	320	1.488	160,0%	33,1%	53,7%
Gallo Matese	52	339	188	579	361,5%	55,5%	70,8%
Gioia Sannitica	490	2.307	841	3.638	171,6%	36,5%	57,7%
Letino	66	455	191	712	289,4%	42,0%	56,5%
Liberi	122	734	297	1.153	243,4%	40,5%	57,1%
Piana di Monte Verna	244	1.515	631	2.390	258,6%	41,7%	57,8%
Pietramelara	703	3.050	969	4.722	137,8%	31,8%	54,8%
Pontelatone	228	1.117	358	1.703	157,0%	32,1%	52,5%
Prata Sannita	164	956	382	1.502	232,9%	40,0%	57,1%
Pratella	185	972	408	1.565	220,5%	42,0%	61,0%
Raviscanina	159	835	325	1.319	204,4%	38,9%	58,0%
Riardo	276	1.540	505	2.321	183,0%	32,8%	50,7%
Roccaromana	93	551	212	856	228,0%	38,5%	55,4%
Ruviano	218	1.010	427	1.655	195,9%	42,3%	63,9%
San Gregorio Matese	110	622	256	988	232,7%	41,2%	58,8%
San Potito Sannitico	262	1.236	427	1.925	163,0%	34,5%	55,7%
Sant'Angelo d'Alife	301	1.400	569	2.270	189,0%	40,6%	62,1%
Valle Agricola	50	535	305	890	610,0%	57,0%	66,4%
	9.522	47.469	16.715	73.706	175,5%	35,2%	55,3%

Distretto 16 - Marcianise - estensione territoriale: 52,13 kmq - densità abitativa: 1.584,75 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Marcianise	6.702	27.222	5.879	39.803	87,7%	21,6%	46,2%
Capodrise	2.014	6.833	1.247	10.094	61,9%	18,2%	47,7%
Macerata Campania	1.741	7.278	1.590	10.609	91,3%	21,8%	45,8%
Portico di Caserta	1.443	5.292	1.067	7.802	73,9%	20,2%	47,4%
Recale	1.233	5.414	1.126	7.773	91,3%	20,8%	43,6%
San Marco Evangelista	1.164	4.455	913	6.532	78,4%	20,5%	46,6%
	14.297	56.494	11.822	82.613	82,7%	20,9%	46,2%

Distretto 17 - Aversa - estensione territoriale: 8,85 kmq - densità abitativa: 5.994,01 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Aversa	8.157	35.791	9.099	53.047	111,5%	25,4%	48,2%
	8.157	35.791	9.099	53.047	111,5%	25,4%	48,2%

Distretto 18 - Succivo - estensione territoriale:56,54 kmq - densità abitativa: 1.808,05 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Succivo	1.447	5.945	1.065	8.457	73,6%	17,9%	42,3%
Carinaro	1.234	5.014	933	7.181	75,6%	18,6%	43,2%
Casaluce	1.814	6.942	1.322	10.078	72,9%	19,0%	45,2%
Cesa	1.680	6.110	1.051	8.841	62,6%	17,2%	44,7%
Gricignano di Aversa	2.427	8.347	1.107	11.881	45,6%	13,3%	42,3%
Orta di Atella	6.351	18.610	2.230	27.191	35,1%	12,0%	46,1%
Sant'Arpino	2.608	9.724	1.975	14.307	75,7%	20,3%	47,1%
Teverola	2.705	9.933	1.653	14.291	61,1%	16,6%	43,9%
	20.266	70.625	11.336	102.227	55,9%	16,1%	44,7%

Distretto 19 -Lusciano - estensione territoriale: 39,85 kmq - densità abitativa: 1.919,27 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Lusciano	2.631	10.706	2.025	15.362	77,0%	18,9%	43,5%
Frignano	1.581	6.116	1.311	9.008	82,9%	21,4%	47,3%
Parete	1.961	7.898	1.583	11.442	80,7%	20,0%	44,9%
San Marcellino	2.560	9.897	1.698	14.155	66,3%	17,2%	43,0%
Trentola Ducenta	3.730	13.425	2.274	19.429	61,0%	16,9%	44,7%
Villa di Briano	1.266	4.907	914	7.087	72,2%	18,6%	44,4%
	13.729	52.949	9.805	76.483	71,4%	18,5%	44,4%

Distretto 20 - Casal di Principe - estensione territoriale: 94,59 kmq - densità abitativa: 571,03 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Casal di Principe	3.873	14.870	2.646	21.389	68,3%	17,8%	43,8%
Casapesenna	1.224	4.778	985	6.987	80,5%	20,6%	46,2%
San Cipriano d'Aversa	2.198	9.433	2.022	13.653	92,0%	21,4%	44,7%
Villa Literno	2.066	8.269	1.650	11.985	79,9%	20,0%	44,9%
	9.361	37.350	7.303	54.014	78,0%	19,6%	44,6%

Distretto 21 - Santa Maria Capua Vetere - estensione territoriale: 142,05 kmq - densità abitativa: 536,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
S. Maria Capua Vetere	4.608	21.900	6.294	32.802	136,6%	28,7%	49,8%
Casapulla	1.421	5.840	1.367	8.628	96,2%	23,4%	47,7%
Curti	1.059	4.673	1.400	7.132	132,2%	30,0%	52,6%
Grazzanise	1.133	4.792	1.142	7.067	100,8%	23,8%	47,5%
San Prisco	2.185	8.391	1.769	12.345	81,0%	21,1%	47,1%
San Tammaro	976	3.866	707	5.549	72,4%	18,3%	43,5%
Santa Maria la Fossa	418	1.881	430	2.729	102,9%	22,9%	45,1%
	11.800	51.343	13.109	76.252	111,1%	25,5%	48,5%

Distretto 22 - Capua - estensione territoriale: 194,44 kmq - densità abitativa: 296,21 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Capua	2.541	12.608	3.671	18.820	144,5%	29,1%	49,3%
Bellona	1.008	4.103	942	6.053	93,5%	23,0%	47,5%
Calvi Risorta	775	3.772	1.160	5.707	149,7%	30,8%	51,3%
Camigliano	306	1.252	385	1.943	125,8%	30,8%	55,2%
Giano Vetusto	70	398	179	647	255,7%	45,0%	62,6%
Pastorano	489	1.968	576	3.033	117,8%	29,3%	54,1%
Pignataro Maggiore	835	3.968	1.281	6.084	153,4%	32,3%	53,3%
Rocchetta e Croce	59	299	102	460	172,9%	34,1%	53,8%
Sparanise	1.041	4.957	1.431	7.429	137,5%	28,9%	49,9%
Vitulazio	1.340	5.004	1.076	7.420	80,3%	21,5%	48,3%
	8.464	38.329	10.803	57.596	127,6%	28,2%	50,3%

