



REGIONE Campania

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

DECRETO N. 43 DEL 07.06.2019

OGGETTO: Oggetto: Art. 1, comma 34 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662: Progetti linee prioritarie individuate dall'Accordo 26 ottobre 2017. Rep. Atti n.181/CSR. Anno 2017.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta vii - "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale").

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

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

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

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

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

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

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

- assegna "*al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei*



Regione Campania

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

termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”;

- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vii “*attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale*”;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui “*nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*”;

PREMESSO che

- a. l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti;
- b. il comma 34 bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'art. 33 della Legge 27 dicembre 1997, n.449, come modificato dall'art. 79, comma 1 quater del D.L. 25 giugno 2008, n.112, prevede che “per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi [...]”;
- c. gli allegati A e B dell'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 26 ottobre 2017. Rep. Atti n.181/CSR. Anno 2017 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano individuano le Linee progettuali ed i vincoli economici specifici per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- d. nella seduta del 26 ottobre 2017. Rep. Atti n.181/CSR. Anno 2017, la Conferenza Stato - Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione, per l'anno 2017, degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a euro **133.707.446,00** di cui è stato erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze il 70% a titolo di acconto;
- e. il Ministero della Salute ha comunicato che, come stabilito al punto 4 dell'accordo 26 ottobre 2017, le Regioni hanno facoltà di presentare progetti scegliendo fra le linee di attività individuate. Per alcune linee di attività, specificamente individuate dal Ministero, tuttavia, in considerazione della strategicità delle stesse, è fatto obbligo alle Regioni di presentare un progetto, con relativa previsione di un vincolo



Regione Campania

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

economico (Cure Palliative e terapia del dolore, sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica e Piano di prevenzione a supporto al Piano Nazionale Prevenzione);

- f. l'erogazione della quota residua del 30 per cento nei confronti delle singole Regioni è subordinato all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005;

CONSIDERATO che

- a. con DCA n. 46 del 14/06/2018 è stato approvato il riparto delle risorse vincolate assegnate alle Regione Campania, per l'elaborazione di specifici progetti, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni secondo gli importi complessivi per l'anno 2017 di seguito indicati:
- Attività di Assistenza Primaria – euro **22.669.899,36**
 - Sviluppo dei processi di umanizzazione – euro **2.930.767,00**
 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – euro **10.837.184,00**
 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – euro **26.009.242,00**
 - Gestione della cronicità – euro **35.348.064,00**
 - Reti oncologiche – euro **35.912.290,00;**
- b. il numero delle linee progettuali previste permette di concentrare l'attenzione su temi rilevanti che esprimono i bisogni di salute della popolazione e che possono dare vita ad interventi strutturali da parte dell'organo regionale;
- c. ai sensi dell'Accordo 26 ottobre 2017. Rep. Atti n.181/CSR. Anno 2017, per ogni linea progettuale ciascuna Regione deve presentare un unico specifico progetto, corredato da un prospetto che evidenzi gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire, i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili, i costi connessi, gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;

RILEVATO che

- a. l'art. 1 comma 5 dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome, concernente il nuovo "Patto per la Salute", stabilisce che "le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA";
- b. la Conferenza Stato – Regioni, nell' Accordo del 26 ottobre 2017 Rep. Atti n.181/CSR. Anno 2017 ha previsto per la linea progettuale 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione" che le regioni destinano il 5 per mille della quota assegnata per detta linea progettuale alle attività di supporto al Piano della Prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);



Regione Campania

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

- c. il Patto della salute 2014-2016, art. 1 comma 5, ha stabilito che le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati;

RITENUTO

- a. di dover prendere atto della relazione della competente Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, concernente gli Obiettivi di piano 2016 e relativi risultati;
- b. di dover approvare, in attuazione delle norme sopra menzionate, il documento predisposto dalla Direzione Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, al fine della programmazione regionale dell'utilizzo dei fondi vincolati per l'anno 2017;
- c. di dover precisare che le attività progettuali saranno realizzate tramite le Aziende Sanitarie, Aziende Universitarie e IRCS della Regione Campania in quanto responsabili della concreta attuazione degli interventi con il monitoraggio della Direzione Generale Tutela della Salute;
- d. di dover destinare il 5 per mille della quota assegnata del Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione, pari ad € 130.046,00, alle attività di supporto al Piano della Prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);

VISTI

- l'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 26 ottobre 2017. Rep. Atti n.181/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- il DCA n. 46 del 14 giugno 2016;

alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione di Staff Tecnico Operativo della Direzione Generale Tutela per la Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e dell'espressa dichiarazione di conformità resa dal Dirigente di Staff Tecnico Operativo

DECRETA

per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di **PRENDERE ATTO** del documento allegato *sub 1* al presente provvedimento per formarne parte integrante, concernente gli Obiettivi di piano 2016 e relativi risultati;
2. di **APPROVARE** la programmazione regionale dell'utilizzo dei fondi vincolati, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per l'anno 2017 secondo quanto riportato nei progetti allegati *sub 2* al presente provvedimento per formarne parte integrante, riferiti alle seguenti linee di indirizzo nazionale:
 - Attività di Assistenza Primaria – euro **22.669.899,36**
 - Sviluppo dei processi di umanizzazione – euro **2.930.767,00**
 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – euro **10.837.184,00**
 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – euro



Regione Campania

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

26.009.242,00

- Gestione della cronicità – euro **35.348.064,00**
- Reti oncologiche – euro **35.912.290,00;**

3. di **PRECISARE** che le attività progettuali saranno realizzate tramite le Aziende Sanitarie, Aziende Universitarie e IRCS della Regione Campania in quanto responsabili della concreta attuazione degli interventi con il monitoraggio della Direzione Generale Tutela della Salute;
4. di **DESTINARE** il 5 per mille della quota assegnata del Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione, pari ad € 130.046,00, alle attività di supporto al Piano della Prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);
5. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
6. di **TRASMETTERE** copia del presente decreto al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per la immediata pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

Regione Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria
PROGETTO: Cure Primarie in integrazione ospedale territorio

Titolo progetto	OBIETTIVI	RISULTATI
Cure Primarie in integrazione ospedale territorio	Macro-obiettivo 1: Miglioramento dell'accessibilità dei servizi attraverso l'integrazione organizzativa, con un focus sulle cronicità	
	1.1 Individuazione/Realizzazione delle reti per assistenza delle cure primarie sui territori delle ASL della Campania (UCCP, AFT);	le reti assistenziali previste nell'ambito delle Cure Primarie sono state pienamente individuate, a partire dal DCA 99/2016.
	1.2 Implementazione di un servizio di assistenza sanitaria di primo livello H12-24;	sperimentazioni gestionali ed organizzative sia in ambito pediatrico che di medicina generale sono state realizzate in alcune ASL. Altre Aziende hanno implementato punti di assistenza territoriale h12 per prevenire accessi impropri in P.S.
	1.3 Individuazione, condivisione ed implementazione di almeno uno dei PDTA per le cronicità (diabete, Ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse)	il PDTA per la BPCO rappresenta il modello regionale di riferimento per la presa in carico di paziente con patologie croniche. Il PDTA viene implementato mediante attivazione del percorso di formazione a 360 MMG. Sono stati identificati 60 formatori per la disseminazione delle competenze. uno o due MMG per ciascuna delle AFT individuate sarà abilitato ed esperto in diagnostica precoce, differenziale e strumentale della BPCO. Per le cronicità in generale è stato attivato un progetto unico regionale per le MCNT.
	1.4 Formazione degli operatori per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l'efficacia degli interventi per la salute.	promossa e realizzata Campagna Regionale di Comunicazione per l'area della Prevenzione. Con le Associazioni pazienti si sono organizzati eventi formativi e informativi su aree tematiche specifiche (SLA, Diabete, Malattie Rare, ecc.). Per la formazione è stato tenuto un apposito corso al management regionale con SDA Bocconi.
	Macro-obiettivo 2: Potenziamento delle strutture di supporto per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure.	
	2.1 Valutazione del fabbisogno di attrezzature sanitarie e relativo adeguamento strutturale e digitale (facilitando il monitoraggio di beni e servizi);	è istituita e funzionante la Commissione HTA regionale.
	2.2 Potenziamento delle strutture ICT di supporto e dell'interoperabilità dei flussi di dati per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure (alimentazione FSE);	è disegnata e operativa la nuova rete regionale dei flussi di dati convergenti su SoreSa S.p.A., con la collaborazione di Saniarp e CIRFF

Regione Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Linea Progettuale 2 :Sviluppo dei processi di umanizzazione

PROGETTO: Umanizzazione di processi assistenziali in contesto di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzati anche alla previsione del rischio clinico e delle liste di attesa

Titolo progetto	OBIETTIVI	RISULTATI
Umanizzazione di processi assistenziali in contesto di prevenzione, cura e e riabilitazione finalizzati anche alla previsione del rischio clinico e delle liste di attesa	Macro-obiettivo : Miglioramento della qualità delle cure	
	numero di ambienti di attesa adeguati alle esigenze delle specifiche tipologie di pazienti (pediatrici, anziani, ipovedenti, emergenza-urgenza, terapia intensiva, chirurgia, gravidanza, parto e puerperio, IVG) III anno	in ogni azienda sanitaria si è proceduto all'adeguamento dei punti di accesso e di attesa dell'utenza, superando barriere architettoniche e favorendo l'accesso ai pazienti con fragilità
	Macro-obiettivo:Umanizzazione delle cure per l'età pediatrica, anche attraverso l'adeguamento logistico-organizzativo delle strutture assistenziali dedicate	
	Corsi di formazione per personale sanitario e materiale di supporto per i genitori, III anno;	Corso regionale unico per Allattamento al seno. In elaborazione il libretto informativo sulla "Depressione post- partuum"
	Macro-obiettivo: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali, anche attraverso la ridefinizione dei modelli organizzativi	
	Numero di Protocolli di pet therapy attivati per soggetti anziani III anno;	Sono stati attivati diversi protocolli di pet therapy per soggetti anziani
	Implementazione del modello per l'identificazione precoce delle interazioni tra farmaci (DDI) III anno;	attivazione procedure di farmacovigilanza attiva nelle AORN e IRCCS
	Corsi di formazione per la prevenzione delle cadute; creazione di schede di rilevazione del rischio III anno;	E' stata avviata la formazione per la prevenzione delle cadute. Son state elaborate le schede di rilevazione
	Regione Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Linea Progettuale 3 Cure palliative e terapia del dolore PROGETTO: Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	
Titolo progetto	OBIETTIVI	RISULTATI
Cure palliative e terapia del dolore	numero di équipes territoriali di Terapia del dolore e Cure palliative	Ogni Azienda ha le proprie equipe territoriali

do dell'ass palliativa specialistica	BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	n. 34 del 17	Diario complessivo incrementati i posti raggiungendo il numero di 152 posti attivi	PARTE I  Atti della Regione
	ieri di utenti presi in carico in ambito hub & spoke dolore		adozione Legge Regionale sull'uso dei cannabinoidi nella terapia del dolore e monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci di produzione industriale	

