

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE
CAMPANIA



Periodico Settimanale
Napoli 22 marzo 2012
Anno XLII numero 18

PARTE I



Atti della Regione



Delibera della Giunta Regionale n. 120 del 20/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 1 Programmazione

Oggetto dell'Atto:

VARIAZIONE COMPENSATIVA IN TERMINI DI COMPETENZA E CASSA AL BILANCIO GESTIONALE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2012 AI SENSI DELL'ART. 29, COMMA 9, LETT B) DELLA L.R. N. 7/2002 MEDIANTE RIDUZIONE DELLO STANZIAMENTO DEL CAP. 124 U.P.B. 6.23.57 PER EURO 860.700,94 E AUMENTO DELLO STANZIAMENTO DEL CAP. 590 U.P.B. 6.23.57 PER EURO 860.700,94 - PAGAMENTO DEBITI EX UU.SS.LL. - I PROVVEDIMENTO ANNO 2012.

L'Assessore alla Sanità e l'Assessore al Bilancio

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dai Settori e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dai Dirigenti dei Settori a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO:

- a. che il Consiglio Regionale ha approvato il Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2012 con Legge Regionale n. 2 del 27/01/2012;
- b. che la Giunta Regionale ha approvato con deliberazione n. 24 del 14/02/2012 il Bilancio Gestionale ai sensi dell'art. 21 della legge regionale di contabilità n. 7 del 30/04/2002.

RILEVATO

- a. che nel succitato Bilancio Gestionale 2012 è previsto all' U.P.B. 6.23.57 denominata "Spese Generali, legali, amministrative e diverse" il cap. 124 denominato "Pagamento debiti fuori bilancio" la cui gestione è attribuita al Settore 02 "Gestione Amministrativa delle Entrate e della Spesa" dell'AGC 08 – Bilancio Ragioneria e Tributi;
- b. che all'interno della suddetta U.P.B. 6.23.57, del bilancio gestionale 2012, sono stati previsti appositi capitoli attribuiti ai fini della gestione alle Aree Generali di Coordinamento competenti in materia per assicurare il pagamento dei debiti fuori bilancio, mediante prelevamento delle somme occorrenti dal succitato capitolo 124;

CONSIDERATO:

che, con delibera n. 477 del 28/03/2008 è stato istituito nell'ambito della U.P.B. 6.23.57 della spesa, il capitolo 590, denominato "Pagamento dei debiti fuori bilancio ereditati dalle disciolte UU.SS.LL." attribuito all'A.G.C. 19, ove allocare di volta in volta le risorse che si rendano necessarie per il pagamento dei debiti di che trattasi, mediante prelevamento dell'occorrente importo dal cap 124 (U.P.B. 6.23.57), effettuando una variazione compensativa, ai sensi dell'art. 29, comma 9, lettera b, della L.R. n. 7/2002;

CONSIDERATA:

- a. La necessità di provvedere al pagamento dei debiti ex UU.SS.LL. già liquidati con atti dei Commissari Liquidatori ai sensi della citata L.R. n. 22/96, i cui estremi si riportano nel prospetto che si allega alla presente per farne parte integrante e sostanziale e che ammontano ad € **860.700,94**;
- b. Che, a tal uopo, occorre procedere alla variazione compensativa ai sensi dell'art. 29, comma 9, lettera b, della L.R. n. 7/2002 prelevando il citato importo di € **860.700,94** in termini di competenza e cassa dal cap 124 (U.P.B. 6.23.57) ed appostando il medesimo importo, in termini di competenza e cassa, sul capitolo 590;

VISTE

- La L.R. n. 22/96
- La L.R. n. 7/2002
- La L.R. n. 2 del 27/01/2012
- La Delibera n. 24 del 14/02/2012

Propongono e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati ed espressi nella premessa, che qui si intendono integralmente riportati:

1. autorizzare, ai sensi dell'art. 29, comma 9 ,lett b) della L.R. n. 7/2002, una variazione compensativa in termini di competenza e cassa al Bilancio Gestionale per il corrente esercizio finanziario afferente i capitoli di seguito riportati rientranti nella medesima unità previsionale di base:
 - 1.1 capitolo di spesa 590 (U.P.B. 6.23.57) avente la seguente denominazione: "Pagamento dei debiti fuori bilancio ereditati dalle disciolte UU.SS.LL.”:
aumento dello stanziamento di competenza e di cassa per euro **€ 860.700,94**;
 - 1.2 capitolo di spesa 124 (U.P.B. 6.23.57) avente la seguente denominazione: "Pagamento debiti fuori bilancio":
riduzione dello stanziamento di competenza e di cassa per euro **€ 860.700,94**;
2. Trasmettere copia della presente alla AG.C. 19 Piano Sanitario Regionale, alla A.G.C. 8 Bilancio, Ragioneria e Tributi, ai Settori proponenti Programmazione Sanitaria, Formazione Bilancio, Gestione Entrate e Spesa di Bilancio, all'A.G.C. 4 Avvocatura, al Tesoriere Regionale, al Settore Stampa e Documentazione per la pubblicazione sul B.U.R.C.