Distretto 23 - Mondragone - estensione territoriale: 284,92 kmq - densità abitativa: 247,64 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Mondragone	4.429	19.304	4.891	28.624	110,4%	25,3%	48,3%
Cancello ed Arnone	886	3.913	876	5.675	98,9%	22,4%	45,0%
Carinola	898	4.664	1.721	7.283	191,6%	36,9%	56,2%
Castel Volturno	4.409	17.461	3.411	25.281	77,4%	19,5%	44,8%
Falciano del Massico	494	2.431	770	3.695	155,9%	31,7%	52,0%
	11.116	47.773	11.669	70.558	105,0%	24,4%	47,7%

ASL Caserta	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
	145.844	624.054	154.516	924.414	105,9%	24,8%	48,1%

ALLEGATO D – ASL Napoli 1 Centro

LOGO:



SEDE LEGALE

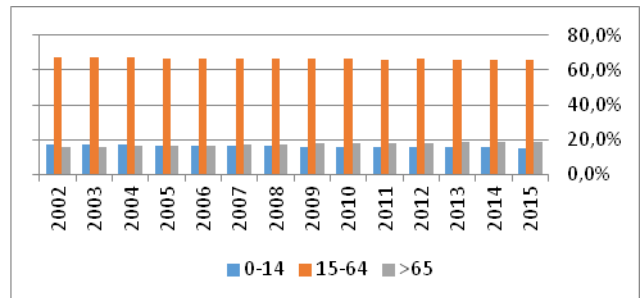
via Comunale del Principe 13/a 80145 - NAPOLI
 POPOLAZIONE: 988.225 abitanti (fonte: ISTAT 2016)
 ESTENSIONE TERRITORIALE: 129,55 Km²
 DENSITA' ABITATIVA: 7.628,14 ab/Km²
 AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N01 - N10; N34

TERRITORIO



L'ASL Napoli 1 Centro si affaccia sul golfo di Napoli e sui restanti versanti confina con le ASL Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud. Il territorio della ASL Napoli 1 Centro comprende l'isola di Capri e la città di Napoli, terza città in Italia per popolazione che si trova al centro di una delle aree più densamente abitate, capoluogo dell'omonima città metropolitana e della Regione. Il numero di abitanti della ASL Napoli1 si mantiene pressoché stabile da diversi anni e l'analisi della struttura della popolazione mostra un sensibile aumento della percentuale di cittadini appartenenti alla fascia d'età ultrasessantacinquenne (anno 2002 15,6% - anno 2015: 18,8%) e una contestuale diminuzione della fascia under 14 anni (anno 2002 17,1% - anno 2015: 15,1%). La struttura per età della popolazione si diversifica nei diversi distretti/municipalità rilevandosi, nel quartiere di Chiaiano-Scampia l'indice di vecchiaia più basso (89,9%) e nel quartiere Vomero quello più alto con valore pari a 200%. (cfr allegato D).

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura per comune e distretto sanitario

Fonti: Isola di Capri- dati ISTAT 2016; Municipalità 01-10 – Piano della Performance 2015-2017 ASL

Na1deliberazione 1061/2015

Distretto 24- Municipalità 1							
	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Quartieri: S. Ferdinando - Chiaia - Posillipo	10.941	55.397	18.866	85.204	172,40%	34,10%	53,80%
	10941	55.397	18.866	85.204	172,40%	34,10%	53,80%

Distretto 25- Municipalità 10							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Bagnoli - Fuorigrotta	12.199	63.959	20.742	96.900	170,0%	32,4%	51,5%
	12.199	63.959	20.742	96.900	170,0%	32,4%	51,5%

Distretto 26- Municipalità 9							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Soccavo - Pianura	15.948	75.558	16.032	107.538	100,5%	21,2%	42,3%
	15.948	75.558	16.032	107.538	100,5%	21,2%	42,3%

Distretto 27- Municipalità 5							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Vomero - Arenella	13.124	73.149	28.875	115.148	220,0%	39,5%	57,4%
	13.124	73.149	28.875	115.148	220,0%	39,5%	57,4%

Distretto 28- Municipalità 8							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Chiaiano - Piscinola - Scampia	14.414	63.653	12.955	91.022	89,9%	20,4%	43,0%
	14.414	63.653	12.955	91.022	89,9%	20,4%	43,0%

Distretto 29- Municipalità 3							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Stella - San Carlo All'Arena	14.897	69.002	20.122	104.021	135,1%	29,2%	50,8%
	14.897	69.002	20.122	104.021	135,1%	29,2%	50,8%

Distretto 30- Municipalità 7							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Miano - Secondigliano - S. Pietro a Patierno	14.189	62.405	13.339	89.933	94,0%	21,4%	44,1%
	14.189	62.405	13.339	89.933	94,0%	21,4%	44,1%

Distretto 31- Municipalità 2							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Avvocata - Montecalvario - San Giuseppe - Porto - Mercato - Pendino	12.527	61.372	17.181	91.080	137,2%	28,0%	48,4%
	12.527	61.372	17.181	91.080	137,2%	28,0%	48,4%

Distretto 32- Municipalità 6							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
S. Giovanni a Teduccio - Barra - Ponticelli	18.885	79.924	17.633	116.442	93,4%	22,1%	45,7%
	18.885	79.924	17.633	116.442	93,4%	22,1%	45,7%

Distretto 33- Municipalità 4							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
S. Lorenzo - Vicaria - Poggioreale - Zona Ind.	13.335	64.744	17.037	95.116	127,8%	26,3%	46,9%
	13.335	64.744	17.037	95.116	127,8%	26,3%	46,9%

Distretto 73							
	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Comune di Capri	828	4.719	1.658	7.205	200,20%	35,10%	52,70%
Comune di Anacapri	1.009	4.577	1.360	6.946	134,80%	29,70%	51,80%
	1.837	9.296	3.018	14.151	167,50%	32,40%	52,25%

ASL Napoli 1 Centro	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
	142.296	678.459	185.800	1.006.555	130,5%	27,4%	48,4%

ALLEGATO E – ASL Napoli 2 Nord

LOGO:



SEDE LEGALE

via Corrado Alvaro n.8 Monterusciello -
POZZUOLI

POPOLAZIONE: 1.052.754 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 414,08 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 2.542,39 ab/Km²