Regione Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Linea Progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione

Titolo progetto			
A.1 Le Sorveglianze di Salute Pubblica	A.1.1 Pubblicazione dei report regionali e aziendali delle singole sorveglianze entro la fine dell'anno di rilevazione (OKKIO e HBSC) e entro la fine dell'anno successivo a quello della rilevazione (per PASSI e PdA)		Scrittura report regionali e supporto alle asl per la scrittura dei report aziendali
	A.1.5 Emanazione atto formale per la definizione degli standard delle capacità di sistema e delle competenze degli operatori (CV)		Sono stati realizzati vari incontri tra i referenti regionali delle Sorveglianze
B.1 Promozione della Salute nella Comunità	B.1.1 Stipula di accordi intersettoriali a livello regionale con almeno 5 istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute		accordi con CONI, Ufficio Scolastico Regionale, Panificatori, sono al vaglio degli organi decisori per la loro approvazione
	B.1.2 Attivazione con atto formale Gruppo di Studio regionale su Promozione della Salute		Gruppo Attivo
	B.1.3 Emanazione di un documento regionale con la definizione delle competenze degli operatori e delle capacità di sistema dell'azienda sanitaria		E' stato predisposto l'ATTO DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE AA.SS.LL. DELLE REGIONE CAMPANIA, in corso di approvazione da parte degli organi decisori
	B.1.5 Realizzazione di un documento aziendale che descrive i risultati del lavoro di censimento delle attività in essere, e la loro congruenza rispetto al documento del gruppo di studio		Le attività di prevenzione e promozione della salute nelle asl, anche se non distribuite in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale, sono state svolte e quindi censite.
	B.1.6 Realizzazione di un atto formale di recepimento del programma regionale di EPS		Le asl produrranno un atto formale di recepimento di quanto definito nel documento regionale. La nuova governance e i nuovi criteri proposti favoriranno l'implementazione di buone pratiche in tutto il territorio, con particolare attenzione alla prevenzione delle disuguaglianze di salute
B.2 Aumento estensione e adesione screening oncologici	B.2.1 Produzione di un documento di indirizzo organizzativo regionale in cui si definiscono ruoli e responsabilità		la regione sta elaborando un modello organizzativo basato su ruoli e funzioni, calibrato sull'utenza e sui casi attesi
	B.2.3 Estensione regionale e in ciascuna azienda sanitaria del 100% del numero di persone invitate allo screening del tumore della mammella		E' in corso l'implementazione delle risorse umane a seguito del DCA di programmazione triennale delle assunzioni. Con DCA n.99/2016 è stata approvata l'organizzazione territoriale
	B.2.5 Raggiungimento a livello regionale e aziendale 100% del numero di persone invitate allo screening del tumore della cervice uterina		E' in corso l'implementazione delle risorse umane a seguito del DCA di programmazione triennale delle assunzioni. Con DCA n.99/2016 è stata approvata l'organizzazione territoriale

	B.2.12 Produzione di un documento organizzativo aziendale per gli operatori, in cui si definiscono i ruoli e le responsabilità	Audit sulla messa in atto di quanto previsto dal documento aziendale realizzati in 7 asl / 7
B.3 Implementazione HPV-DNA Test per lo screening del cancro della cervice uterina	B.3.2 Recepimento aziendale con atto formale delle linee di indirizzo regionali per l'implementazione del test di screening per il cancro della cervice uterina HPV-DNA	il Gruppo di Lavoro ha prodotto un documento tecnico che è alla verifica istruttoria per la sua adozione come DCA
B.4 Implementazione screening soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	B.4.2 Recepimento aziendale con atto formale delle linee di indirizzo regionali per l'implementazione del counseling oncogenetico e del test genetico per lo screening del cancro della mammella	Si è riunito il Gruppo dei Referenti Aziendali per lo screening della mammella. La ASL Napoli 3 Sud ha già avviato un progetto pilota per l'introduzione del counseling oncogenetico. Siamo in attesa dell'esito della sperimentazione pilota.
B.5 Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT	B.5.1 Realizzazione entro il 2016 di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT	Con D.C. n. 87 del 24.07.2013 la regione ha approvato l'Accordo Integrativo regionale della medicina generale. Con tale accordo è stato previsto, fra l'altro, l'invio trimestrale di report analitici sui pazienti affetti da diabete, ipertensione asma e bpc. il progetto regionale è avviato.
	B.5.4 Adeguamento dei contenuti dell'art. 14 dell'accordo con i MMG al PRP 2014-2018	con l'accordo del 27.12.2016 con la medicina generale è stato dato avvio al processo di riorganizzazione delle cure primarie che prevede come obiettivo primario delle nuove forme organizzative la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche. è stata istituita la delegazione trattante con lavori in avanzata progressione.
	B.5.11 Adozione di Linee di indirizzo regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	E' stato istituito un Comitato Tecnico regionale per l'elaborazione delle linee di indirizzo sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche, composto da esperti in materia
B.6 Miglioramento delle capacità dei servizi sanitari	B.6.4 Delibera Aziendale sull'adeguamento degli ambienti sanitari relativamente all'opportunità di conoscere e adottare stili di vita salutari	adottate le "Linee di indirizzo regionali alle AA.SS.LL. Sull'adeguamento degli ambienti sanitari relativamente all'opportunità di conoscere e adottare stili di vita salutari"
C.1 Allattamento Materno nel punto nascita	C.1.1 Costituzione gruppo regionale multidisciplinare "Promozione, Protezione e sostegno all'AM", e definizione delle procedure utili alla promozione dell'AM in ogni punto nascita e nella Comunità	E' stato promosso, organizzato e realizzato un Corso Universitario destinato agli operatori per la Promozione dell'AM
	C.1.4 Produzione di un atto formale con cui i Direttori Sanitari del P.O. e delle U.O.C. di Ostetricia e Neonatologia delle strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate predispongono l'adeguamento dei reparti e delle procedure	Sono stati avviati confronti nelle asl sul tema. E' stata recentemente invitata la responsabile nazionale del BFH&CI per un confronto con i referenti aziendali del programma C.

	pubbliche e private accreditate) di formazione sul modello OMS/Unicef entro il 2018 sull'allattamento materno	E' stato recentemente avviato un censimento regionale e degli operatori campani che hanno il titolo di formatori
C.2 Allattamento Materno nella Comunità	C.2.4 Partecipazione al percorso formativo di almeno il 30% del personale delle singole categorie del personale sanitario coinvolto nella protezione, promozione e sostegno dell'AM (PLS, infermieri-assistenti sanitari-ostetriche, ginecologi consultoriali)	E' in fase di organizzazione un corso OMS/Unicef a livello regionale per 30 formatori per poi estendere la formazione "a cascata" in favore degli operatori aziendali
	C.2.6 Aumento del numero di donne che ha seguito il Corso di Accompagnamento alla Nascita in ciascun distretto	La percentuale di donne che ha seguito il Corso di Accompagnamento alla Nascita in ciascun distretto rispetto all'anno precedente è del 17%
C.3 Screening audiologico neonatale	C.3.1 Produzione di un atto regionale che disciplini le procedure e i livelli di conferma diagnostica dello screening audiologico neonatale	La Campania è stata una delle prime regioni a implementare lo screening audiologico neonatale. Le attività sono ormai a regime e meritano periodici aggiustamenti. E' stato, altresì, prodotto un atto di programmazione regionale
	C.3.4 Proporzione di Punti nascita, Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali delle strutture Sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening audiologico neonatale nei centri di 1° livello	Proporzione di Punti nascita, Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali delle strutture Sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening audiologico neonatale nei centri di 1° livello è del 79,68%
	C.3.5 Proporzione di centri di 2° livello intra-aziendali che hanno attivato le procedure dello screening audiologico neonatale	Le 3 asl inadempienti, pur non avendo formalizzato il 2° livello dello screening con specifico atto aziendale, inviano comunque i neonati positivi al test di 1° livello a specialisti intra-aziendali o, talvolta, direttamente al Centro di 3° livello (
C.4 Screening oftalmologico neonatale	C.4.1 Produzione di un atto regionale che disciplini le procedure di screening e individui i nodi della rete per la conferma diagnostica	E' in itinere la costituzione del gruppo tecnico che disciplini le procedure
	C.4.4 Proporzione dei Punti nascita, U.O. Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali presenti nelle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening oftalmologico neonatale nei centri di 1° livello	Nel corso 2016 la pratica dello Screening Oftalmologico Neonatale si è molto diffusa nei punti nascita regionali, sia pubblici che accreditati. I dati sui punti nascita che effettuano lo screening oftalmologico sono stati forniti dalla SIN Campania
	C.4.5 Proporzione dei Punti nascita, U.O. Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali presenti nelle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening oftalmologico neonatale nei centri di 2° livello	n. 3 ASL campane (Salerno, Napoli 3 sud e Napoli 2 nord) hanno attivato un centro di 2° livello e le restanti aziende dovranno adeguarsi entro il 31 dicembre 2017 come da atto regionale in itinere su costituzione e compiti del gruppo screening oftalmologi
C.5 Screening TSH neonatale: miglioramento del flusso informativo	C.5.1 Definizione di Linee di Indirizzo Regionali sul funzionamento del sistema informativo a supporto del programma di screening per l'Ipotiroidismo Congenito	E' stata definita la fase istruttoria del provvedimento di approvazione delle linee di indirizzo regionali già definite per il sistema informativo a supporto del programma di screening per IC
	C.6.1 Adozione regionale del Programma Nazionale Genitori Più	E' stato costituito Gruppo di Studio (GdS) regionale interaziendale di Prevenzione e Promozione della Salute (PrePed), presieduto dal Dirigente dell'UOD 16 per favorire il recepimento del programma genitori+

2 Produzione regionale di un libretto informativo per l'empowerment della famiglia sulla gestione della gravidanza e del parto, e sulle azioni di prevenzione e tutela della salute del bambino fino a 5 anni

Il 24 del 17 maggio 2019 sono state valutate diverse proposte per i genitori, in particolare è stato considerato il progetto "La prevenzione e tutela della salute del bambino"

PARTE I Atti della Regione

Sviluppo
del piano
della
prevenzione - linee
operative
anno
2015

C.6 Genitori Più e Early Child Development

C.6.3 Emanazione di un atto formale aziendale per il recepimento del Programma Genitori Più e della promozione dell'ECD