ALLEGATO ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE AD OGGETTO "Variazione compensativa in termini di competenza e cassa al bilancio gestionale per l'esercizio finanziario 2012 ai sensi dell'art.

29, comma 9, lett b) della L.R. n. 7/2002 mediante riduzione dello stanziamento del cap. 124 U.P.B.

6.23.57 per euro 860.700,94 e aumento dello stanziamento del cap. 590 U.P.B. 6.23.57 per euro

860.700,94 - Pagamento debiti ex uu.ss.ll. - I Provvedimento anno 2012".

progr	Numero Delega	Data Delega	Importo Delega	ex USL	ASL	NeoAziende
992	7	15-lug-11	€ 1.000,00	14	CE2	CASERTA
993	9	31-ago-11	€ 15.464,41	20	CE2	CASERTA
994	29	09-nov-11	€ 23.380,51	17	CE1	CASERTA
995	42	09-nov-11	€ 23.363,13	34	NA5	NA3 SUD
996	43	09-nov-11	€ 17.830,34	34	NA5	NA3 SUD
997	44	09-nov-11	€ 23.841,11	34	NA5	NA3 SUD
998	45	09-nov-11	€ 9.463,37	34	NA5	NA3 SUD
999	46	09-nov-11	€ 81.797,04	35	NA5	NA3 SUD
1000	47	16-nov-11	€ 19.890,21	30	NA5	NA3 SUD
1001	48	16-nov-11	€ 5.844,03	34	NA5	NA3 SUD
1002	50	25-nov-11	€ 41.924,77	34	NA5	NA3 SUD
1003	8	30-lug-11	€ 1.000,00	14	CE2	CASERTA
1004	14	20-ott-11	€ 7.188,48	14	CE2	CASERTA
1005	12	20-ott-11	€ 9.712,68	14	CE2	CASERTA
1006	13	20-ott-11	€ 9.339,35	14	CE2	CASERTA
1007	15	20-ott-11	€ 374,66	19	CE2	CASERTA
1008	16	20-ott-11	€ 85.422,08		CE2	CASERTA
1009	11	20-ott-11	€ 27.280,67	20	CE2	CASERTA
1010	10	26-set-11	€ 21.373,51	20	CE2	CASERTA
1011	30	12-dic-11	€ 4.463,44	16	CE1	CASERTA
1012	31	12-dic-11	€ 61.226,61	15	CE1	CASERTA
1013	32	12-dic-11	€ 3.691,12	15	CE 1	CASERTA
1014	33	12-dic-11	€ 18.089,55	11	CE1	CASERTA
1015	53	15-dic-11	€ 15.170,64	31	NA5	NA3 SUD
1016	52	15-dic-11	€ 7.892,58	28	NA4	NA3 SUD
1017	2	14-dic-11	€ 5.580,16	6	BN	BENEVENTO
1018	4	14-dic-11	€ 7.908,03	6	BN	BENEVENTO
1019	7	14-dic-11	€ 1.766,26	6	BN	BENEVENTO
1020	5	14-dic-11	€ 7.908,03	6	BN	BENEVENTO
1021	6	14-dic-11	€ 7.925,02	6	BN	BENEVENTO
1022	3	14-dic-11	€ 1.582,22	6	BN	BENEVENTO
1023	1	19-dic-11	€ 5.157,20	55	SA2	SALERNO
1024	41	02-nov-11	€ 24.956,22	28	NA4	NA3 SUD
1025	14	29-lug-11	€ 103.167,75	40	NA1	NA1 CENTRO
1026	4	09-mar-11	€ 90.693,76	23	NA2	NA2 NORD
1027	27	05-ott-10	€ 65.000,00	39	NA1	NA1 CENTRO
1028	24	31-ago-10	€ 1.032,00	39	NA1	NA1 CENTRO
1029	2	19-dic-11	€ 2.000,00	55	SA2	SALERNO
		TOTALE	€ 860.700,94			



Delibera della Giunta Regionale n. 123 del 20/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 1 Programmazione

Oggetto dell'Atto:

**AGGIORNAMENTO STANZIAMENTO RESIDUI PASSIVI CAPITOLO 7023 E
VARIAZIONE COMPENSATIVA DI CASSA**

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

PREMESSO

- a) che il Consiglio Regionale ha approvato il bilancio di previsione per l'anno finanziario 2012 con L.R. n. 2 del 27/01/2012;
- b) che la Giunta Regionale con deliberazione n. 24 del 14/02/2012 ha approvato il bilancio gestionale 2012, ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 7/2002;
- c) che con il decreto dirigenziale n. 334 del 16 dicembre 2011 dell'A.G.C. 19 settore 01 ha impegnato l'importo di € 322.000.000,00 sul Capitolo di Spesa 7023 – impegno n. 3881/2011 - sul quale sono stati già liquidati nel corso dell'esercizio 2011 € 90.120.270,31;

RILEVATO

- a) che i residui attivi e passivi iscritti nel bilancio gestionale 2012 non rispecchiano la reale consistenza dei debiti della Regione maturati al 31/12/2011;
- b) che la consistenza dei residui attivi e passivi non è oggetto di approvazione da parte del Consiglio Regionale, giusto quanto disposto dall'art. 18, comma 4, della L.R. n. 7/2002;
- c) che, per effetto di quanto detto, occorre adeguare i residui passivi iscritti nel bilancio gestionale 2012 approvato con D.G.R. n. 24 del 14/02/2012 per l'importo complessivo di € 231.879.729,69= sul capitolo di spesa 7023 *“Contributo ripiano disavanzi aziende sanitarie al 31/12/2009 mediante l'utilizzazione dei fondi FAS, ai sensi dell'art. 2, comma 90, legge 23 dicembre 2009, n. 191, giusta autorizzazione del CIPE comunicata con nota Presidenza del Consiglio dei Ministri DIPE 0001222 P-4.15,4,1 del 23/3/2011”*, U.P.B. 22.84.245;

RILEVATO altresì

- a) che lo stanziamento di cassa del Cap. 7023, (U.P.B. 22.84.245) non risulta sufficientemente dotate per far fronte ad obbligazioni perfette ai sensi di legge;
- b) che per far fronte alla spesa di cui sopra occorre, pertanto, incrementare lo stanziamento di cassa del sopra citato capitolo 7023 di € 231.879.729,69= rientrante nella U.P.B. 22.84.245;
- c) che la Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 29, comma 9, lettera b) della L.R. n. 7/2002, è autorizzata ad effettuare variazioni compensative, in termini di competenza e/o di cassa, tra capitoli della medesima unità previsionale di base;

RITENUTO

- a) che a tanto si possa provvedere, utilizzando quota parte dello stanziamento di cassa dei seguenti capitoli di spesa, rientranti nella stessa U.P.B. 22.84.245, ma di competenza della Area Generale di Coordinamento 09 *Rapporti con gli Organi Nazionali ed Internazionali in Materia di Interesse Regionale - Settore 02 Direttive CEE in Materia PIM, FEOGA, E FSE*, ed aventi sufficiente disponibilità per far fronte anche alle carenze finanziarie riscontrate sul predetto capitolo di spesa 7023:
 - 1. euro 200.000.000,00= a valere sul capitolo di spesa 2690 (U.P.B. 22.84.245) denominato *“FINANZIAMENTO GRANDI PROGETTI POR FESR 2007/2013”*;
 - 2. euro 31.879.729,69= a valere sul capitolo di spesa 2700 (U.P.B. 22.84.245) denominato *“FONDO UNICO FESR 2007-2013”*;

DATO ATTO

- a) che con provvedimenti successivi la Giunta Regionale procederà al reintegro degli stanziamenti di cassa ceduti dai suddetti capitoli 2690 e 2700, in funzione delle effettive esigenze di cassa, attesi i target di spesa del POR e l'ammissione a finanziamento degli altri Grandi Progetti;

VISTE :

- a) la L.R. n. 7/2002;
- b) la L.R. n.2 del 27/01/2012;
- c) la D.G.R. n.24 del 14/02/2012;

PROPONGONO, e la Giunta in conformità, a voto unanime,

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Di adeguare i residui passivi iscritti nel bilancio gestionale 2012 approvato con D.G.R. n. 24 del 14/02/2012 sul capitolo di spesa 7023 (U.P.B. 22.84.245) per l'importo di € 231.879.729,69= *"Contributo ripiano disavanzi aziende sanitarie al 31/12/2009 mediante l'utilizzazione dei fondi FAS, ai sensi dell'art. 2, comma 90, legge 23 dicembre 2009, n. 191, giusta autorizzazione del CIPE comunicata con nota Presidenza del Consiglio dei Ministri DIPE 0001222 P-4.15,4,1 del 23/3/2011"*, U.P.B. 22.84.245.
2. Di autorizzare, ai sensi dell'art. 29, comma 9, lettera b), della L.R. n. 7/2002, una variazione compensativa in termini di cassa al bilancio gestionale per il corrente esercizio finanziario afferente i capitoli di seguito riportati rientranti nella medesima unità previsionale di base:

U.P.B	CAP/S	DENOMINAZIONE	VARIAZIONE STANZIAMENTO DI CASSA
22.84.245	2690	<i>"FINANZIAMENTO GRANDI PROGETTI POR FESR 2007/2013"</i>	- 200.000.000,00
22.84.245	2700	<i>"FONDO UNICO FESR 2007-2013"</i>	- 31.879.729,69
22.84.245	7023	<i>"Contributo ripiano disavanzi aziende sanitarie al 31/12/2009 mediante l'utilizzazione dei fondi fas, ai sensi dell'art.2, comma 90, legge 23 dicembre 2009, n. 191, giusta autorizzazione del CIPE comunicata con nota presidenza del consiglio dei ministri DIPE 0001222 P-4.15,4,1 DEL 23/3/2011"</i>	+ 231.879.729,69
TOTALE			0,00

3. Di dare atto che con provvedimenti successivi la Giunta Regionale procederà al reintegro degli stanziamenti di cassa ceduti dai suddetti capitoli 2690 e 2700, in funzione delle effettive esigenze di cassa, attesi i target di spesa del POR e l'ammissione a finanziamento degli altri Grandi Progetti.
4. Di inviare il presente provvedimento ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento Piano Sanitario Regionale, Rapporti con gli Organi Nazionali ed Internazionali in Materia di Interesse Regionale, Bilancio Ragioneria e Tributi, ai Settori proponenti, al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C, al Tesoriere Regionale.



Delibera della Giunta Regionale n. 108 del 20/03/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 1 Prevenzione, Assist. Sanitaria - Igiene sanitaria

Oggetto dell'Atto:

LINEE DI INDIRIZZO SULLA SEPOLTURA DEI PRODOTTI DEL CONCEPIMENTO.

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

PREMESSO:

- a. che l'art. 7 del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 stabilisce che per la sepoltura dei prodotti del concepimento di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale;
- b. che, ai sensi del comma 3 del medesimo art. 7, a richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.
- c. che nei suddetti casi, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto;

RILEVATO:

- a. che il Comitato Nazionale di Bioetica, già con parere del 1996, è unanimemente pervenuto a riconoscere il dovere morale di trattare l'embrione umano, sin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e tutela che si devono adottare nei confronti degli individui umani;
- b. che, in riferimento ai suddetti principi etici, deve essere sostenuta la sepoltura dei prodotti del concepimento e dei feti anche di presunta età inferiore alle 20 settimane;
- c. che una corretta applicazione, da parte delle Aziende Sanitarie regionali, dell'informazione preventiva nei confronti degli aventi diritto da sottoporre ad intervento di interruzione della gravidanza rende qualsiasi decisione più rispettosa della dignità della persona, oltre che meno traumatica qualora l'informazione è fornita con idonee modalità relazionali;

RITENUTO, pertanto, necessario fornire le occorrenti direttive alle Aziende Sanitarie regionali;

Propone e la Giunta, all'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che di seguito si intendono riportate:

- 1. i Direttori Generali delle AA.SS.LL., delle Aziende Ospedaliere, anche Universitarie, nonché degli I.R.C.C.S., anche avvalendosi dei Comitati Etici aziendali, adottano le misure organizzative necessarie a garantire che tutte le strutture coinvolte nel processo di interruzione della gravidanza (Unità Operative Materno Infantile, Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, Consultori Familiari) forniscano formali e puntuali informazioni ai genitori evidenziando loro che, su loro richiesta, possono essere raccolti nel cimitero i prodotti del concepimento di presunta età inferiore a 20 settimane, ai sensi del comma 3 dell'art. 7, del D.P.R. n. 285 del 10 settembre 1990;

2. di stabilire che entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione, i Direttori Generali, con proprio atto deliberativo, disciplinano le procedure di informazione di cui al punto 1, e che nei successivi 60 giorni i medesimi Direttori Generali trasmettano all'A.G.C. "Assistenza Sanitaria" una dettagliata relazione sulla implementazione delle procedure presso le strutture interessate;
3. di inviare la presente deliberazione all'AGC "Assistenza Sanitaria", per competenza, nonché al BURC per la pubblicazione;