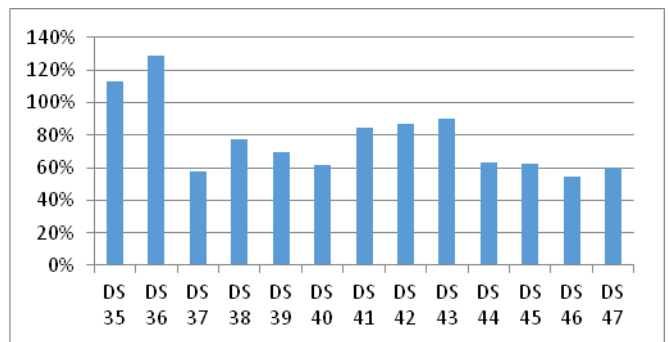
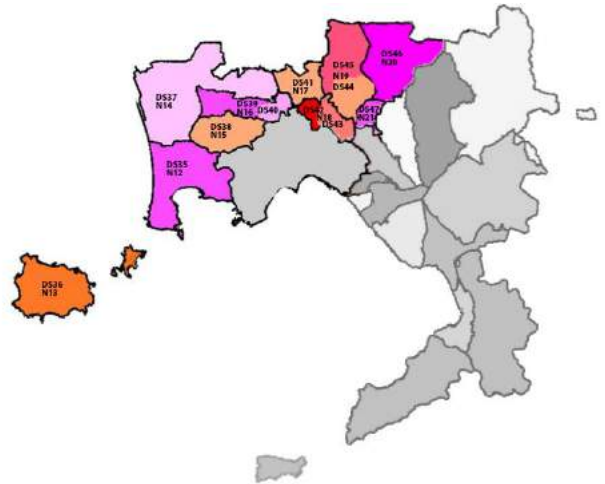
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N12 - N21

TERRITORIO



L'ASL Napoli 2 Nord si affaccia ad ovest sul mar Tirreno e sui restanti versanti confina con le ASL Caserta, Napoli 3 Sud e Napoli 1 Centro. Rientrano nel territorio della ASL le isole di Ischia e Procida. L'ASL Napoli 2 nord presenta un'alta densità abitativa (2.562, ab/Km²), una delle più alte della Regione che supera di gran lunga la media regionale (427,98 ab/Km²) e nazionale (200,84 ab/Km²). Alcuni comuni mostrano densità abitative estremamente elevate, come il Comune di Casavatore (12.223 ab/Km²) del Distretto 42, il Comune di Melito di Napoli (9.923 ab/Km²), entrambi inclusi nell'elenco dei 50 comuni più popolosi d'Italia (cfr. tabella n.2) La popolazione presenta un buon ricambio generazionale risultando la più giovane della regione con un valore medio dell'indice di vecchiaia pari al 81,8% vs una media regionale dell' 117,3%. Tale condizione si conferma in quasi tutti i Distretti della ASL ad eccezione del Distretto n.36 di Ischia dove l'indice di vecchiaia (135%), pur superando la media regionale, rimane al di sotto della media nazionale (161,4%) e del mezzogiorno (143,8%). .

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 35 - Pozzuoli - estensione territoriale: 60,61 kmq - densità abitativa: 1.998,14 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Pozzuoli	12.553	55.287	13.821	81.661	110,1%	25,0%	47,7%
Bacoli	3.626	17.918	5.016	26.560	138,3%	28,0%	48,2%
Monte di Procida	1.730	8.670	2.486	12.886	143,7%	28,7%	48,6%
	17.909	81.875	21.323	121.107	119,1%	26,0%	47,9%

Distretto 36 - Ischia - estensione territoriale: 50,81 kmq - densità abitativa: 1.467,45 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Ischia	2.885	12.936	4.094	19.915	141,9%	31,6%	54,0%
Barano d'Ischia	1.455	6.881	1.777	10.113	122,1%	25,8%	47,0%
Casamicciola Terme	1.173	5.654	1.535	8.362	130,9%	27,1%	47,9%
Forio	2.607	12.063	2.945	17.615	113,0%	24,4%	46,0%
Lacco Ameno	660	3.281	912	4.853	138,2%	27,8%	47,9%
Procida	1.422	6.679	2.429	10.530	170,8%	36,4%	57,7%
Serrara Fontana	408	2.136	629	3.173	154,2%	29,4%	48,5%
	10.610	49.630	14.321	74.561	135,0%	28,9%	50,2%

Distretto 37 - Giugliano in Campania - estensione territoriale: 94,62 kmq - densità abitativa: 1.299,66 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Giugliano in Campania	23.618	85.120	14.236	122.974	60,3%	16,7%	44,5%
	23.618	85.120	14.236	122.974	60,3%	16,7%	44,5%

Distretto 38 - Marano di Napoli - estensione territoriale: 29,80 kmq - densità abitativa: 3.382,68 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Marano di Napoli	9.979	40.756	9.139	59.874	91,6%	22,4%	46,9%
Quarto	7.342	28.503	5.085	40.930	69,3%	17,8%	43,6%
	17.321	69.259	14.224	100.804	82,1%	20,5%	45,5%

Distretto 39- Villaricca - estensione territoriale: 18,32 kmq - densità abitativa: 3.774,73 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Villaricca	5.619	21.378	4.125	31.122	73,4%	19,3%	45,6%
Calvizzano	1.945	8.552	1.832	12.329	94,2%	21,4%	44,2%
Qualiano	4.451	18.257	2.994	25.702	67,3%	16,4%	40,8%
	12.015	48.187	8.951	69.153	74,5%	18,6%	43,5%

Distretto 40 - Mugnano di Napoli - estensione territoriale: 9,06 kmq - densità abitativa: 8.019,20 ab/Kmq							
--	--	--	--	--	--	--	--

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Mugnano di Napoli	6.049	23.985	4.794	34.828	79,3%	20,0%	45,2%
Melito di Napoli	7.237	26.576	4.013	37.826	55,5%	15,1%	42,3%
	13.286	50.561	8.807	72.654	66,3%	17,4%	43,7%

**Distretto 41- Frattamaggiore -
estensione territoriale: 19,39 kmq - densità abitativa: 5.819,44 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Frattamaggiore	4.318	20.323	5.688	30.329	131,7%	28,0%	49,2%
Casandrino	2.647	10.185	1.504	14.336	56,8%	14,8%	40,8%
Frattaminore	2.787	11.242	2.179	16.208	78,2%	19,4%	44,2%
Grumo Nevano	2.726	12.419	2.916	18.061	107,0%	23,5%	45,4%
Sant'Antimo	6.053	23.765	4.087	33.905	67,5%	17,2%	42,7%
	18.531	77.934	16.374	112.839	88,4%	21,0%	44,8%