E' stato costituito Gruppo di Studio (GdS) regionale interaziendale di Prevenzione e Promozione della Salute (PrePed), presieduto dal Dirigente dell'UOD 16 per favorire il recepimento del programma genitori+ che è in corso di recepimento da parte delle ASL

C.6.4 Proporzioni di Aziende nelle quali il Direttore di Distretto ha attivato un tavolo di lavoro sugli interventi da realizzare

E' stato costituito Gruppo di Studio (GdS) regionale interaziendale di Prevenzione e Promozione della Salute (PrePed), presieduto dal Dirigente dell'UOD 16 per favorire il recepimento del programma genitori+

C.6.5 Proporzioni di Aziende Sanitarie locali in cui è realizzato almeno 1 corso aziendale di formazione indirizzata agli operatori delle cure primarie e delle donne

7 in Campania l'Asl Na 3 Sud ha organizzato, in collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino-CSB, un corso sul tema (Prof. Giorgio Tamburini), al quale hanno partecipato 2 Asl (Na 3 Sud e BN)

C.6.7 Realizzazione di almeno 1 audit sulle attività di prevenzione in ciascun distretto sanitario

E' stato costituito Gruppo di Studio (GdS) regionale interaziendale di Prevenzione e Promozione della Salute (PrePed), presieduto dal Dirigente dell'UOD 16 per favorire il recepimento del programma genitori+

C.6.9 Proporzioni di Aziende Sanitarie Locali in cui si realizzi un corso di formazione ECM per PLS e operatori UOMI

E' stato costituito Gruppo di Studio (GdS) regionale interaziendale di Prevenzione e Promozione della Salute (PrePed), presieduto dal Dirigente dell'UOD 16 per favorire il recepimento del programma genitori+

D.1 Scuole Promotrici di Salute

D.1.3 Stipula del Protocollo di Intesa tra USR e/o Assessorato Regionale all'Istruzione e Direzione Generale per la Tutela della Salute

"E' stato predisposto una bozza di intesa tra Regione Campania - Ass. alla Sanità, Ass. Istruzione e USR. Tale bozza è al vaglio delle Strutture interessate per la definitiva approvazione

D.1.4 Proporzioni di Aziende Sanitarie Locali che emanano l'Atto formale aziendale di recepimento del documento del Gruppo di Studio regionale sulla promozione della salute

E' previsto che il GdS produca il documento regionale e successivamente le asl con proprio atto formale potranno recepire quanto definito nel documento regionale

D.1.6 Proporzioni di Aziende Sanitarie Locali che realizzano un incontro annuale per presentare il catalogo delle attività

Sul territorio regionale si è registrata l'attività di tre Aziende in linea con i contenuti del PRP ed in linea con la governance contenuta dallo stesso. Il catalogo annuale delle attività è stato predisposto

E.1 Sistemi informativi per la prevenzione: incremento del grado di utilizzo e sviluppo

E.1.4 Percentuale del Numero di casi registrati nel sistema Infor.Mo entro marzo dell'anno successivo / numero casi mortali su cui sono intervenuti i servizi

La Percentuale del Numero di casi registrati nel sistema Infor.Mo entro marzo dell'anno successivo / numero casi mortali su cui sono intervenuti i servizi è del 45%

E.1.9 Percentuali dei servizi coinvolti nella raccolta completa dei dati sulle segnalazioni di malattia professionale

La Percentuale dei servizi coinvolti nella raccolta completa dei dati sulle segnalazioni di malattia professionale è del 100%

E.2 Riduzione degli infortuni sul lavoro

E.2.1 Numero controlli ispettivi attuati nei cantieri

1 corso di formazione per il miglioramento dell'omogeneità, del coordinamento e dell'orientamento proattivo delle azioni preventive

E.2.5 Numero di controlli per il comparto agricoltura

I valori di rapporto a cui bisogna fare riferimento il 5% delle aziende agricole a carattere industriale. Il parametro è stato raggiunto

E.2.11 Organizzazione corsi di formazione per operatori SIMDL sulla metodologia di valutazione del rischio da MMC e MMP

1 corso di formazione

	aziende Sanitarie pubbliche sulla metodologia di valutazione del rischio da MMC e MMP	
E.3 Riduzione delle malattie professionali:	E.3.2 Proporzione di ex esposti ad amianto, viventi, residenti in regione da inserire nel programma di sorveglianza sanitaria	La Proporzione di ex esposti ad amianto, viventi, residenti in regione da inserire nel programma di sorveglianza sanitaria è dell'80%
E.4 Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro	E.4.3 Numero di siti web operativi: regionale e di Azienda Sanitaria Locale dedicati alle attività del Coordinamento regionale e provinciali, art.7 D.Lgs. 81/08	è stato istituito il Coordinamento regionale ex art.7 D.Lgs.N.81/2008 con contestuale approvazione del regolamento di funzionamento. Sono stati individuati i componerenti. L'attività programmatica è in corso.
F.1 Ambiente: monitoraggio e sorveglianza	F.1.1 Emanazione di un documento regionale sul funzionamento della rete ambiente-salute	Il documento che si provvederà a redigere in considerazione della particolare complessità scaturirà dall'interazione e dallo sviluppo delle altre azioni previste nel PRP e che sono in corso di redazione
F.2 Ambiente: inquinamento indoor	F.2.1 Realizzazione di test per misurare i livelli inquinanti indoor in ambiente scolastico mediante campionatore passivo	Si sta provvedendo ad effettuare l'analisi dei costi dei campionatori occorrenti alla realizzazione del test che comporterà il dosaggio dei composti organici volatili (COV), Si provvederà successivamente all'acquisto e alla loro collocazione negli ambi
F.3 Ambiente: valutazione d'impatto sulla salute - VIS	F.3.1 Emanazione di un atto formale per l'approvazione del documento regionale per la VIS	Al Progetto Nazionale che ha portato all'elaborazione delle Linee guida Nazionali sulla VIS ha contribuito in partnership anche la Regione Campania con la presenza dell'ASL di Caserta
F.4 Ambiente: formazione e comunicazione sui rischi salute-	F.4.1 Emanazione di un documento formale che rappresenti un accordo inter-istituzionale sul tema "ambiente-salute"	Il documento che si provvederà a redigere in considerazione della particolare complessità scaturirà dall'interazione e dallo sviluppo delle altre azioni previste nel PRP e che sono in corso di redazione
	F.4.4 Definizione del curriculum formativo per gli operatori sanitari sul tema ambiente e salute	Il tavolo costituito dai rappresentanti delle AA.SS.LL. sta lavorando per individuare i criteri che dovranno portare a definire il curriculum formativo degli operatori sanitari sul tema ambiente salute
F.5 Ambiente e rischio chimico: formazione e controllo (REACH/CLP)	F.5.2 Emanazione dell' Atto Regionale di recepimento del Piano nazionale di controllo	E' stato emanato l' Atto Regionale di recepimento del Piano nazionale di controllo
	F.5.3 Realizzazione del Piano regionale di controllo annuo secondo le indicazioni degli ENF 1,2,3 di ECHA ivi comprese le linee guida regionali annuali	Piano regionale di Controllo realizzato secondo l'atto regionale
F.6 Ambiente: rischio amianto	F.6.4 Trasmissione dati sugli ex esposti al COR	Sono stati trasmessi al COR i dati aggiornati delle patologie asbestosiche riscontrate sulla coorte degli ex esposti amianto, forniti dai responsabili delle UUOO Amianto delle AASSLL
F.7 Ambiente: rischio radon	F.7.1 Costituzione del gruppo regionale di supporto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute sul rischio radon	E' Costituito il gruppo regionale di supporto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute sul rischio radon
G.1 Migliorare la notifica delle malattie infettive	G.1.3 Incremento del numero di operatori accreditati al sistema PREMAL del 100% in 3 anni	E' in corso di attivazione, con la collaborazione dei competenti Uffici del Ministero della Salute, un percorso di "alta" formazione per gli operatori del PREMAL
G.2 HIV: migliorare	G.2.2 Costituzione Gruppo di lavoro Regione - ASL – AA.OO. AA.OO.UU. e Centro di Riferimento AIDS Regione Campania (Ce.Rif.A.R.C.)	E' stato Costituito il GdL Regione - ASL – AA.OO. AA.OO.UU. e Centro di Riferimento AIDS Regione Campania (Ce.Rif.A.R.C.)

	intervento di formazione per il personale sanitario all'anno	2016.
	G.2.6 Proporzioni di Aziende che realizzano almeno una campagna informativa per la popolazione	è stato predisposto da due aziende del materiale informativo divulgativo per l'offerta attiva del test HIV
G.3 TBC: migliorare il follow-up	G.3.3 Approvazione protocollo per la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB	Il documento è in corso di elaborazione da parte dei Responsabili dei Sep delle AASSLL della Campania con il contributo dell'Uod competente per la rete ospedaliera
G.4 Anagrafi vaccinali e interoperabilità	G.4.2 Proporzioni di Aziende Sanitarie che hanno effettuato la valutazione tecnica dei software esistenti	le 7 ASL hanno effettuato la valutazione tecnica dei software esistenti
G.5 Aumentare le coperture vaccinali	G.5.1 Valutazione annuale delle coperture vaccinali secondo i modelli ministeriali	ESEGUITA
	G.5.4 Emanazione Atto regionale di recepimento ed adeguamento del PNPV.	E' stata approvata la proposta di aggiornamento del calendario vaccinale. E' in fase di redazione il provvedimento di recepimento delle ultime disposizioni
G.6 Sorveglianza Infezioni Correlate all' Assistenza	G.6.3 Realizzazione atti di indirizzo	Atto Deliberativo regionale su ICA ed antibiotico resistenza
	G.6.6 Trasmissione dati di sorveglianza nei modi e tempi stabiliti dalla Regione	Si attendono incisive azioni di miglioramento, che garantiscano in ambito regionale anche un'efficace controllo dei casi di CPE, ricorrendo allo sviluppo di strumenti informatici web-based
G.7 Promozione corretto uso di antibiotici	G.7.1 Approvazione Programma regionale per l'uso corretto di antibiotici	Gli effetti dell'attuazione dell'Atto Deliberativo, approvato, potranno essere osservati negli anni successivi
	G.7.5 Adozione di protocolli aziendali per la terapia delle infezioni a più alta prevalenza	L'applicazione degli indirizzi regionali potrà essere favorita dalla creazione di una cabina di regia regionale, già avvenuta con un Decreto Dirigenziale istitutivo di una Commissione regionale intersettoriale
	G.7.9 Proporzioni di ASL che realizzano un evento formativo/anno sull'uso degli antibiotici, rivolto agli operatori coinvolti	la proporzione di ASL che realizzano un evento formativo/anno sull'uso degli antibiotici, rivolto agli operatori coinvolti è di 1 su 7
H.1 Sicurezza alimentare, monitoraggio e controllo	H.1.1 Definizione del Protocollo Regionale per l'integrazione dei controlli tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	Piano Regionale Integrato DGRC 346/2015 e DGRC 617/2015- per la definizione del Protocollo regionale con ARPAC per i controlli.
H.2 Antibiotico- resistenza in ambito veterinario	H.2.1 Proporzioni di Aziende Sanitarie Locali che realizzano almeno una volta l'anno una attività di formazione per gli stakeholders per l'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	In via di definizione il protocollo per la sperimentazione della ricetta elettronica, da attuarsi.
H.3 Capacità analisi sugli alimenti e sugli animali	H.3.1 Stipula di un Protocollo di Intesa tra le Istituzioni e gli Enti coinvolti	Piano Regionale Integrato DGRC 346/2015 e DGRC 617/2015- per la definizione del Protocollo regionale con ARPAC per i controlli.
	H.3.3 Pianificazione dei campionamenti per le indagini di laboratorio	Processo ormai standardizzato
H.4 Emergenze veterinarie e sicurezza alimentare	H.4.3 Produzione di un manuale operativo regionale per le emergenze veterinarie e le emergenza relative alla sicurezza alimentare	E' stato approvato il Manuale operativo regionale per le emergenze veterinarie e le emergenze relative alla sicurezza alimentare