Delibera della Giunta Regionale n. 109 del 20/03/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 3 Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente 'deboli'

Oggetto dell'Atto:

**DISPOSIZIONI PER ACCELERARE L'ASSEGNAZIONE DI COMUNICATORI SIMBOLICI
A CITTADINI AFFETTI DA PATOLOGIE NEUROMOTORIE PROGRESSIVE**

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

PREMESSO che:

- a. con **DGRC n. 1613 del 15/10/2008** è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della L. 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2007 ed, altresì, approvato il riparto delle risorse vincolate nell'ambito delle otto linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 che assegnava alla Regione Campania per la Linea Progettuale 1. "Cure Primarie" – **FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE** – la somma di **€ 985.661,00#**;
- b. con **DGRC n. 996 del 22/05/2009** è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della L. 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2008 individuati dall'Accordo Stato Regioni del 26 febbraio 2009;
- c. con la predetta DGRC n. 996/2009, in conformità alle linee progettuali di cui al suddetto Accordo Stato – Regioni, la Regione Campania ha ritenuto per l'**anno 2008** di completare e consolidare i progetti approvati, per l'anno 2007, dalla Giunta Regionale con la citata DGRC n. 1613/08, mantenendo inalterati obiettivi e modalità di finanziamento, e che pertanto la Linea Progettuale 1. "Cure Primarie" – *Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie* – è stata finanziata con una somma di pari import a quella dell'annualità 2007 ossia **€ 985.661,00#**;
- d. con **DGRC n. 1970 del 31/12/2009** la Giunta ha autorizzato a prelevare, vista l'urgenza, nelle more dell'effettivo accredito del finanziamento di pari importo assegnato alla regione Campania nell'Accordo Stato-Regioni del 26/02/2009 per l'anno 2008, la somma di **€ 985.661,00#** a valere sul bilancio regionale dall'U.P.B. 4.15.38 cap. 7092 – esercizio finanziario 2009;
- e. con **DD n. 424 del 31/12/2009** del Coordinatore dell'AGC 20: Assistenza Sanitaria tale somma di **€ 985.661,00#**, fondo anno 2008, è stata impegnata a favore delle Aziende Sanitarie Locali della regione Campania (imp. 9096);

CONSIDERATO che:

- a. con **nota n. 151933 del 19/02/2010**, a firma del Dirigente dell'AGC 20: Assistenza Sanitaria e del Dirigente del Settore Fasce Deboli, sono state fornite indicazioni alle AASSLL campane in merito alla procedura di assegnazione comunicatori simbolici a cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive, alla rendicontazione spese del fondo Anno 2007 nonché agli indirizzi operativi cui attenersi per utilizzazione fondo Anno 2008;
- b. che con **DPGRC n. 168 dell'08/10/2010** e s.m.i. è stato costituito il Tavolo Tecnico regionale sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) – composto, tra gli altri, da rappresentanti nazionali e regionali dell'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA) – con compiti di supporto delle competenze istituzionali in materia di SLA dell'AGC 20, Settore 03: Fasce Deboli nonché di attivazione delle procedure utili di accompagnamento, verifica e monitoraggio della attuazione del percorso di assistenza ai cittadini con SLA;

RILEVATO che:

- a. a fronte dei fondi assegnati o comunque disponibili perché anticipabili dalle AASSLL, in diversi casi sono stati segnalati – sia dai singoli pazienti, sia dall'AISLA che dai componenti del Tavolo Tecnico – difficoltà e lentezze nelle procedure di assegnazione dei comunicatori e di rimborso, in caso di acquisto/noleggio diretto delle apparecchiature da parte del paziente, nelle medesime AASSLL;

ATTESO che:

- a. le gravi malattie neuromotorie come la SLA sono caratterizzate da un andamento progressivamente e rapidamente invalidante, irreversibile, con forte impatto nella qualità della vita, oltre che per la sopravvivenza, del paziente che ne è colpito e comportano un enorme carico materiale ed emotivo per il suo nucleo familiare;
- b. la Regione Campania intende potenziare e sistematizzare ogni tipo di iniziativa finalizzata al miglioramento della qualità della vita di relazione dei cittadini campani disabili in condizione di gravità;

CONSIDERATO

- a. che, per superare le problematiche riscontrate in alcuni territori per l'acquisizione dei comunicatori ad alta tecnologia da parte delle singole AASSLL, l'AGC 20: Assistenza Sanitaria – Settore 03: Fasce Deboli ha formalmente richiesto alla Società Regionale per la Sanità (SORESA), con **nota n. 992258 del 30/11/2011**, di attivare in tempi brevi una procedura di gara centralizzata di acquisizione dei predetti dispositivi oculari che consenta, in tal modo, di ridurre notevolmente i tempi tecnici intercorrenti tra la valutazione di idoneità del paziente all'assegnazione di un dispositivo e la sua consegna effettiva;