**Distretto 42 - Arzano -
estensione territoriale: 6,24 kmq - densità abitativa: 8.581,25 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Arzano	5.822	23.794	5.270	34.886	90,5%	22,1%	46,6%
Casavatore	3.107	12.660	2.894	18.661	93,1%	22,9%	47,4%
	8.929	36.454	8.164	53.547	91,4%	22,4%	46,9%

**Distretto 43 - Casoria -
estensione territoriale: 12,13 kmq - densità abitativa: 6.400,82 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Casoria	12.865	52.432	12.345	77.642	96,0%	23,5%	48,1%
	12.865	52.432	12.345	77.642	96,0%	23,5%	48,1%

**Distretto 44 - Afragola -
estensione territoriale: 17,91 kmq - densità abitativa: 3.632,44 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Afragola	12.233	44.750	8.074	65.057	66,0%	18,0%	45,4%
	12.233	44.750	8.074	65.057	66,0%	18,0%	45,4%

**Distretto 45 - Caivano -
estensione territoriale: 32,65 kmq - densità abitativa: 2.235,47 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Caivano	7.146	25.913	4.820	37.879	67,5%	18,6%	46,2%
Cardito	4.166	15.845	2.744	22.755	65,9%	17,3%	43,6%
Crispano	2.264	8.695	1.395	12.354	61,6%	16,0%	42,1%
	13.576	50.453	8.959	72.988	66,0%	17,8%	44,7%

**Distretto 46 - Acerra -
estensione territoriale: 54,71 kmq - densità abitativa: 1.088,89 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Acerra	11.887	40.492	7.194	59.573	60,5%	17,8%	47,1%
	11.887	40.492	7.194	59.573	60,5%	17,8%	47,1%

Distretto 47- Casalnuovo di Napoli - estensione territoriale: 7,83 kmq - densità abitativa: 6.367,18 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Casalnuovo di Napoli	9.034	34.994	5.827	49.855	64,5%	16,7%	42,5%
	9.034	34.994	5.827	49.855	64,5%	16,7%	42,5%

ASL Napoli 2 Nord	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
	181.814	722.141	148.799	1.052.754	81,8%	20,6%	45,8%

ALLEGATO F – ASL Napoli 3 Sud

LOGO:



SEDE LEGALE

via Marconi, 66 - Torre del Greco

POPOLAZIONE: 1.072.919 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 634,72 Km²(fonte: urbistat.it)

DENSITA' ABITATIVA: 1.690,38 ab/Km²

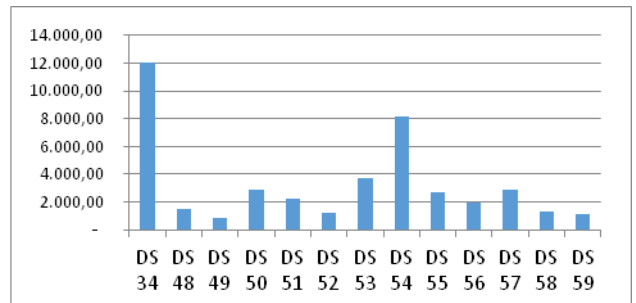
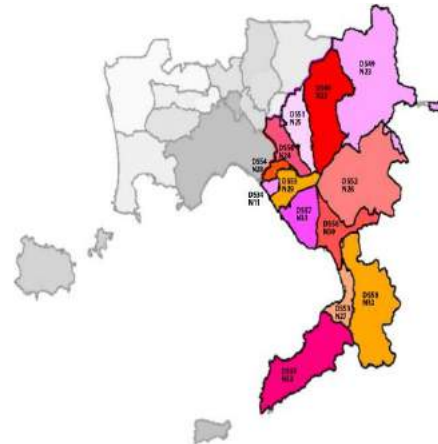
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N11; N22 – N33

TERRITORIO



L'ASL Napoli 3 Sud si affaccia ad ovest sul golfo di Napoli estendendosi lungo la costiera sorrentina fino a punta Campanella e confina, sui versanti interni, con le ASL Salerno, Avellino e Benevento. L'Asl Napoli 3 sud è la terza ASL campana per densità abitativa (1.690,38 ab/Km²) e supera di gran lunga la media regionale (427,98) e nazionale (200,84). Alcuni comuni mostrano densità abitative estremamente elevate, come il Comune di Portici (12.003 ab/Km²) del Distretto 34 e il Comune di S. Giorgio a Cremano (11.097 ab/Km²) del Distretto 54, entrambi compresi nell'elenco dei primi 50 comuni più popolosi d'Italia (cfr. tabella n.2). La densità più bassa si riscontra nel Distretto 49 di Nola, composto da 14 comuni, con valore pari a 816,72 ab/km². Le tabelle analitiche di cui all'Allegato F, cui si rinvia per ulteriori approfondimenti, indicano che mediamente nell'ambito ASL sono presenti 103 anziani ogni 100 giovani e che tale rapporto si diversifica nei diversi distretti e comuni della ASL. Difatti l'indice di vecchiaia rilevato a livello aziendale (107,2%), inferiore alla media regionale (117,3%), varia da un minimo, pari a 79,9%, registrato nei Distretti n.50 e n. 51 a un valore massimo del 158,1 % rilevato nel Distretto n. 34 che, pur superiore alla media regionale, rimane al di sotto della media nazionale (161,4%).

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 34 - Portici - estensione territoriale: 4,60 kmq - densità abitativa: 12.016,09 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Portici	7.881	34.936	12.457	55.274	158,1%	35,7%	58,2%
	7.881	34.936	12.457	55.274	158,1%	35,7%	58,2%

Distretto 48- Mariglianella - estensione territoriale: 71,40 kmq - densità abitativa: 1.456,20 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Mariglianella	1.452	5.344	991	7.787	68,3%	18,5%	45,7%
Brusciano	2.895	11.419	2.152	16.466	74,3%	18,8%	44,2%
Castello di Cisterna	1.499	5.352	1.018	7.869	67,9%	19,0%	47,0%
Marigliano	4.825	20.461	4.871	30.157	101,0%	23,8%	47,4%
San Vitaliano	1.173	4.367	921	6.461	78,5%	21,1%	48,0%
Somma Vesuviana	5.777	24.194	5.262	35.233	91,1%	21,7%	45,6%
	17.621	71.137	15.215	103.973	86,3%	21,4%	46,2%