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		n. 34 del 17 Giugno 2019	Attività della Regione
zoonosi da animali selvatici	2 Redazione dei Piani di sorveglianza per le quattro malattie infettive individuate	E' stato predisposto il Piano di sorveglianza	
H.7 Intolleranze alimentari e carenze nutrizionali	H.7.1 Redazione del piano regionale integrato (PRI) dei controlli 2015-2018 da parte della Regione	DGRC n. 617 del 2/12/15 di approvazione del Piano Regionale Integrato (PRI) 2015-2018	
	H.7.3 Redazione dei documenti di programmazione annuali territoriali (DPAT) da parte delle Aziende Sanitarie Locali	Documento prodotto in 6 Asl su 7 Asl	
Regione Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Linea Progettuale 5.Gestione delle cronicità Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti PROGETTO: Le varie tappe della cronicità in età pediatrica e adulta dalla genetica al PDTA, attraverso percorsi in rete informatizzati , mutidisciplinari e multidimensionali nei vari setting assistenziali			
Titolo progetto	OBIETTIVI	RISULTATI	
Le varie tappe della cronicità in età pediatrica e adulta dalla genetica al PDTA, attraverso percorsi in rete informatizzati , mutidisciplinari e multidimensionali nei vari setting assistenziali	Incremento di pazienti presi in carico con valutazione del bisogno ed elaborazione del PRI	L'azione di impulso regionale ha consentito determinato l'organizzazione di un maggior numero di Unità territoriali di valutazione del bisogno riabilitativo, e un incremento della presa in carico precoce dei pazienti ricadenti nei Percorsi riabilitativi disciplinati dalla Regione. In particolare effetti positivi sono rilevati nei percorsi Ictus e Frattura di femore.	
	n. di servizi di NNPIA territoriali attivati, e attività per la transizione verso l'età adulta	30 NNPIA attivi, con i centri di coordinamento aziendali. I servizi territoriali in diverse ASL hanno attivato percorsi di transizione; in altre individuato servizi integrati per la transizione	
	Definizione di protocolli di dimissione programmata/protetta	Gruppi di lavoro regionali hanno definito protocolli e percorsi di dimissione programmata/protetta verso strutture residenziali o verso il domicilio	
	Copertura del 100% dei coordinamenti aziendali (CAD) per le cure domiciliari.	Tutte le Aziende hanno individuato i propri servizi responsabili per il coordinamento delle cure domiciliari	
	Funzionamento di una UVI e di una PUA per ogni distretto sanitario	Ogni distretto sanitario ha UVI e PUA di riferimento per l'accesso e valutazione del bisogno sociosanitario	
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il			

Linea 6 “RETI ONCOLOGICHE”

PROGETTO: Nell'ambito dell'applicazione del DCA 98/16 implementazione dei GO, CORP e Corpus in accordo alle indicazioni promananti dalla Rete Oncologica Campana

Titolo progetto	OBIETTIVI	RISULTATI
Sviluppo della Rete Oncologica Campana	Implementazione della rete con progressivo ingresso delle Aziende Sanitarie	La ROC è completata nel suo modello organizzativo. Tutte le Aziende hanno costituito GOM interaziendali. Il 100% delle Aziende si è costituito in Rete.
	Adozione di ulteriori PDTA	adottati n. 18 PDTA
	Inserimento in piattaforma web dei servizi territoriali	inseriti per ciascuna ASL i corrispettivi servizi territoriali per la presa in carico integrata ospedale-territorio
	Eventi informativi diretti al personale coinvolto	per ogni documento tecnico adottato dalla ROC si sono tenuti eventi informativi, anche mediante eventi e strumenti mediatici
	Sperimentazione del percorso in due ASL	asl na3 e asl na1
	Avvio della valutazione dei nodi della rete in funzione dei volumi di prestazione	è stato costituito ed è operativo il Gruppo di Lavoro Tecnico per la valutazione dei cut off
	Attuazione refertazione patologica	adottato documento tecnico per il referto anatomopatologico Unico regionale e avvio sperimentazione refertazione
	Attuazione progetto radioterapia	progetto adottato e attivo in alcune Aziende. In attesa di reclutamento personale a regime.
	Rivalutazione degli esiti nell'ambito del miglioramento continuo della qualità delle cure	la regione sta monitorando la mobilità passiva per pazienti oncologici in 2 province (Caserta e Salerno). Per alcuni PDTA si avviano percorsi di certificazione di Qualità.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE UTILIZZO FONDI VINCOLATI

ANNO 2017

In esito al recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) relativo all'assegnazione alle regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale anno 2017, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-bis della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 e s.m.i. – Ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2017 e rendicontazione dell'esercizio 2016, la Regione Campania produce la propria programmazione relativa alle Linee Progettuali 1,2,3,4,5,6.

L'Accordo citato prevede una sostanziale continuità rispetto ai contenuti delle linee progettuali individuate per l'anno 2016, secondo le rinnovate Linee, come di seguito elencate:

- 1) Attività di assistenza primaria
- 2) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
- 3) Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica (con vincolo di risorse)
- 4) Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione (con vincolo di risorse e obbligo di supporto per il 5/mille al PNP-Network)
- 5) Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza
- 6) Reti Oncologiche

La regione Campania declina la propria programmazione secondo schede progettuali per tutte le linee previste dall'Accordo, come di seguito riportate, ed in aderenza ai contenuti condivisi nell'Intesa.

Con successivo decreto dirigenziale saranno definite le modalità di presentazione da parte delle Aziende dei rispettivi piani di azione.

LINEA PROGETTUALE	ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA
PROGETTO	RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE
DURATA	1 ANNUALITA'
IMPORTO ASSEGNATO	22.669.899

PROGETTO

La Regione Campania intende proseguire nella riorganizzazione delle Cure Primarie e dell'assistenza territoriale in generale, in coerenza ed in continuità con il Piano di Programmazione dell'assistenza Territoriale di cui al DCA 99 del 22.09.2016.

Fondamentale si rileva la garanzia in ogni distretto sanitario di un Punto di ingresso unico ai servizi, integrato, quale la PUA, per l'orientamento e presa in carico, specialmente nei bisogni complessi e multidimensionali.

Il processo deve necessariamente proseguire attraverso l'implementazione di forme organizzative monoprofessionali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali (UCCP). Un ruolo strategico è rivestito dalla capacità di coniugare la capillarità della rete assistenziale nelle sue diverse forme (MMG singoli o in associazione di Gruppo o di Rete) con l'evoluzione di nuove forme organizzative. Questo percorso sarà favorito dalla rinnovata intesa con la Medicina Generale, aperta a una sinergica collaborazione nell'ottica di un necessario prosieguo verso un'assistenza primaria che riaffidi al MMG il suo ruolo privilegiato. A tal fine, in assenza di un A.C.N. di riferimento risulta imprescindibile addivenire ad un Accordo Integrativo Regionale, attraverso una riallocazione e riqualificazione delle risorse attualmente impiegate nell'Assistenza Primaria. Ciò permetterà il graduale superamento delle precedenti forme associative. Il processo è in fase di attivazione.

Altrettanto fondamentale è lo sviluppo, la condivisione e l'utilizzo di strumenti di lavoro quali i PDTA, che permettono di coniugare i percorsi diagnostico-terapeutici con azioni di monitoraggio a garanzia dell'equità di accesso alle cure e di omogeneità dei processi. La Regione a tal fine promuoverà l'adozione di modelli standard per l'elaborazione di PDTA regionali, prioritariamente afferenti all'area delle cronicità, per l'implementazione contemporanea del Piano Nazionale delle Cronicità.

Per facilitare la presa in carico dei pazienti affetti da cronicità si ritiene strategico l'effettuazione della diagnostica di primo livello da parte del mmg per i pazienti di riferimento della propria AFT, con un modello legato ad obiettivi e non di tipo prestazionale (spirometria, ECG, Ecografia).

Nello sviluppo della diagnostica di primo livello affidata al mmg, rilievo riveste anche la promozione dei servizi di telemedicina in un sistema di messa in rete delle informazioni fra gli operatori coinvolti nel PDTA per assicurare una efficiente presa in carico degli assistiti dove non sono più le persone che si spostano, ma le informazioni.

In tal senso fondante per lo sviluppo di Cure Primarie moderne, sorrette da PDTA, è la garanzia di contestuali processi di formazione coordinati e complementari all'utilizzo di tecnologie di base avanzate, tali da rendere efficace, in prossimità, il percorso di presa in carico delle cronicità, processi a loro volta correlati ad un monitoraggio regionale delle azioni svolte per valutare nel medio-lungo termine l'efficacia del PDTA.

infermieristico distrettuale.

Ove programmato devono essere attivati i Centri Diabetologici distrettuali di II livello.