RITENUTO

- a. che nelle more di conclusione del procedimento SORESA suddetto, siano da soddisfare le richieste attive di assegnazione di un comunicatore da parte dei cittadini con patologie neuromotorie assicurando loro tempi di attesa il più brevi possibili nonché l'assistenza post-assegnazione più idonea;
- b. in relazione al prossimo riparto e liquidazione del fondo Anno 2008, in favore delle AASSLL della Campania, per l'acquisizione dei comunicatori, sia necessario ribadire e rafforzare, attraverso il presente provvedimento, le indicazioni di cui alla citata **nota n. 151933/2010** sulla procedura di assegnazione comunicatori simbolici a cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive integrandola con la casistica nel frattempo occorsa come ampiamente rappresentato all'interno del Tavolo Tecnico SLA istituito con il citato DPGRC n. 168/2010 e smi;
- c. più volte, nel corso delle riunioni del citato Tavolo Tecnico SLA, ferma restando l'autonomia di scelta di reperimento (acquisto o noleggio) dei comunicatori spettante alle singole AASSLL, è stata ritenuta utile la scelta della procedura di noleggio delle apparecchiature per le maggiori garanzie ai cittadini fruitori di ricevere, nel tempo, tutti gli aggiornamenti tecnologici necessari e la copertura di annessa assistenza, evitando inutili e dannosi aggravii amministrativi e, soprattutto, tutelando il necessario adeguamento delle caratteristiche dei comunicatori stessi all'evolversi delle condizioni fisiche dei pazienti in esame;

VISTI:

- a. la DGRC n. 1613/08;
- b. la DGRC n. 2110/08;
- c. il DD n. 353/08;
- d. il DD n. 46/09;
- e. la DGRC n. 996/09;
- f. la DGRC n. 1970/09;
- g. il DD n. 424/09;
- h. la circolare n. 151933/10;
- i. il DPGRC n. 168/10 e s.m.i.;
- j. il DC n. 22/12 (Piano Sanitario Regionale 2011-2013);
- k. la L.R. n. 2 del 27/01/12 (Bilancio di previsione per l'anno 2012 e bilancio pluriennale per il triennio 2012 – 2014);

PROPONE e la Giunta in conformità a voto unanime,

DELIBERA

Per tutto quanto espresso in narrativa che qui si intende integralmente riportato:

1. di **approvare** l'allegato documento recante "*Disposizioni per accelerare l'assegnazione di comunicatori simbolici a cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive*", che è allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
2. di **inviare** il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali della Campania che dovranno recepirlo entro 30 giorni dalla sua data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
3. di **disporre** che le AASSLL trasmettano l'atto di recepimento del presente provvedimento alla competente AGC 20: Assistenza Sanitaria – Settore 03: Fasce Deboli;
4. di **demandare** all'AGC 20: Assistenza Sanitaria – Settore 03: Fasce Deboli l'adozione degli atti connessi e consequenziali;
5. di **trasmettere** il presente provvedimento al BURC per la successiva pubblicazione.

Allegato

Disposizioni per accelerare l'assegnazione di comunicatori simbolici a cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive.

In considerazione della necessità di avviare e concludere in tempi brevi tutte le procedure di assegnazione dei comunicatori ai cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive ritenuti idonei – vista la natura progressiva ed involutiva delle patologie considerate e, quindi, della fondamentale importanza che i tempi che intercorrono tra la verifica domiciliare dei requisiti clinici e la definitiva assegnazione non siano tali da invalidare la verifica iniziale assegnando un ausilio non appropriato alle condizioni cliniche in possesso dei cittadini all'atto della consegna – le AASSLL e rispettive articolazioni di competenza devono attenersi a quanto di seguito indicato:

1. Entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento della richiesta di assegnazione del comunicatore simbolico da parte del cittadino, l'ASL dispone apposita **valutazione clinica domiciliare** ai fini della relativa idoneità e dell'individuazione del tipo di comunicatore (a scansione od oculare) necessario.
2. Gli esiti della valutazione domiciliare con annessa richiesta, vanno trasmessi tempestivamente al responsabile amministrativo aziendale individuato e, per conoscenza e con procedura anonima, al Settore Fasce Deboli dell'A.G.C. 20 "Assistenza Sanitaria".
3. Entro e non oltre 30 giorni dalla valutazione domiciliare, il responsabile amministrativo della ASL provvede all'**avvio del procedimento**, dandone opportuna comunicazione ai cittadini interessati. Lo stesso responsabile provvede alla conclusione della procedura di acquisizione del comunicatore attivando, presso il domicilio del paziente, i contatti/procedure necessari per l'individuazione del dispositivo adatto e personalizzato in base alle caratteristiche del cittadino. In sede di collaudo dell'ausilio, tale rispondenza dovrà essere garantita in relazione alle condizioni cliniche del paziente all'atto della consegna.
4. Decorso inutilmente 30 giorni dall'avvio del procedimento di acquisizione di cui al punto 3), il cittadino ritenuto idoneo ed inserito nell'elenco degli aventi diritto a valere sul fondo aziendale comunicatori, preventivamente autorizzato dalla competente ASL, può provvedere all'acquisizione autonomamente, per un importo non superiore a quello stabilito dall'Azienda stessa, presentando richiesta corredata da relativo preventivo alla ASL di residenza. La stessa ASL che ha autorizzato l'acquisizione dovrà garantire comunque l'appropriatezza del dispositivo individuato tramite il supporto tecnico dell'unità operativa che ha effettuato la precedente valutazione clinica domiciliare.
5. I cittadini idonei che, decorso inutilmente i termini di cui al punto 4) e comunque a far data dal 1° aprile 2009, hanno provveduto ad acquisire (tramite acquisto o noleggio) un comunicatore anticipandone la spesa, hanno diritto ad un rimborso, nei limiti delle risorse assegnate, per il tramite delle AASSLL e a valere sui fondi dedicati, sulla scorta della documentazione probante riguardante tale percorso. Il tetto massimo del rimborso non potrà comunque superare il costo medio sostenuto dall'Azienda per l'analoga acquisizione dei comunicatori (acquisto o noleggio) effettuata a valere sul fondo 2007.
6. Per i cittadini idonei per i quali le ASL competenti non hanno ancora provveduto ad avviare procedure di acquisizione del dispositivo, le stesse dovranno essere finalizzate al noleggio delle apparecchiature.
7. Le AASSLL dovranno comunicare al Settore Fasce Deboli dell'AGC 20 "Assistenza Sanitaria" la conclusione del procedimento di assegnazione del comunicatore al cittadino ai fini della rendicontazione del relativo fondo.

8. Le AASSLL si faranno carico altresì di monitorare la sussistenza dei requisiti di idoneità dei comunicatori assegnati alle caratteristiche evolutive delle malattie neuromotorie progressive e di provvedere, quindi, al loro eventuale aggiornamento tecnico. Di tale monitoraggio le stesse Aziende dovranno aggiornare il Settore Fasce Deboli dell'AGC 20 "Assistenza Sanitaria" con cadenza semestrale, che provvederà a sottoporre tale monitoraggio al tavolo tecnico regionale sulla SLA.
9. Qualsiasi procedura diversa da quella contenuta nel presente documento deve essere preventivamente comunicata alla Regione Campania – Settore Fasce Deboli dell'AGC 20 "Assistenza Sanitaria" che può autorizzarla esclusivamente nel caso in cui le diverse modalità siano tese all'ottimizzazione della procedura di assegnazione di idonei comunicatori ai pazienti.

DECRETO n. 23 del 9.3.2012

OGGETTO : Istituzione del Tavolo Tecnico Regionale di Esperti per la definizione del documento istitutivo della rete dell'emergenza cardiologica regionale e nomina dei componenti.

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sono stati nominati sub commissari ad acta con compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;

RICHIAMATO il decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27/9/2010 con il quale è stato disposto il riassetto della rete ospedaliera e territoriale e la modifica del Piano Ospedaliero Regionale in coerenza con il Piano di Rientro che assegna al Coordinamento regionale del sistema integrato emergenza-urgenza il compito, tra l'altro, di definire linee guida diagnostico-terapeutiche dei percorsi del paziente in emergenza;

CONSIDERATO:

- a. che con il supporto del Coordinamento regionale del sistema integrato emergenza-urgenza e con le professionalità interessate (cardiologi, cardiocirurghi, medici d'urgenza, ecc) e sulla scorta delle linee guida emanate dalle Società Scientifiche, devono essere definiti i protocolli riguardanti il percorso clinico-organizzativo che troverà nei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE) l'attuazione attraverso l'emanazione di specifiche procedure;
- b. che il citato decreto commissariale n.49/2010, all'interno della rete dell'emergenza, definisce l'organizzazione dell'emergenza cardiologica, identificando le Centrali Operative cui afferiscono funzionalmente i centri spoke e hub di primo e secondo livello per ciascuna area territoriale, individuando i compiti di ciascun centro e delineando un primo percorso operativo per l'assistenza al paziente con problemi cardiologici;