Distretto 49- Nola - estensione territoriale: 134,55 kmq - densità abitativa: 816,72 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Nola	5.056	23.429	5.946	34.431	117,6%	25,4%	47,0%
Camposano	754	3.630	949	5.333	125,9%	26,1%	46,9%
Carbonara di Nola	418	1.672	339	2.429	81,1%	20,3%	45,3%
Casamarciano	476	2.186	627	3.289	131,7%	28,7%	50,5%
Cicciano	1.822	8.925	2.159	12.906	118,5%	24,2%	44,6%
Cimitile	1.099	4.832	1.349	7.280	122,7%	27,9%	50,7%
Comiziano	281	1.121	412	1.814	146,6%	36,8%	61,8%
Liveri	216	1.050	341	1.607	157,9%	32,5%	53,0%
Roccarainola	1.006	4.826	1.250	7.082	124,3%	25,9%	46,7%
San Paolo Bel Sito	539	2.379	595	3.513	110,4%	25,0%	47,7%
Saviano	2.532	10.970	2.480	15.982	97,9%	22,6%	45,7%
Scisciano	978	4.133	883	5.994	90,3%	21,4%	45,0%
Tufino	655	2.549	572	3.776	87,3%	22,4%	48,1%
Visciano	622	2.984	848	4.454	136,3%	28,4%	49,3%
	16.454	74.686	18.750	109.890	114,0%	25,1%	47,1%

Distretto 50- Volla - estensione territoriale: 21,49 kmq - densità abitativa: 2.839,83 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Volla	4.390	16.576	2.789	23.755	63,5%	16,8%	43,3%
Cercola	2.963	12.485	2.819	18.267	95,1%	22,6%	46,3%
Massa di Somma	826	3.820	798	5.444	96,6%	20,9%	42,5%
Pollena Trocchia	2.291	9.309	1.962	13.562	85,6%	21,1%	45,7%
	10.470	42.190	8.368	61.028	79,9%	19,8%	44,7%

Distretto 51 - Pomigliano d'Arco - estensione territoriale: 30,45 kmq - densità abitativa: 2.219,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Pomigliano d'Arco	6.122	26.457	7.343	39.922	119,9%	27,8%	50,9%
Sant'Anastasia	4.377	18.746	4.548	27.671	103,9%	24,3%	47,6%
	10.499	45.203	11.891	67.593	113,3%	26,3%	49,5%

Distretto 52- Palma Campania - estensione territoriale: 106,22 kmq - densità abitativa: 1.240,84 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Palma Campania	2.417	11.261	2.300	15.978	95,2%	20,4%	41,9%
Ottaviano	3.715	16.514	3.631	23.860	97,7%	22,0%	44,5%
Poggioreale	4.037	15.133	2.806	21.976	69,5%	18,5%	45,2%
San Gennaro Vesuviano	2.112	8.405	1.449	11.966	68,6%	17,2%	42,4%
San Giuseppe Vesuviano	4.978	21.596	4.083	30.657	82,0%	18,9%	42,0%
Striano	1.457	5.807	1.133	8.397	77,8%	19,5%	44,6%
Terzigno	3.326	13.443	2.199	18.968	66,1%	16,4%	41,1%
	22.042	92.159	17.601	131.802	79,9%	19,1%	43,0%

Distretto 53 - Castellammare di Stabia - estensione territoriale: 17,81 kmq - densità abitativa: 3.731,95 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Castellammare di Stabia	10.576	43.255	12.635	66.466	119,5%	29,2%	53,7%
	10.576	43.255	12.635	66.466	119,5%	29,2%	53,7%

Distretto 54 - San Giorgio a Cremano - estensione territoriale: 6,76kmq - densità abitativa: 8.099,56 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
San Giorgio a Cremano	6.479	28.689	10.389	45.557	160,3%	36,2%	58,8%
San Sebastiano al Vesuvio	1.485	6.047	1.664	9.196	112,1%	27,5%	52,1%
	7.964	34.736	12.053	54.753	151,3%	34,7%	57,6%

Distretto 55 - Ercolano - estensione territoriale: 19,89 kmq - densità abitativa: 2.700,30 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Ercolano	8.768	35.285	9.656	53.709	110,1%	27,4%	52,2%
	8.768	35.285	9.656	53.709	110,1%	27,4%	52,2%

Distretto 56- Torre Annunziata - estensione territoriale: 32,05 kmq - densità abitativa: 2.808,13 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Torre Annunziata	7.074	27.097	8.618	42.789	121,8%	31,8%	57,9%
Boscoreale	4.705	18.956	4.411	28.072	93,8%	23,3%	48,1%
Boscotrecase	1.647	6.831	1.885	10.363	114,5%	27,6%	51,7%
Trecase	1.443	5.874	1.780	9.097	123,4%	30,3%	54,9%
	14.869	58.758	16.694	90.321	112,3%	28,4%	53,7%

Distretto 57 - Torre del Greco - estensione territoriale: 30,63 kmq - densità abitativa: 2.816,68 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Torre del Greco	13.802	56.529	15.944	86.275	115,5%	28,2%	52,6%
	13.802	56.529	15.944	86.275	115,5%	28,2%	52,6%

Distretto 58- Pompei - estensione territoriale: 85,95 kmq - densità abitativa: 1.276,30 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Pompei	3.896	16.829	4.633	25.358	118,9%	27,5%	50,7%
Agerola	1.200	4.983	1.490	7.673	124,2%	29,9%	54,0%
Casola di Napoli	794	2.585	519	3.898	65,4%	20,1%	50,8%
Gragnano	4.957	19.316	4.863	29.136	98,1%	25,2%	50,8%
Lettere	1.171	4.229	788	6.188	67,3%	18,6%	46,3%
Pimonte	1.095	4.213	672	5.980	61,4%	16,0%	41,9%
Santa Maria La Carità	2.260	7.970	1.492	11.722	66,0%	18,7%	47,1%
Sant'Antonio Abate	3.657	13.341	2.745	19.743	75,1%	20,6%	48,0%
	19.030	73.466	17.202	109.698	90,4%	23,4%	49,3%

Distretto 59- Vico Equense - estensione territoriale: 72,92 kmq - densità abitativa: 1.126,38 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Vico Equense	3.316	13.870	3.783	20.969	114,1%	27,3%	51,2%
Massa Lubrense	2.239	9.385	2.619	14.243	117,0%	27,9%	51,8%
Meta	1.140	5.296	1.579	8.015	138,5%	29,8%	51,3%
Piano di Sorrento	1.934	8.418	2.757	13.109	142,6%	32,8%	55,7%
Sant'Agnello	1.400	5.930	1.792	9.122	128,0%	30,2%	53,8%
Sorrento	2.266	10.683	3.730	16.679	164,6%	34,9%	56,1%
	12.295	53.582	16.260	82.137	132,2%	30,3%	53,3%