OBIETTIVI

- 1) Attivazione procedure e avvio lavori per accordo integrativo regionale con le OO.SS. della Medicina Generale per la riqualificazione delle risorse
- 2) Adozione di un modello unico regionale per l'organizzazione e il funzionamento delle AFT e UCCP
- 3) Rivalutazione del fabbisogno di AFT e UCCP in relazione al disagio orogeografico e a particolari territori ampi e dispersi
- 4) Promozione delle attivazioni degli Ospedali di Comunità
- 5) Attivazione sperimentale di UCCP
- 6) Adozione modello organizzativo di una UCCP Pediatrica (programmate 2 in Regione Campania)

INDICATORI (di struttura, processo, esito)

- 1) Sottoscrizione accordo integrativo regionale con i MMG
- 2) Individuazione con decreto dirigenziale di tutte le AFT e UCCP regionali
- 3) Individuazione con nomina aziendale dei coordinatori delle AFT
- 4) Numero delle PUA distrettuali attive/totale previste
- 5) Numero di ambulatori infermieristici attivi/totale previsti
- 6) Numero centri diabetologici di II livello pubblici attivi/totale previsti
- 7) Numero di AFT attivate/n.ro previste

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Destinatari del finanziamento sono le ASL campane, in funzione di una quota nominativa per assistito residente.

LINEA PROGETTUALE	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
PROGETTO	SVILUPPO DI MODELLI DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE, PARTECIPAZIONE, EMPOWERMENT, RAPIDO ACCESSO ALLA DIAGNOSI, PRESA IN CARICO E CURA PER LE PERSONE CON MALATTIA RARA
DURATA	1 ANNUALITA'
IMPORTO ASSEGNATO	2.930.767

PROGETTO

Il DCA-134/2016 identifica i processi di umanizzazione come strumento per recuperare la centralità dell'individuo rispetto ai processi di cura in Campania, con particolare riferimento ai pazienti fragili, tra cui le persone affette da malattie rare. Il DCA 134/2016 individua aree di forte criticità per la Regione Campania, dove sono riscontrabili carenze che pregiudicano il soddisfacimento degli adempimenti LEA, tra cui : a) prevenzione; b) flussi informativi; 3) liste di attesa (rapido accesso alla diagnosi e cura). In adesione al DPCM del 12 gennaio 2017 sono stati introdotti 134 nuovi codici di esenzione per 201 malattie rare.

In merito la Regione Campania programma lo sviluppo di una strategia integrata, globale e di medio periodo relativa alle malattie rare, centrata sui bisogni assistenziali della persona e della sua famiglia e definita con il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, tenuto conto delle esperienze già maturate e nel quadro delle indicazioni nazionali e europee. Questo approccio si colloca nel contesto di un processo di riorganizzazione avviato dalla Regione Campania, che è volto a massimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate per migliorare i LEA, riducendo al contempo le disuguaglianze di salute.

L'articolazione di un progetto regionale che armonizzi gli interventi per l'umanizzazione in una cornice unitaria consentirà di massimizzare l'impatto sulla qualità percepita dai pazienti rispetto ai servizi erogati, e contribuirà a promuovere l'evoluzione del SSR, migliorando i rapporti operatori-pazienti, il dialogo tra gli operatori del SSR, ed in ultima analisi gli outcomes di salute dei cittadini campani.

L'obiettivo strategico dell'approccio proposto è integrare l'umanizzazione delle cure all'interno dei processi organizzativi del SSR, potenziando il legame tra i professionisti della salute ed i pazienti, intesi sia dal punto individuale che sociale e collettivo, attraverso il miglioramento degli aspetti organizzativi, clinici, procedurali che siano capaci di supportare una risposta adeguata ai fabbisogni di salute, e perciò multidimensionale, attraverso la rete dei servizi.

Il cambiamento atteso sarà evidenziabile anche da un maggior numero di pazienti diagnosticati dal momento che, da un recente studio effettuato, il numero di pazienti campani raffrontato con regioni omogenee per popolazione, sembra essere sottostimato.

Il progetto viene coordinato dal Centro Regionale delle Malattie Rare.

OBIETTIVI

- 1) Costruire la nuova Rete assistenziale Regionale per il Malato raro

- 3) Attivare conoscenze e competenze del cittadino, del paziente, del pediatra, del MMG per una diagnosi precoce
- 4) Archiviare i dati clinici e utilizzare sistematicamente piattaforme ICT per l'implementazione di reti assistenziali multilivello su scala territoriale
- 5) Potenziare l'attività strategica del Centro Regionale Malattie Rare e rafforzare il rapporto con le Associazioni Pazienti
- 6) Sviluppare percorsi dedicati a particolari aree tematiche per facilitare l'ingresso del Malato Raro ai servizi in area di Emergenza/urgenza mediante Tavoli Tecnici dedicati a particolari esigenze assistenziali in accordo con il bisogno emergente
- 7) Rendere partecipativa la programmazione regionale

INDICATORI

- 1) Adozione documenti regionali di mappatura della Rete regionale con creazione ambulatori "filtro" malattie rare nei presidi/ASL e ambulatori malattie rare pediatriche
- 2) Adozione di un modello regionale di PDTA e sviluppo di PDTA d'organo
- 3) Adozione materiale informativo regionale per favorire l'accesso ai servizi assistenziali: Definizione della carta dei servizi, sito web
- 4) Implementazione sistema informativo regionale, in raccordo con altri Enti sovraregionali (Regione Veneto, ISS)
- 5) Realizzazione di eventi scientifici e iniziative divulgative d'intesa con i pazienti
- 6) Sviluppo di eventi formativi dedicati ai pazienti ed ai care giver
- 7) Numero di ambulatori aziendali dedicati al malato raro (definiti UNITS)/n.ro aziende
- 8) Risanamento e restyling degli ambienti di accesso e di attesa, integrandoli con elementi di promozione della salute ed adeguati alle varie forme di disabilità

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tutte le Aziende Sanitarie campane: le ASL in funzione di una quota capitaria, le AORN e le AOU in funzione dei pazienti storicamente assistiti

LINEA 3 – CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.

LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA
PROGETTO	ATTUAZIONE PERCORSI INTEGRATI DI PRESA IN CARICO DOMICILIARE. CURE DOMICILIARI INTEGRATE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DURATA	1 ANNUALITA'
IMPORTO ASSEGNATO ANNO 2017	10.837.184

IL PROGETTO

La Rete Locale di Cure palliative, come descritta nell'Intesa del 25 luglio 2012, rappresenta una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative, erogate in ospedale, hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La Regione Campania ha come progetto prioritario l'attuazione dell'art. 23 del capo IV del D.P.C.M. del 12.1.2017. Esso prevede la realizzazione di percorsi di presa in carico avviati e realizzati dalle Unità di Cure Palliative – UCP – sulla base di protocolli formalizzati.

La Regione Campania determina, come fondamentale processo di miglioramento delle cure, di rendere attiva la rete locale di cure palliative con un carico assistenziale a più elevata complessità.

La Rete locale si compone di un Coordinamento aziendale e di UCP distrettuali: esse devono necessariamente essere costituite da equipe multiprofessionali, nelle quali risulti di particolare rilevanza e universalmente rappresentata, la figura del Medico Specialista in Cure Palliative.

Vengono dunque programmate le UCP, Unità di Cure Palliative, da attivare su base distrettuale, con equipe formate e dedicate.

Parimenti viene programmata l'istituzione di un Coordinamento aziendale di Cure Palliative che sia garante dell'uniformità di accesso alle cure e della erogazione dei servizi, che provveda a determinare procedure di presa in carico, percorsi assistenziali alle diverse tipologie di utenza.

Il monitoraggio della rete locale risulta azione complementare alla progettazione della rete stessa, così come previsto dalla legge 38/2010 e dalle Delibere di Giunta Regionale n. 272 e 273 del 2011.

Il fondo assegnato obiettivo 2017 si considera complementare al fondo già trasferito alle Aziende sanitarie locali per lo sviluppo e l'implementazione delle cure domiciliari e va utilizzato per attuare l'obiettivo di incrementare la presa in carico di soggetti adulti e non adulti, malati terminali oncologici e non.

OBIETTIVI

- 1) Ogni Azienda deve definire un piano di sviluppo delle Cure Domiciliari palliative individuando le professionalità da integrare e da acquisire, il target di utenti da raggiungere
- 2) Ogni Azienda deve istituire un Coordinamento Aziendale e UCP distrettuali
- 3) Lo sviluppo delle Cure Palliative deve incrementare il numero di pazienti con CIA 4-coefficiente di intensità assistenziale



per le dimissioni protette, programmate ed anticipate

- 5) Incrementare gli accessi domiciliari medici con palliativisti, esperti in cure palliative

INDICATORI

- 1) Numero di Coordinamenti e UCP attive
- 2) Numero di unità di personale dedicato alle cure palliative domiciliari
- 3) N. Procedure aziendali approvate per dimissioni protette da servizi ospedalieri
- 4) Incremento del 5% dei CIA 4 rispetto all'anno precedente
- 5) N. accessi medici palliativisti/esperti in cure palliative

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tutte le Aziende Sanitarie campane: le ASL in funzione di una quota capitaria, le AORN e le AOU in funzione dei pazienti storicamente assistiti

LINEA 4

PIANO DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

LINEA	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
PROGETTO	PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE
DURATA	ANNUALE
IMPORTO ASSEGNATO AL PIANO DELLA PREVENZIONE ANNO 2017	26.009.242
IMPORTO ASSEGNATO AL SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE ANNO 2017	130.046

IL PROGETTO

La Regione Campania si è dotata con Delibera di Giunta di un proprio Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Esso rappresenta uno dei 3 importanti temi di programmazione sanitaria regionale, già ampiamente implementato per le annualità precedenti. L'impianto ed i contenuti sono stati validati dal Ministero della Salute che monitora insieme alla Regione i risultati in progress secondo indicatori chiari e preordinati. L'obiettivo generale del PRP è la realizzazione del concetto di "Salute in tutte le Politiche", evidenziando la capacità della regione di permeare le azioni di tutti gli ambiti di un comun denominatore che è quello della promozione della salute e prevenzione delle patologie.

La Regione Campania, con il PRP 14-18, si è impegnata a realizzare ogni possibile sforzo per ridurre l'episodicità dei progetti in favore di programmi capaci di assicurare, nel medio-lungo periodo, una necessaria messa a sistema degli interventi di prevenzione. La sostenibilità delle azioni, infatti, al pari della continua ricerca dell'efficacia, dell'efficienza e dell'equità, si confermano i principi-guida del nostro PRP.

