



**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. 84 del 27.07.2016**

**Oggetto: DCA n. 35/2016 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 330/2016. Determinazioni.**

**PREMESSO :**

- a) che 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 sanitaria extraospedaliera e territoriale";

il comma 231 bis della legge regionale 4/2011, così come introdotto dal comma 34, dell'art. 1, della legge regionale 14/2011, prevede che: *"Il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 (interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale), convertito, con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul BURC del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni così individuate, sospendendole o abrogandole";*

il comma 80, dell'art. 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, così come modificato dal decreto del 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni, in legge 15/2011, n. 211, prevede che qualora: *"gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenivano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga."*

**VISTO :**

- il decreto commissariale n. 35 del 30/05/2016 avente come oggetto : "Assistenza Territoriale pazienti diabetici – Fabbisogno dei Centri di diabetologia", con il quale era stato individuato, il fabbisogno complessivo delle strutture pubbliche e private ammontante a n. 59;

**CONSIDERATO**

- che a seguito di ulteriori elementi valutativi e di verifica, era stata ravvisata l'opportunità di modificare ed integrare il citato DCA n. 35/2016 richiedendo alle ASL, alle AO ed alle AOU, una chiara ed esatta ricognizione delle strutture eroganti prestazioni di diabetologia di II° livello pubbliche e private;



**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**

**RILEVATO:**

- che la Giunta regionale con la delibera n. 330 del 6 Luglio 2016 avente come oggetto : “*DGRC n. 1168 del 16 Settembre 2005 : ulteriori determinazioni*”, in attuazione di quanto stabilito dal citato atto, di approvazione delle linee di indirizzo di organizzazione delle attività di diabetologia e di individuazione del percorso assistenziale per il paziente diabetico, ha determinato il fabbisogno dei Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati applicando alla popolazione residente in Campania – fonte ISTAT 2015 - uno standard n. 1 centro ogni 100.000 abitanti suddividendoli su base provinciale per un totale di n. 59 centri;
- che con lo stesso provvedimento è stato dato mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute di definire il fabbisogno aziendale, pubblico e privato, in esito ad una puntuale e precisa ricognizione delle strutture pubbliche e private, in osservanza della normativa nazionale e regionale di riferimento;

**RITENUTO :**

- Di prendere atto di quanto deliberato dalla Giunta regionale con provvedimento n. 330/2016;
- Di poter considerare la citata delibera in linea con l'orientamento commissariale di superare il DCA n. 35/2016;
- Di poter procedere alla revoca del citato DCA n. 35/2016;

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

**DECRETA**

Di **PRENDERE ATTO** della deliberazione di Giunta regionale n. 330/2016 che risulta in linea con quanto riportato nel punto “**iv**” - *potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera e territoriale*” - facente parte degli acta contenuti nella Delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2015, che allegata alla presente è parte integrale e sostanziale;

Di **DISPORRE** che il DCA n. 35 del 30/05/2016 è revocato e sostituito dal presente provvedimento;

Di **PRENDERE ATTO** dei DD.CC.AA. n. 14/2016, 25/2016, 60/2016, 74/2016, 73/2016 e n. 77/2016 con i quali sono stati conclusi tutte le procedure di accreditamento definitivo delle strutture provvisoriamente accreditate per l'attività : centro antidiabete, ai sensi della legge regionale n. 4/2011 art.1, comma 237 quater e s.s.;

di **DARE MANDATO** alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in esito ad una puntuale ricognizione delle istruttorie aziendali, di definire conclusivamente l'offerta *reale* pubblica e privata di strutture di II° livello, in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento;

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, al Capo di



**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**

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



## **Delibera della Giunta Regionale n. 330 del 06/07/2016**

Dipartimento 52 - Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali

Direzione Generale 4 - Direzione Generale Tutela salute e coord. del Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

DGRC N. 1168 DEL 16 SETTEMBRE 2005: ULTERIORI DETERMINAZIONI.

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente**

### **PREMESSO**

che con deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 1168 del 16 settembre 2005 sono state approvate le linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e il percorso assistenziale per il paziente diabetico;

che tali linee di indirizzo propongono un modello organizzativo dell'assistenza al paziente diabetico che si adatti ai molteplici e mutevoli bisogni del paziente ed individuano pertanto per i tre stadi di gravità della malattia tre livelli di cura diversi con diverso assorbimento di risorse, diverse tipologie assistenziali e diversa organizzazione:

- un primo livello assistenziale per l'assistenza al paziente diabetico di tipo 2 non scompensato
- un secondo livello assistenziale per l'assistenza al paziente diabetico tipo 2 con scompenso glicometabolico e complicanze e per l'assistenza al paziente con diabete tipo 1, che siano gestibili a livello ambulatoriale;
- un terzo livello assistenziale a più alta intensità per le fasi della malattia che necessitano di ricovero ospedaliero;

che con la deliberazione di cui sopra si è stabilito che l'assistenza diabetologica di secondo livello viene erogata dai Centri Diabetologici dotati di un'organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico interdisciplinare e che rispettano i parametri definiti nello stesso atto deliberativo;

### **PREMESSO INOLTRE**

che il diabete mellito è in continuo aumento, sia come incidenza che come prevalenza, e che tale patologia impatta fortemente sulla persona, sulla famiglia e sulla società; essendo la seconda causa di insufficienza renale terminale, la causa più comune di cecità, la più comune causa di amputazioni non traumatiche degli arti inferiori, la più comune malattia cronica tra i bambini e che inoltre:

- la prevalenza della patologia diabetica in Italia, secondo i dati ISTAT 2014 è del 5,5% mentre in Regione Campania la prevalenza della patologia diabetica è, sempre secondo dati ISTAT anno 2014, del 6,9%;
- la mortalità in Campania è tra le più alte d'Italia;
- tale patologia ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria, con un elevato costo pro capite di circa 3.348 euro l'anno per paziente), la maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni mentre i farmaci per il diabete incidono per il 6,2%

che, pertanto l'organizzazione dell'assistenza sanitaria risulta fondamentale sia per il miglioramento degli obiettivi di salute che per la razionalizzazione della spesa;

### **VISTO**

la legge 16 marzo n. 1987 n.115 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" ed, in particolare l'art. 2 che dispone che vengano stabiliti, con atto di indirizzo e coordinamento, gli interventi operativi più idonei per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e per programmare gli interventi sanitari su tali fasce;

la DGRC n. 37/2004 "Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica";

la DGRC n. 1133/2005 "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" in attuazione del progetto nazionale IGEA;

la Legge Regionale n. 9 del 29 luglio 2009 che ha dettato "disposizioni in attuazione della legge 16 marzo 1987 n. 315 relativa alla prevenzione ed alla cura del diabete mellito ed in particolare l'art. 3 che ha previsto la istituzione della Commissione Diabetologica Regionale ed l'art. 9 che ha recepito le linee

di indirizzo emanate con delibera n. 1168/2005 per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico";  
l'art. 9 del Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 24/07/2013 relativo all'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale per la parte sulla gestione integrata del diabete;  
il Decreto Commissariale n. 26 del 03.06.2014 avente ad oggetto "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012 relativo al Piano per la malattia diabetica" con il quale è stato approvato il Piano attuativo regionale ;  
il Decreto Commissariale n. 43 del 04.07.2014 avente ad oggetto "Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management. Individuazione della rete assistenziale regionale ed attuazione di percorsi diagnostico terapeutici integrato Ospedale-territorio per la gestione delle ulcere cutanee";  
il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018 che ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati nel caso del diabete a prevenire le complicanze attraverso la gestione integrata della malattia;  
il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018;

### **CONSIDERATO**

che il diabete mellito è una malattia cronica invalidante di elevato impatto sociale;  
che una modalità integrata di gestione del paziente indirizza la capacità di offerta dei servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete;  
che l'obiettivo 1 del Piano nazionale si articola in una serie di obiettivi specifici ed in primo luogo prevede "di promuovere la ricognizione dell'offerta specialistica, verificata dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane strumentali e dei servizi)"  
che, pertanto, è necessario dare nuovo impulso all'assistenza territoriale per il paziente diabetico, con particolare riguardo alla prevenzione delle complicanze;  
che il potenziamento dell'offerta di strutture territoriali richiede anche una maggiore appropriatezza nell'erogazione delle cure con la riduzione del ricorso improprio all'ospedale al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire una migliore qualità dell'assistenza al cittadino;

### **CONSIDERATO ALTRESI**

che il potenziamento dell'assistenza territoriale, sia in termini qualitativi che quantitativi, richiede una nuova determinazione del fabbisogno delle strutture ambulatoriali appartenenti al secondo livello assistenziale;  
che tale rideterminazione del fabbisogno si rende necessaria anche in considerazione dell'andamento epidemiologico della patologia diabetica che dal 2001 al 2014 (dati ISTAT) risulta essere in costante ascesa con dati regionali che dimostrano come la Campania sia la seconda regione in Italia per prevalenza di soggetti diabetici;

### **RITENUTO pertanto**

Di dover rideterminare il fabbisogno di centri pubblici e privati per l'assistenza di secondo livello al paziente diabetico applicando alla popolazione residente in Campania uno standard pari a 1 Centro Diabetologico ogni 100.000 abitanti;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

### **DELIBERA**

Per i motivi di cui in premessa e che si intendono integralmente riportati e trascritti:

1. di applicare per la determinazione del fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico lo standard di 1 Centro ogni 100.000 abitanti;

2. di determinare nel numero di 59 il fabbisogno di Centri Diabetologici pubblici e privati per il secondo livello assistenziale della Regione Campania con la seguente distribuzione territoriale:

ASL	Popolazione 2015	Standard 1/100.000
Avellino	427.936	4
Benevento	282.321	3
Caserta	924.614	9
Napoli 1 centro	992.614	10
Napoli 2 nord	1.052.107	11
Napoli 3 sud	1.073.493	11
Salerno	1.108.509	11
Campania	5.861.529	59

3. di dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario di definire, nell'ambito del fabbisogno di centri diabetologici sopra riportato, la quota relativa al fabbisogno pubblico e privato, sulla base di una puntuale ricognizione delle strutture pubbliche ambulatoriali esistenti, programmate o da programmare di secondo livello assistenziale e di quelle private tenendo conto, per queste ultime, dei provvedimenti dei Direttori Generali delle ASL trasmessi alla Regione Campania relativi alle suddette strutture accreditabili per le attività indicate;

4. di completare, laddove si evidenziaessero carenze nel fabbisogno così definito, il processo di accreditamento delle strutture private ambulatoriali di diabetologia di secondo livello ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 237-quater della legge regionale n. 4/2011 e s.m.i. con il quale è stabilito che, in relazione all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITAMENTO delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;

5. di demandare ad una successiva fase l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture private già in esercizio e solo successivamente quello delle strutture di nuova realizzazione ai sensi del citato art. 1, comma 237-quater L.R. 4/2011, nel caso in cui si evidenziaessero, per la quota a carico del privato, ulteriori carenze nel fabbisogno aziendale a seguito del completamento dei procedimenti di accREDITAMENTO relativi alla citata prima fase;

6. di trasmettere il presente provvedimento al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, per il seguito di competenza, nonché alla Segreteria di Giunta della Regione Campania ed all'Unità Operativa "Bollettino Ufficiale – Ufficio Relazione con il pubblico" per la pubblicazione sul Burc.