ASL Napoli 3 Sud	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
		172.271	715.922	184.726	1.072.919	107,2%	25,8%

ALLEGATO G – ASL Salerno

LOGO:



SEDE LEGALE

via Nizza, 146 - 84124 SALERNO

POPOLAZIONE: 1.106.506 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 4.954,10 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 223,35 Ab/Km²

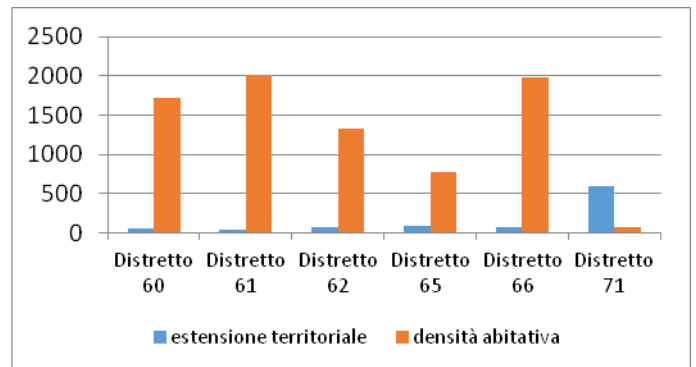
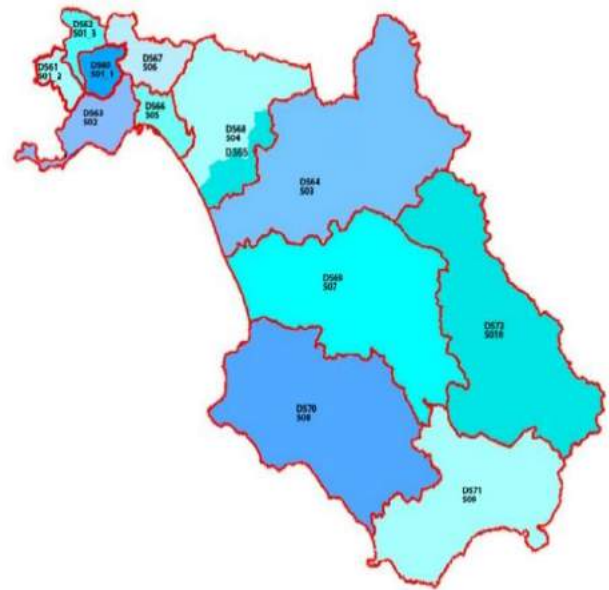
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: S01_1 – S10

TERRITORIO



L'ASL Salerno si affaccia a sud-ovest sull'omonimo golfo estendendosi dalla costiera amalfitana a quella cilentana e confina a est con la Basilicata e, sui restanti versanti, con l'Asl Avellino e Napoli 3 Sud. L'Asl Salerno è la prima per estensione territoriale, per numero di abitanti e numero di comuni (158) e la quinta per densità abitativa. Il territorio provinciale è estremamente variegato dal punto di vista morfologico. Tale disomogeneità, spesso accompagnata, nelle zone interne montuose, da difficoltà di collegamento, incide sulle caratteristiche demografiche della popolazione: più popolosa e giovane in alcuni ambiti come quello dell'agro nocerino sarnese e del capoluogo di provincia e zone contermini, più rarefatta e con alta incidenza di popolazione anziana nelle zone interne e dell'entroterra cilentana. Le zone costiere, interessate da un'alta affluenza turistica, raggiungono, in modo particolare nella stagione estiva, alte densità abitative.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 60- Nocera Inferiore - estensione territoriale: 54,51 kmq - densità abitativa: 1.707,36 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Nocera Inferiore	6.185	30.828	9.030	46.043	146,0%	29,3%	49,4%
Castel San Giorgio	2.017	9.515	2.170	13.702	107,6%	22,8%	44,0%
Nocera Superiore	3.567	16.658	4.038	24.263	113,2%	24,2%	45,7%
Roccapiemonte	1.407	6.046	1.607	9.060	114,2%	26,6%	49,9%
	13.176	63.047	16.845	93.068	127,8%	26,7%	47,6%

Distretto 61- Angri-Scafati - estensione territoriale: 47,65 kmq - densità abitativa: 2.019,79 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Angri	5.832	22.770	5.400	34.002	92,6%	23,7%	49,3%
Corbara	419	1.647	479	2.545	114,3%	29,1%	54,5%
Sant'Egidio del Monte Albino	1.551	5.997	1.361	8.909	87,7%	22,7%	48,6%
Scafati	8.135	34.766	7.886	50.787	96,9%	22,7%	46,1%
	15.937	65.180	15.126	96.243	94,9%	23,2%	47,7%

Distretto 62- Sarno-Pagani - estensione territoriale: 66,33 kmq - densità abitativa: 1.338,04 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Sarno	4.912	21.375	5.242	31.529	106,7%	24,5%	47,5%
Pagani	5.884	24.097	5.853	35.834	99,5%	24,3%	48,7%
San Marzano Sul Sarno	1.718	7.126	1.598	10.442	93,0%	22,4%	46,5%
San Valentino Torio	1.906	7.665	1.376	10.947	72,2%	18,0%	42,8%
	14.420	60.263	14.069	88.752	97,6%	23,3%	47,3%

Distretto 63 -Cava-Costa d'Amalfi - estensione territoriale: 137,13 kmq - densità abitativa: 683,22 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Cava dè Tirreni	7.624	35.309	10.726	53.659	140,7%	30,4%	52,0%
Amalfi	621	3.317	1.211	5.149	195,0%	36,5%	55,2%
Atrani	80	564	202	846	252,5%	35,8%	50,0%
Cetara	251	1.376	514	2.141	204,8%	37,4%	55,6%
Conca dè Marini	95	457	144	696	151,6%	31,5%	52,3%
Furore	108	533	135	776	125,0%	25,3%	45,6%
Maiori	703	3.622	1.248	5.573	177,5%	34,5%	53,9%
Minori	313	1.754	685	2.752	218,8%	39,1%	56,9%
Positano	550	2.619	786	3.955	142,9%	30,0%	51,0%
Praiano	249	1.322	476	2.047	191,2%	36,0%	54,8%
Ravello	313	1.639	538	2.490	171,9%	32,8%	51,9%
Scala	223	969	341	1.533	152,9%	35,2%	58,2%
Tramonti	619	2.697	855	4.171	138,1%	31,7%	54,7%
Vietri Sul Mare	967	5.187	1.748	7.902	180,8%	33,7%	52,3%
	12.716	61.365	19.609	93.690	154,2%	32,0%	52,7%