L'impegno annuale è teso ad una più adeguata messa a sistema dei Sistemi di Sorveglianza e dei Registri Tumori aziendali, alla riprogrammazione degli screening oncologici e la loro informatizzazione centralizzata a livello regionale/aziendale, a un forte impulso alla Promozione della Salute nella governance e nel management nei diversi setting, a un cospicuo investimento sui determinanti di salute nei primi 1.000 giorni di vita, un Protocollo regionale Scuola-Salute formalizzato alla luce dei principi delle "Scuole Promotrici di Salute", alla stabilizzazione degli interventi relativi alle Malattie Professionali, al rinnovato impegno sul tema ambiente-salute con la partecipazione alla task-force ministeriale sul tema, e poi ancora il potenziamento della governance regionale/aziendale sulle vaccinazioni, il grosso impegno sulle antibiotico-resistenze e sulla relazione tra salute umana e animale sono alcune tra i principali temi che poniamo a noi stessi.

Essi si snodano attraverso la prosecuzione degli 8 programmi di lavoro:

- Programma A – essere informati per saper decidere
- Programma B – Benessere nella Comunità
- Programma C - I primi 1000 giorni di vita
- Programma D – verso le scuole promotrici di salute

- Programma F – ambiente e benessere
- Programma G –salute umana e infezioni
- Programma H- alimenti e animali sani per la tutela della salute umana

I programmi prevedono azioni specifiche connesse e trasversali per attività coordinate.

La Regione Campania attiva continui processi di audit e di monitoraggio per la verifica dello stato di avanzamento delle azioni previste dal Piano, attraverso uno specifico gruppo di monitoraggio.

IL PROGETTO DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

COME EVIDENZIATO DAL PRP

OBIETTIVI E INDICATORI:

COME DA PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

PROGETTO: ATTIVITA' DEI NETWORK NAZIONALI

Il piano Nazionale della Prevenzione prevede anche la necessità di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili per il confronto e la collaborazione tra le Regioni e il Ministero. Il Patto per la Salute 23014-16 identifica i 3 network essenziali per la governance del Piano nazionale: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP) e Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM).

In particolare la Regione Campania intende promuovere con i 3 network le seguenti aree prioritarie di intervento:

- **Con ONS:**
 - Attività di formazione
 - Migliorare la qualità dell'informazione, della comunicazione e rendicontazione dei risultati
- **Con NIEBP:**
 - Valutazioni di effectiveness di interventi regionali e nazionali
- **Con AIRTUM**
 - Raccolta e conferimento alla Banca Dati Nazionale dei dati regionali al fine di calcolare i principali indicatori epidemiologici di impatto
 - Attività di formazione

- 1) Attività di formazione per il personale dedicato alle attività di prevenzione
- 2) Attività di comunicazione e informazione per i cittadini
- 3) Costruzione di una rete sociale per la promozione della salute

INDICATORI

- 1) Numero eventi formativi svolti per il personale / numero di personale raggiunto
- 2) Numero eventi informativi e comunicativi rivolti ai cittadini
- 3) Numero di accordi sottoscritti con attori sociali per la promozione della salute

RISORSE DEDICATE: 5 PER MILLE

LINEA 5 – GESTIONE DELLA CRONICITA’

GESTIONE DE	
PROGETTO	MODELLI ASSISTENZIALI AVANZATI. RETI INTEGRATE. RETI TERRITORIALI. ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' E DI NON AUTOSUFFICIENZA
DURATA	ANNUALE
IMPORTO ASSEGNATO ANNO 2017	35.348.064

PROGETTO

La capacità di gestione delle cronicità rappresenta per il SSR l'opportunità di garantire sostenibilità allo stesso SSR, e nel contempo dedicare il massimo delle cure possibili alla maggior platea di persone, nella enorme diversità e complessità in cui si manifesta il concetto di cronicità.

Il principale strumento per poter rendere reale questo intento è sicuramente rappresentato dalla necessità di potenziare e riqualificare la rete dei servizi territoriali in un'ottica di reti integrate a supporto di modelli assistenziali avanzati. La Regione Campania intende proseguire nel miglioramento della presa in carico dei soggetti cronici, fragili, non autosufficienti e proseguire attività di assistenza mirate e dedicate.

I processi attraverso cui la Regione Campania vuole attuare questo progetto si declinano dunque mediante la produzione o implementazione dei seguenti modelli avanzati di gestione delle cronicità:

- 1) Rafforzare e sviluppare le attività e la rete dei servizi dei Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per il superamento delle carenze e delle disomogeneità territoriali dei servizi, per la diagnosi clinica e funzionale, la valutazione del bisogno riabilitativo, la presa in carico e la cura dei disturbi del neurosviluppo e della psicopatologia, anche con riferimento alla individuazione precoce e alla transizione ai servizi per l'età adulta
- 2) Rafforzare e integrare l'assistenza psicologica nella gestione delle cronicità dell'età evolutiva e dell'età adulta, dalle cure primarie all'assistenza ospedaliera
- 3) Riqualificazione del sistema di offerta pubblica per i soggetti adulti e anziani affetti da disturbi cognitivi, con incremento dell'offerta dei servizi di riabilitazione e presa in carico di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Il decreto 55/2015 prevede la realizzazione di centri dei disturbi cognitivi e demenze – CDCD distrettuali. La programmazione regionale chiede nei prossimi anni di:
 - a. definire le sedi operative ed il relativo bacino di utenza dei CDCD
 - b. individuare, istituire e rendere operative le equipe dei CDCD, con dotazione organica minima composta da geriatra, neurologo, psichiatra, terapeuta della riabilitazione, terapeuta occupazionale, psicologo, infermiere, amministrativo, proporzionata all'utenza
 - c. prevedere e attivare nei CDCD ambulatori di riabilitazione cognitiva
 - d. adeguamento delle RSA anziani e modulo demenze alla normativa regionale vigente che definisce e riclassifica le RSA (in Unità di cura R3) e il nucleo demenze (in Unità di Cura R2D) al fine di rafforzare l'offerta pubblica sociosanitaria agli adulti e agli anziani.

assistenziale: la programmazione regionale prevede di incrementare gli utenti in carico alle cure domiciliari e migliorare i percorsi di continuità tra ospedale e domicilio.

- 5) Il sostegno alle persone fragili e/o non autosufficienti deriva anche dalla buona formulazione di un processo di presa in carico riabilitativa che preveda una integrazione ospedale-territorio. Tale integrazione deve necessariamente transitare attraverso il miglioramento dei processi di valutazione dei bisogni assistenziali e riabilitativi e di presa in carico integrata: il potenziamento dell'equipe multidisciplinare (UVBR) ospedaliera e territoriale e degli standard organizzativi rappresentano la sostanza di questo intervento. Esso va inoltre coniugato con l'implementazione di processi di dimissione pianificata e protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura. Rimane infine indispensabile adeguare i posti letto pubblici per unità di cure residenziali extraospedaliere pubbliche (R3, RD3, R2D) e semiresidenziali per la continuità assistenziale della persona fragile e/o non autosufficiente
- 6) Modelli assistenziali finalizzati a sostenere i processi di recovery in persone affette da disturbi mentali gravi. L'obiettivo è dare attuazione all'art. 26 del DPCM del 12 gennaio 2017, potenziando e qualificando le attività delle ASL e dei Dipartimenti di Salute Mentale in favore dei pazienti con Disturbi mentali gravi per prevenirne o ridurne la cronicizzazione. Rilevante è la programmazione di processi formativi e implementazione di percorsi aziendali, anche per la riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei TSO;
- 7) Gestione del paziente cronico e monitoraggio dell'aderenza alle terapie

Alla luce del nuovo Piano Nazionale della Cronicità (PNC) risulta fondamentale sviluppare nuove modalità assistenziali centrate sui bisogni della persona, sull'integrazione dei professionisti e dei servizi e sulla definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi. Pertanto, in linea con quanto predisposto dal Piano Nazionale Cronicità, lo scopo del progetto è quello di attuare, specificamente, le seguenti aree di intervento:

- Perseguire il coordinamento funzionale delle attività di MMG e PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto al fine di ridurre gli accessi impropri al ricovero ospedaliero
 - Garantire la presa in carico di ogni paziente con patologia cronica attraverso PDTA validati dalla Regione Campania
 - Individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia degli interventi sanitari e dell'empowerment del paziente
 - Adottare procedure che favoriscano l'aderenza alle terapie
- 8) Utilizzo dello strumento del PDTA quale metodologia di lavoro per la gestione delle aree di cronicità come individuate dal Piano Nazionale delle Cronicità.

La Regione Campania ritiene fondamentale nella governance delle cronicità utilizzare in maniera diffusa e condivisa lo strumento del PDTA. A tal proposito progetta di realizzare un documento unico contenente Linee di indirizzo operative per la stesura di un PDTA regionale ed aziendale. In tal modo la documentazione prodotta dalle aziende o commissionata dalla stessa Regione, su

basato su un modello validato negli items principali e nella procedura di elaborazione. I PDTA proposti ed elaborati dovranno necessariamente essere coniugati a percorsi formativi dedicati per gli operatori delle Cure Primarie ed eventualmente corredati di un supporto tecnologico dedicato, in rete, fruente anche di percorsi di telemedicina e governato da un processo di analisi di sistema tale da permettere il monitoraggio applicativo dell'intero PDTA, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo degli esiti di salute

9) Modelli assistenziali avanzati basati sull'utilizzo della Telemedicina

L'assistenza remota attraverso informatica e telecomunicazioni con scambio di informazioni per diagnosi, terapia, assistenza e prevenzione delle patologie permette di trasferire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie, supportare la ricerca e la valutazione della cura. Nella governance delle cronicità la telemedicina può diventare un virtuale luogo di assistenza sanitaria, nel quale si riversano benefici diretti e indiretti. Riduce il gap di accessibilità ai servizi in aree disagiate, a pazienti con disabilità, a pazienti che necessitano di controlli ravvicinati, può essere attiva h24 ed essere collegata in tempo reale con tutte le strutture sanitarie di riferimento. Rappresenta un notevole potenziamento delle Cure Primarie nei percorsi di Cronicità, può monitorare l'applicazione dei PDTA.

10) Modelli assistenziali per la governance delle patologie croniche in età pediatrica

a) Diabete

Sono oltre 3 milioni i pazienti affetti da Diabete in Italia e circa il 7% di questa popolazione risiede in Campania. L'elevata prevalenza della patologia diabetica rappresenta per la Campania un problema assistenziale di particolare rilevanza che deve essere gestito dalle Aziende Sanitarie in maniera proattiva, multidisciplinare e integrata, al fine di prevenire e/o ridurre le complicanze e breve e lungo termine.

L'aumento della prevalenza ha generato una modifica dei bisogni sanitari e la necessità di riorganizzare l'assistenza sanitaria passando da un approccio "on demand" ad uno di promozione ed implementazione dei modelli di gestione della cronicità, basati su un sistema di cura centrato sul paziente-persona, organizzato ed integrato dalla scelta del trattamento antidiabetico più appropriato.

b) Malattie croniche

Secondo un recente documento della Società Italiana di Pediatria, il concetto di cronicità in età pediatrica si riferisce a "bambini con bisogni assistenziali speciali a maggior rischio di condizione cronica nella sfera fisica, evolutiva, comportamentale ed emotiva, che richiedono servizi socio-sanitari di tipo e dimensione diversa da quelli usuali", includendo poche condizioni cliniche frequenti e molte condizioni rare. La sopravvivenza di pazienti con condizioni un tempo considerate letali ha determinato un incremento delle malattie croniche, con una prevalenza stimata nella popolazione pediatrica (0-16 anni) di 1:200.

La complessità assistenziale di questi pazienti cronici risiede nella natura socio-sanitaria dei bisogni dei bambini. Essi richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, organizzate sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

protagonisti ed i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza (unità paziente/famiglia).

E' compito dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali fornire un sostegno alla famiglia sia per preparare l'accoglienza del paziente in casa sia nel periodo successivo. Il sostegno necessario può essere educativo-relazionale, economico-sociale o di altra natura.

I teen-ager a loro volta hanno caratteristiche emozionali molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti; in questa delicata fase l'adolescente deve rispondere a molte richieste interne ed esterne.

In questa fase sono richiesti un lavoro particolare e una formazione di base sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, che tenga conto delle ambivalenze tipiche dell'età, di una quota di "aggressività" nei confronti dei curanti (come nei confronti di altre figure adulte, in particolare i genitori) e della malattia.

OBIETTIVI

1) Modello avanzato NNPIA nelle ASL

- a. Istituire almeno 1 Nucleo territoriale di NPIA per azienda completo di tutte le figure professionali
- b. Prevedere almeno un ambiente allestito e dotato di strumenti standardizzati per l'osservazione e la valutazione da parte dell'equipe multidisciplinare del NNPIA
- c. Incremento dei progetti riabilitativi elaborati e prescritti dai NNPIA
- d. definire percorsi per la diagnosi e la presa in carico precoce degli esordi di psicopatologie gravi su indirizzi regionali

2) Assistenza psicologica nella cronicità

- a. Individuazione di servizi di Psicologia clinica trasversali ai servizi di cure primarie e ospedaliere
- b. Definizione di procedure per l'integrazione dell'assistenza psicologica nei percorsi di cura della cronicità

3) Riqualificazione del sistema di offerta pubblica per i soggetti adulti e anziani affetti da disturbi cognitivi:

- a. Almeno un CDCD attivo per ASL con equipe completa, con attività di riabilitazione cognitiva
- b. Piani aziendali di adeguamento RSA pubbliche in unità di cura R3 e R2D
- c. Procedura aziendale per presa in carico dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e demenze e MILD cognitive impairment
- d. Procedura aziendale per la dimissione protetta da servizio ospedaliero e per la presa in carico presso centri diurni e unità di cura R3 e R2D

assistenziale nelle ASL:

- a) Individuare il coordinamento aziendale
 - b) Definire procedure di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliero e territoriale (RSA, etc etc) che insistono sul territorio aziendale e regionale
 - c) Definire un piano di incremento ed acquisizione del personale finalizzato all'incremento quali quantitativo delle cure domiciliari;
 - d) incremento del 15% delle prese in carico per CIA 1 e 2, e 5 % per CIA 3
- 5) Continuità della presa in carico riabilitativa alle persone adulte fragili e/o non autosufficienti:
- a. Garantire equipe multidisciplinari (UVBR) composte da tutte le figure professionali previste
 - b. Adeguare sotto il profilo strutturale ed organizzativo le strutture pubbliche territoriali, anche con allestimenti di spazi adeguati all'osservazione e valutazione dei bisogni riabilitativi;
 - c. Predisporre procedure di dimissioni ospedaliere pianificate e protette per la continuità di cura
- 6) Modelli assistenziali finalizzati a sostenere i processi di recovery in persone affette da disturbi mentali gravi
- a. Promuovere attività di formazione finalizzata a sostenere i processi di recovery
 - b. Definizione di percorsi aziendali per favorire interventi di recovery
- 7) Gestione del paziente cronico e monitoraggio dell'aderenza alle terapie
- a. Monitorare i percorsi prescrittivi in funzione dell'adozione di strumenti di lavoro condivisi all'interno delle articolazioni del distretto e delle nuove organizzazioni delle Cure Primarie al fine di ridurre gli accessi impropri al ricovero ospedaliero
 - b. Adottare a livello aziendale i PDTA validati dalla Regione Campania e garantirne la presa in carico di ogni paziente con patologia cronica
 - c. Adottare procedure di analisi e monitoraggio sul consumo della spesa farmaceutica finalizzati alla migliore aderenza terapeutica
 - d. Favorire l'empowerment del paziente attraverso la produzione e l'adozione di strumenti informatizzati a larga diffusione per facilitare l'aderenza terapeutica nelle terapie croniche multispecialistiche
- 8) Utilizzo dello strumento del PDTA quale metodologia di lavoro per la gestione delle aree di cronicità come individuate dal Piano Nazionale delle Cronicità
- a. Implementazione del PDTA per la BPCO in tutta la Regione Campania
 - b. Individuazione di almeno 1 o 2 referenti per AFT per la BPCO

- d. Produzione programma formativo unico regionale per 350 MMG
 - e. Collaborazione con le Società Scientifiche per il necessario supporto
- 9) Modelli assistenziali avanzati basati sull'utilizzo della Telemedicina
- a) Realizzare uno o più Centri Pilota interaziendali di Telemedicina
 - b) Sperimentare su un PDTA regionale un modello applicativo di telemedicina
- 10) Modelli assistenziali per la governance della malattie croniche in età evolutiva
- a) diabete:
 - a. Fare il punto sullo stato dell'arte dei modelli aziendali di presa in carico del paziente affetto da patologia cronica (Centri antidiabete e centri di riferimento Regionali) alla luce del fabbisogno aziendale sui nuovi target di prevalenza per la determinazione di un modello unico regionale
 - b. Definire il numero di pazienti seguiti nei centri specialistici e promuovere azioni che consentano una completa ed integrata presa in carico del paziente diabetico.
 - c. Misurare complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni è associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori)
 - b) Cronicità pediatriche
 - a. Migliorare le conoscenze e la relativa presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva.
 - b. Garantire presa in carico del nucleo familiare in un contesto specialistico

INDICATORI

- 1) Modello avanzato NNPIA
 - a. Nuclei territoriali completi di tutte le figure professionali/n.ro attesi
 - b. Numero spazi allestiti per la valutazione
 - c. Indirizzi per la diagnosi e presa in carico precoce degli esordi
 - d. Numero progetti riabilitativi elaborati e prescritti dai NNPIA
- 2) Assistenza psicologica nella cronicità
 - a. Percorsi per l'integrazione dei percorsi di cura
- 3) Riqualificazione del sistema di offerta pubblica per i soggetti adulti e anziani affetti da disturbi cognitivi:

- b. Numero strutture pubbliche riqualificate in R3 e R2D
 - c. Numero utenti in carico con PAI formulato ai servizi CDCD
- 4) Attuazione dei percorsi integrati di presa in carico domiciliare. Cure domiciliari integrate e continuità assistenziale nelle ASL:
- a. numero di unità organizzative attive e numero di unità di personale dedicato alle cure domiciliari
 - b. Procedure aziendali per dimissione protette
 - c. Programmazione fabbisogno del personale per le cure domiciliari nei Piani aziendali
 - d. N. Prese in carico per i livelli CIA 1 e 2, e il livello 3 (fonte SIAD)
- 5) Continuità della presa in carico riabilitativa alle persone adulte fragili e/o non autosufficienti:
- a. Spazi allestiti per osservazione e valutazione in distretto
 - b. Presenza equipe multidisciplinari (UVBR)
 - c. Protocolli operativi per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare e per la dimissione programmata
 - d. % SDO riportanti il seguente codice “Modalità di dimissione “8”= trasferimento ad istituto di riabilitazione
 - e. Numero pazienti dimessi dall’ospedale con progetto di assistenza individualizzato/progetto riabilitativo
 - f. Numero pazienti dimessi dall’ospedale con ricoveri extraospedalieri temporanei post dimissione
- 6) Modelli assistenziali finalizzati a sostenere i processi di recovery in persone affette da disturbi mentali gravi
- a. Numero operatori in programmi formativi
 - b. Percorso aziendale dedicato a favorire interventi di recovery
- 7) Gestione del paziente cronico e monitoraggio dell’aderenza alle terapie
- a. Numero pazienti presi in carico nelle AFT e UCCP
 - b. Numero di PDTA attivati in ogni azienda sanitaria
 - c. Monitoraggio dei PDTA attivati con individuazione di indicatori di performance della qualità dell’assistenza
 - d. Numero audit aziendali per la rilevazione e il monitoraggio dell’efficacia degli interventi sanitari e dell’empowerment del paziente

pazienti arruolati

- 8) Utilizzo dello strumento del PDTA quale metodologia di lavoro per la gestione delle aree di cronicità come individuate dal Piano Nazionale delle Cronicità
 - a. informativa alle Direzioni Generali delle ASL per la necessaria collaborazione e condivisione. Numero di incontri con Direttori Generali e Direttori Sanitari
 - b. condivisione del processo con la MMG nell'ambito del Comitato ex art. 24. Numeri pareri espressi dal Comitato
 - c. pubblicazione elenco regionale referenti AFT per la BPCO
 - d. avvio gara unica regionale a mezzo Centrale Unica acquisti SORESA e adesione delle Aziende
 - e. numero incontri con Società Scientifiche
- 9) Modelli assistenziali avanzati basati sull'utilizzo della Telemedicina
 - a) Almeno 1 Centro Pilota interaziendale di Telemedicina
 - b) Sperimentare su almeno 1 PDTA regionale un modello applicativo di telemedicina
- 10) Modelli assistenziali per la governance della cronicità in età pediatrica
 - a. diabete
 - a.i. Adozione di un modello unico regionale per la presa in carico del bambino diabetico
 - a.ii. Individuazione del fabbisogno assistenziale, suo andamento demografico e trend dell'utilizzo dei servizi sanitari dedicati
 - a.iii. Individuazione e monitoraggio delle adesioni alle raccomandazioni di controllo previste dal PDTA del Ministero della Salute
 - b. Cronicità pediatriche
 - b.i. Creazione di ambulatori di II livello nelle ASL per la gestione delle cronicità pediatriche con equipe multidisciplinari
 - b.ii. Numero di consultori che attivano la presa in carico delle famiglie

Numero di equipe multidisciplinari attivati sul territorio della regione Campania per la presa in carico dei teen ager

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tutte le Aziende Sanitarie campane: le ASL in funzione di una quota capitaria, le AORN e le AOU in funzione dei pazienti storicamente assistiti

LINEA 6 – RETI ONCOLOGICHE

LINEA	RETI ONCOLOGICHE
-------	------------------

	IMPLEMENTAZIONE CORRELAZIONE DOMANDA/OFFERTA
DURATA	ANNUALE
IMPORTO ASSEGNATO ANNO 2017	35.912.290

Il progetto

La Regione Campania, con l'emanazione del DCA n.98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana" ha fornito il substrato di programmazione regionale. Lo stesso DCA n. 98/2016 ha individuato gli organi costitutivi della ROC nei Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico/stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico e Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico (CORPUS) a cui, oltre alle funzioni già attribuite al CORP, sono state attribuite anche altre funzioni peculiari (ricerca, formazione, sviluppo di metodi e strumenti, screening, terapia del dolore).