Distretto 64- Eboli - estensione territoriale: 925,74 kmq - densità abitativa: 111,63 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Eboli	5.771	27.730	6.614	40.115	114,6%	23,9%	44,7%
Altavilla Silentina	911	4.622	1.518	7.051	166,6%	32,8%	52,6%
Buccino	533	3.198	1.316	5.047	246,9%	41,2%	57,8%
Campagna	2.430	11.539	2.734	16.703	112,5%	23,7%	44,8%
Castelnuovo di Conza	41	427	151	619	368,3%	35,4%	45,0%
Colliano	470	2.361	807	3.638	171,7%	34,2%	54,1%
Contursi Terme	527	2.224	643	3.394	122,0%	28,9%	52,6%
Laviano	166	991	281	1.438	169,3%	28,4%	45,1%
Oliveto Citra	484	2.518	800	3.802	165,3%	31,8%	51,0%
Palomonte	576	2.566	843	3.985	146,4%	32,9%	55,3%
Postiglione	241	1.372	538	2.151	223,2%	39,2%	56,8%
Ricigliano	79	709	356	1.144	450,6%	50,2%	61,4%
Romagnano al Monte	42	236	90	368	214,3%	38,1%	55,9%
San Gregorio Magno	541	2.654	1.091	4.286	201,7%	41,1%	61,5%
Santomenna	45	267	131	443	291,1%	49,1%	65,9%
Serre	562	2.599	834	3.995	148,4%	32,1%	53,7%
Sicignano degli Alburni	423	2.316	780	3.519	184,4%	33,7%	51,9%
Valva	203	1.086	354	1.643	174,4%	32,6%	51,3%
	14.045	69.415	19.881	103.341	141,6%	28,6%	48,9%

Distretto 65 - Battipaglia - estensione territoriale: 91,59kmq - densità abitativa: 777,73 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Battipaglia	6.977	34.621	9.188	50.786	131,7%	26,5%	46,7%
Bellizzi	2.092	9.077	2.399	13.568	114,7%	26,4%	49,5%
Olevano Sul Tusciano	1.033	4.663	1.182	6.878	114,4%	25,3%	47,5%
	10.102	48.361	12.769	71.232	126,4%	26,4%	47,3%

Distretto 66 - Salerno - estensione territoriale: 73,89 kmq - densità abitativa: 1.978,97 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Salerno	16.311	86.725	32.225	135.261	197,6%	37,2%	56,0%
Pellezzano	1.677	7.371	1.917	10.965	114,3%	26,0%	48,8%
	17.988	94.096	34.142	146.226	189,8%	36,3%	55,4%

Distretto 67- Mercato San Severino - estensione territoriale: 117,84 kmq - densità abitativa: 595,78 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Mercato San Severino	3.455	14.981	3.886	22.322	112,5%	25,9%	49,0%
Baronissi	2.474	11.619	2.910	17.003	117,6%	25,0%	46,3%
Bracigliano	886	3.861	818	5.565	92,3%	21,2%	44,1%
Calvanico	221	1.032	265	1.518	119,9%	25,7%	47,1%
Fisciano	2.025	9.445	2.350	13.820	116,0%	24,9%	46,3%
Siano	1.504	6.815	1.660	9.979	110,4%	24,4%	46,4%
	10.565	47.753	11.889	70.207	112,5%	24,9%	47,0%

Distretto 68 - Giffoni Valle Piana - estensione territoriale: 338,24 kmq - densità abitativa: 237,25 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Giffoni Valle Piana	1.779	8.060	2.162	12.001	121,5%	26,8%	48,9%
Acerno	395	1.827	561	2.783	142,0%	30,7%	52,3%
Castiglione del Genovesi	233	940	210	1.383	90,1%	22,3%	47,1%
Giffoni Sei Casali	787	3.572	905	5.264	115,0%	25,3%	47,4%
Montecorvino Pugliano	1.862	7.517	1.322	10.701	71,0%	17,6%	42,4%
Montecorvino Rovella	1.878	8.767	2.094	12.739	111,5%	23,9%	45,3%
Pontecagnano Faiano	3.717	17.646	4.734	26.097	127,4%	26,8%	47,9%
San Cipriano Picentino	1.019	4.546	1.066	6.631	104,6%	23,4%	45,9%
San Mango Piemonte	398	1.847	404	2.649	101,5%	21,9%	43,4%
	12.068	54.722	13.458	80.248	111,5%	24,6%	46,6%

Distretto 69 - Capaccio-Roccadaspide -							
--	--	--	--	--	--	--	--

estensione territoriale: 822,58 kmq - densità abitativa: 67,63 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Capaccio	3.128	15.767	3.915	22.810	125,2%	24,8%	44,7%
Albanella	907	4.275	1.331	6.513	146,7%	31,1%	52,4%
Aquara	139	963	443	1.545	318,7%	46,0%	60,4%
Bellosguardo	66	452	276	794	418,2%	61,1%	75,7%
Castel San Lorenzo	278	1.537	656	2.471	236,0%	42,7%	60,8%
Castelcivita	129	1.009	601	1.739	465,9%	59,6%	72,3%
Controne	86	534	255	875	296,5%	47,8%	63,9%
Corleto Monforte	53	360	179	592	337,7%	49,7%	64,4%
Felitto	111	773	399	1.283	359,5%	51,6%	66,0%
Giungano	188	824	268	1.280	142,6%	32,5%	55,3%
Laurino	78	976	441	1.495	565,4%	45,2%	53,2%
Magliano Vetere	68	391	236	695	347,1%	60,4%	77,7%
Monteforte Cilento	57	349	158	564	277,2%	45,3%	61,6%
Ottati	62	364	192	618	309,7%	52,7%	69,8%
Piaggine	96	765	450	1.311	468,8%	58,8%	71,4%
Rocccaspide	886	4.597	1.726	7.209	194,8%	37,5%	56,8%
Roscigno	60	498	259	817	431,7%	52,0%	64,1%
Sacco	41	249	202	492	492,7%	81,1%	97,6%
Sant'Angelo a Fasanella	37	351	247	635	667,6%	70,4%	80,9%
Trentinara	174	1.130	342	1.646	196,6%	30,3%	45,7%
Valle dell'Angelo	11	133	104	248	945,5%	78,2%	86,5%
	6.655	36.297	12.680	55.632	190,5%	34,9%	53,3%