Successivamente con nota prot. n. 731 del 10/2/2017 il Commissario ad Acta ed il sub-Commissario per il Piano di Rientro dal Disavanzo hanno affidato all'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS Pascale di Napoli il Coordinamento centrale altamente specialistico di tutti i Centri complementari coinvolti nella ROC di cui al DCA 98/2016.

La Rete Oncologica dovrà operare secondo un modello di governance basato su quattro pilastri fondamentali:

- epidemiologia;
- gestione della domanda secondo il principio della presa in carico globale;
- gestione dell'offerta favorendo qualità ed innovazione;
- modello di controllo della ROC.

L'infrastruttura della Rete Oncologica Campana deve garantire la piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, avversando le prestazioni casuali, riducendo la dispersione e migrazione, rispondendo al bisogno di salute anche non espresso, garantendo una adeguata gestione multidisciplinare integrata aderente alle linee guida e alla best practice, attraverso la presa in carico ad opera di Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), settorializzati per patologia.

Le tematiche da sviluppare con la presente programmazione sono le seguenti:

A) Epidemiologia dell'oncologia in Regione Campania

La creazione e la successiva gestione della rete non può prescindere dalla presenza di consolidati strumenti a supporto delle analisi epidemiologiche in ambito oncologico a livello regionale. Tali strumenti e procedure dovranno garantire:

- Il miglioramento della performance e della copertura dei registri tumori
- il monitoraggio della rispondenza tra l'offerta e la domanda di cure, a livello complessivo e territoriale;
- l'integrazione di dati provenienti da fonti informative differenti e la fruibilità degli stessi da parte di tutti gli attori coinvolti.

È necessario dunque costituire un Nucleo di Epidemiologia Regionale, costituito dai Direttori Registri Tumori delle ASL campane, già coordinati da un delegato della Direzione Generale, a cui parteciperanno almeno 1 epidemiologo per ciascuna Azienda AOR, AOU, IRCCS, con il supporto di almeno 2 amministrativi e 2 informatici.

delle SDO ospedaliere con apposito gruppo di lavoro al fine di analizzare la distribuzione delle patologie nelle varie strutture ospedaliere della ROC secondo il principio della competenza, in modo dinamico nel triennio. Il lavoro del NER sarà propedeutico a quello del gruppo di lavoro che valuta i carichi assistenziali di tutte le strutture sanitarie della ROC al fine di identificare le rispettive competenze ed evitare la frammentazione delle patologie, con grave nocumento sulla prognosi.

2) Gestione della domanda oncologica nell'ambito dei PDTA

Un'adeguata razionalizzazione e successiva gestione della domanda deve obbligatoriamente passare, per le patologie oggetto di screening (mammella, colon, cervice uterina), attraverso il miglioramento dei programmi di prevenzione che migliorino gli attuali tassi di copertura regionali, e la definizione di percorsi che facilitino la presa in carico dei pazienti dallo screening verso i CORP/CORPUS.

Per le patologie non oggetto di screening la rete dovrà favorire la presa in carico globale del paziente secondo le tempistiche e i criteri qualitativi previsti dai PDTA favorendo la connessione tra territorio e CORP/CORPUS

Al fine di facilitare i percorsi e la gestione della domanda, ogni struttura della ROC metterà in essere accordi con la struttura di coordinamento del Pascale che consentano la più rapida e efficace implementazione della piattaforma informatica della ROC. Rientrano inoltre in questa tematica tutte le azioni volte ad includere nella ROC l'oncologia pediatrica e l'ematologia oncologica.

3) Gestione dell'offerta nell'ambito dei PDTA

Per far fronte in maniera efficace ed efficiente alla domanda, la Rete oncologica deve fondarsi su di una precisa organizzazione dell'offerta che:

- limiti le eventuali inefficienze evitando duplicazioni e frammentazioni assistenziali;
- garantisca l'accesso e la qualità delle cure su tutto il territorio regionale;
- garantisca il superamento delle disomogeneità territoriali e la riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti, riducendo la dispersione e la migrazione sanitaria
- abiliti il consolidamento/ampliamento di strutture e professionalità di eccellenza.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede tuttavia che la Rete venga strutturata ed operi sulla base di:

- selezione ed assegnazione delle diverse strutture alle attività previste dalla Rete;
- definizione di dettaglio delle modalità operative e di gestione delle correlate esigenze di partnership tra le aziende;
- corretta distribuzione territoriale dell'offerta;
- processo condiviso di coordinamento tra le diverse tipologie di strutture e tra queste e la Regione.

4) Potenziamento della radioterapia

I centri di radioterapia attivi in regione Campania sono insufficienti rispetto alla richiesta e ciò rappresenta motivo di migrazione sanitaria o di inappropriatezza terapeutica. Oltre alla generale carenza di offerta, alcune specifiche attività come la brachiterapia e la radioterapia metabolica sono largamente carenti nel territorio della Regione.

5) Implementazione e/o adeguamento dell'informatizzazione della rete oncologica: prevenzione degli errori terapeutici

Le unità di Farmacia hanno un ruolo fondamentale nel controllo della appropriatezza prescrittiva e nella riduzione degli sprechi legati alla produzione giornaliera dei trattamenti a base di farmaci antineoplastici ad alto costo.

Campania definisce i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali patologie neoplastiche, e predispone indicatori di struttura e di processo atti al monitoraggio delle attività della Rete stessa. Una gestione corretta delle Reti non può prescindere dalla creazione di un sistema di raccolta dati finalizzato alla valutazione e al monitoraggio degli esiti delle cure e dei correlati aspetti organizzativo-gestionali previsti dalle Linee Guida.

Nello specifico, a causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica possono determinare danni molto gravi anche alle dosi approvate. Tale problematica è arginabile solo se si hanno a disposizione indicazioni condivise ed uniformi su tutto il territorio e strumenti che consentano una costante revisione delle procedure adottate.

6) Modello di controllo e piano indicatori

La valutazione dell'andamento della Rete, l'individuazione di possibili interventi migliorativi ed il controllo dell'operatività richiedono la presenza di un modello di controllo delle performance cliniche, economiche ed organizzative e l'individuazione dei soggetti deputati al controllo stesso.

In particolare è necessario predisporre:

- Indicatori chiave di performance (KPI) per costi, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa e di outcome per ognuno dei percorsi PDTA e GOM
- Aggiornamento annuale di un piano indicatori di processo, di struttura, e qualitativi per tutti i GOM operanti
- Strumenti di raccolta dati con implementazione di sistemi informatici idonei per il recupero dei dati necessari e previsti dal piano indicatori

7) Attività formativa

La Regione Campania è consapevole che ogni innovazione metodologica e organizzativa deve necessariamente essere supportata per il raggiungimento degli obiettivi da una adeguata offerta formativa che interessi in maniera trasversale e interdisciplinare gli attori del processo. Si programma un'attività formativa interaziendale per l'omogeneità delle conoscenze e delle competenze.

OBIETTIVI

1) Favorire:

- a. la ricognizione delle criticità regionali in termini di outcome e di indicatori di processo
- b. contribuire al riconoscimento di specifiche problematiche di migrazione sanitaria da colmare con azioni specifiche della ROC

2) Identificare le criticità esistenti che si contrappongono al rendere operativi i PDTA che saranno adottati dalla regione Campania

3) creare di specifiche interconnessioni per parti dei percorsi diagnostico terapeutici che prevedono l'intervento di più CORP/CORPUS e di aziende territoriali al fine di rendere più efficace la cura del paziente in tutte le aree della Regione in modo omogeneo

4) Affrontare le seguenti problematiche:

- a. apertura H12 dei centri di radioterapia pubblici



pubbliche

- c. Verifica dei criteri di qualità definiti dai radioterapisti per tutti i centri pubblici ed accreditati della regione con costituzione di un gruppo controllo qualità
 - d. Valutazione di centri in grado di soddisfare le richieste di radioterapia metabolica e di brachiterapia
- 5) Implementare e/o adeguare l'informatizzazione unica regionale della Rete Oncologica al fine di dotare tutte le Oncologie Mediche e i laboratori U.F.A. della Regione Campania di un applicativo informatico, conforme al SIAC, in grado di garantire sicurezza e qualità delle cure erogate così come previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali inerenti la prevenzione degli errori in terapia.
- a. Implementazione dell'applicativo informatico su tutto il territorio regionale
 - b. Miglioramento della qualità e sicurezza delle cure
- 6) Controllo del funzionamento quantitativo e qualitativo della rete con l'adozione degli atti necessari e degli strumenti tecnologici opportuni per la valutazione degli indicatori
- 7) Predisporre programmi formativi interaziendali destinati a personale strategico per il funzionamento della rete

INDICATORI

- 1) Costituzione del NER a base progettuale di un'unica azienda con la adesione obbligatoria e la compartecipazione alle risorse di tutte le Aziende sanitarie della Regione Campania
- 2) Incremento
 - a. Del personale dedicato alla governance dei PDTA
 - b. Delle dotazioni tecnologiche
 - c. Performance dei centri di screening
 - d. Iniziative informative verso la popolazione
- 3) Adozione
 - PDTA a valenza Regionale
 - Mappe provvisorie della ROC
- 4) radioterapia
 - a. Apertura h24 di almeno il 50% dei centri pubblici
 - b. Documento di ricognizione delle macchine esistenti – valutazione dell'aggiornamento tecnologico necessario
 - c. Documento di verifica



- 6) Adozione documenti di programmazione, produzione di aggiornamento annuale, individuazione strumenti raccolta dati
- 7) Numero di eventi formativi organizzati e numero discenti partecipanti

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tutte le Aziende Sanitarie campane: le ASL in funzione di una quota capitaria, le AORN e le AOU in funzione dei pazienti storicamente assistiti