Distretto 70 - Vallo della Lucania-Agropoli -

estensione territoriale: 844,25kmq - densità abitativa:114,16 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Vallo della Lucania	1.101	5.717	1.713	8.531	155,6%	30,0%	49,2%
Agropoli	2.901	14.298	4.282	21.481	147,6%	29,9%	50,2%
Ascea	703	3.819	1.298	5.820	184,6%	34,0%	52,4%
Campora	31	237	171	439	551,6%	72,2%	85,2%
Cannalonga	119	665	279	1.063	234,5%	42,0%	59,8%
Casal Velino	720	3.431	1.117	5.268	155,1%	32,6%	53,5%
Castellabate	1.072	6.187	1.929	9.188	179,9%	31,2%	48,5%
Castelnuovo Cilento	427	1.795	510	2.732	119,4%	28,4%	52,2%
Ceraso	300	1.537	560	2.397	186,7%	36,4%	56,0%
Cicerale	147	733	340	1.220	231,3%	46,4%	66,4%
Cuccaro Vetere	64	353	156	573	243,8%	44,2%	62,3%
Futani	142	771	291	1.204	204,9%	37,7%	56,2%
Gioi	112	770	396	1.278	353,6%	51,4%	66,0%
Laureana Cilento	149	760	265	1.174	177,9%	34,9%	54,5%
Laurito	131	492	218	841	166,4%	44,3%	70,9%
Lustra	137	702	236	1.075	172,3%	33,6%	53,1%
Moio della Civitella	200	1.140	487	1.827	243,5%	42,7%	60,3%
Montano Antilia	220	1.297	560	2.077	254,5%	43,2%	60,1%
Montecorice	296	1.690	642	2.628	216,9%	38,0%	55,5%
Novi Velia	337	1.618	369	2.324	109,5%	22,8%	43,6%
Ogliastro Cilento	294	1.492	484	2.270	164,6%	32,4%	52,1%
Omignano	228	1.096	321	1.645	140,8%	29,3%	50,1%
Orria	83	630	376	1.089	453,0%	59,7%	72,9%
Perdifumo	181	1.190	419	1.790	231,5%	35,2%	50,4%
Perito	81	596	254	931	313,6%	42,6%	56,2%
Pisciotta	239	1.662	740	2.641	309,6%	44,5%	58,9%
Pollica	264	1.470	659	2.393	249,6%	44,8%	62,8%

Prignano Cilento	149	654	215	1.018	144,3%	32,9%	55,7%
Rutino	99	553	190	842	191,9%	34,4%	52,3%
Salento	236	1.292	449	1.977	190,3%	34,8%	53,0%
San Mauro Cilento	91	537	261	889	286,8%	48,6%	65,5%
San Mauro la Bruca	57	354	192	603	336,8%	54,2%	70,3%
Serramezzana	29	200	102	331	351,7%	51,0%	65,5%
Sessa Cilento	162	830	345	1.337	213,0%	41,6%	61,1%
Stella Cilento	73	443	222	738	304,1%	50,1%	66,6%
Stio	78	555	239	872	306,4%	43,1%	57,1%
Torchiara	263	1.243	365	1.871	138,8%	29,4%	50,5%
	11.916	62.809	21.652	96.377	181,7%	34,5%	53,4%

**Distretto 71 - Sapri -
estensione territoriale: 592,84 kmq - densità abitativa: 74,98 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Sapri	807	4.414	1.549	6.770	191,9%	35,1%	53,4%
Alfano	103	660	260	1.023	252,4%	39,4%	55,0%
Camerota	848	4.533	1.604	6.985	189,2%	35,4%	54,1%
Casaletto Spartano	158	843	419	1.420	265,2%	49,7%	68,4%
Caselle in Pittari	252	1.197	507	1.956	201,2%	42,4%	63,4%
Celle di Bulgheria	239	1.301	382	1.922	159,8%	29,4%	47,7%
Centola	628	3.379	1.161	5.168	184,9%	34,4%	52,9%
Ispani	89	686	251	1.026	282,0%	36,6%	49,6%
Morigerati	50	426	189	665	378,0%	44,4%	56,1%
Roccagloriosa	227	1.055	440	1.722	193,8%	41,7%	63,2%
Rofrano	141	967	468	1.576	331,9%	48,4%	63,0%
San Giovanni a Piro	485	2.456	839	3.780	173,0%	34,2%	53,9%
Santa Marina	474	2.111	658	3.243	138,8%	31,2%	53,6%
Torraca	168	816	279	1.263	166,1%	34,2%	54,8%
Torre Orsaia	249	1.316		2.118	222,1%	42,0%	60,9%

553							
Tortorella	59	285	179	523	303,4%	62,8%	83,5%
Vibonati	387	2.179	727	3.293	187,9%	33,4%	51,1%
	5.364	28.624	10.465	44.453	195,1%	36,6%	55,3%

**Distretto 72- Sala Consilina/Polla -
estensione territoriale: 841,51 kmq - densità abitativa: 79,66 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Sala Consilina	1.677	8.435	2.552	12.664	152,2%	30,3%	50,1%
Atena Lucana	298	1.570	468	2.336	157,0%	29,8%	48,8%
Auletta	280	1.547	509	2.336	181,8%	32,9%	51,0%
Buonabitacolo	345	1.714	490	2.549	142,0%	28,6%	48,7%
Caggiano	360	1.752	653	2.765	181,4%	37,3%	57,8%
Casalbuono	142	767	285	1.194	200,7%	37,2%	55,7%
Monte San Giacomo	182	971	419	1.572	230,2%	43,2%	61,9%
Montesano sulla Marcellana	833	4.306	1.565	6.704	187,9%	36,3%	55,7%
Padula	622	3.607	1.139	5.368	183,1%	31,6%	48,8%
Pertosa	76	457	157	690	206,6%	34,4%	51,0%
Petina	146	775	238	1.159	163,0%	30,7%	49,5%
Polla	757	3.313	1.209	5.279	159,7%	36,5%	59,3%
Salvitelle	49	325	186	560	379,6%	57,2%	72,3%
San Pietro al Tanagro	258	1.111	326	1.695	126,4%	29,3%	52,6%
San Rufo	245	1.144	365	1.754	149,0%	31,9%	53,3%
Sant'Arsenio	405	1.775	635	2.815	156,8%	35,8%	58,6%
Sanza	302	1.746	560	2.608	185,4%	32,1%	49,4%
Sassano	583	3.254	1.176	5.013	201,7%	36,1%	54,1%
Teggiano	910	5.127	1.939	7.976	213,1%	37,8%	55,6%
	8.470	43.696	14.871	67.037	175,6%	34,0%	53,4%

ASL Salerno	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
	153.422	735.628	217.456	1.106.506	141,7%	29,6%	50,4%