RAVVISATA la necessità di dare ulteriore seguito operativo a quanto programmato con il citato decreto n.49/2010 mediante:

- a. la costituzione di un Tavolo Tecnico Regionale di Esperti con il compito di supportare le attività del Coordinamento regionale nella definizione del documento istitutivo della rete dell'emergenza cardiologica e dei successivi aggiornamenti, nonché di identificare e proporre soluzioni alle criticità e definire i relativi strumenti di controllo, prevedendone la seguente composizione:
 - il Coordinatore dell'A.G.C. "Assistenza Sanitaria";

- il Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera;
 - un Collaboratore della Struttura Commissariale
 - un Direttore Generale di Azienda Sanitaria;
 - un Direttore Sanitario di Azienda Sanitaria;
 - un Responsabile di Centrale Operativa 118;
 - un Responsabile di Unità Operativa di Emergenza Territoriale;
 - un Responsabile di Pronto Soccorso di Azienda Sanitaria;
 - un Responsabile cardiologo di Centro HUB;
 - un Responsabile cardiologo di Centro SPOKE;
 - i delegati delle principali Società Scientifiche;
- b. l'istituzione di Gruppi di lavoro locali per ciascun territorio facente capo alle Centrali Operative Territoriali con compiti di supporto operativo al Tavolo Tecnico Regionale di Esperti e di contestualizzazione delle indicazioni impartite dal livello regionale, con la seguente composizione:
- il Responsabile della Centrale Operativa Territoriale 118;
 - il Responsabile di Unità Operativa di Emergenza Territoriale;
 - il Responsabile del Pronto Soccorso del Centro HUB;
 - il Direttore Sanitario del presidio cui fa capo la Centrale Operativa Cardiologica;
 - il Responsabile della Centrale Operativa Cardiologica del Centro HUB di II livello;
 - i Responsabili della Cardiologia dei Centri HUB di I Livello;
 - un referente medico per ciascun Centro SPOKE;
 - un funzionario regionale;

DECRETA

1. di istituire il Tavolo Tecnico Regionale di Esperti con il compito di supportare le attività del Coordinamento regionale nella definizione del documento istitutivo della rete dell'emergenza cardiologica e dei successivi aggiornamenti, nonché di identificare e proporre soluzioni alle criticità e definire i relativi strumenti di controllo;
2. di nominare componenti del "Tavolo" i Sigg.ri:
 - Coordinatore dell'AGC Assistenza Sanitaria, Dott. Mario Vasco;
 - Dirigente del Settore Ospedaliero, Dott. Renato Pizzuti;
 - Collaboratore della Struttura Commissariale, Dott. Gaetano Antonio Di Pietro;
 - Direttore Generale dell'A.O. "Moscati" di Avellino, Dott. Giuseppe Rosato;
 - Direttore Sanitario dell'A.O. "Dei Colli", Dott. Nicola Silvestri;
 - Responsabile di Centrale Operativa 118, Dott. Roberto Mannella;
 - Responsabile di U.O. di emergenza territoriale, Dott. Maria Calandra;
 - Responsabile di Pronto Soccorso di Azienda Ospedaliera: Dott. Vincenzo Piedimonte dell'AORN Cardarelli;
 - Responsabile Cardiologo di Centro HUB, Dott. Pietro Giudice, A.O. S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno;
 - Responsabile cardiologo di Centro SPOKE, Dott. Gerolamo Sibilio, UTIC S. Maria delle Grazie di Pozzuoli;
 - Dott. Giovanni Esposito, Società Italiana di Cardiologia Invasiva - GISE;
 - Dott. Pasquale Perrone-Filardi, Società Italiana di Cardiologia - SIC;
 - Dott. Marino Scherillo, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO;
3. di stabilire che le funzioni di segreteria saranno svolte dalla Dott.ssa Laura Barresi, Funzionario del Settore Assistenza Ospedaliera dell'A.G.C. 20;
4. di rinviare a successivi provvedimenti la costituzione dei Gruppi di lavoro locali per ciascun territorio facente capo alle Centrali Operative Territoriali (COT) con compiti di supporto operativo al Tavolo Tecnico Regionale di Esperti e di contestualizzazione delle indicazioni impartite dal livello regionale;
5. di stabilire che la partecipazione ai lavori del Tavolo Tecnico è a titolo gratuito;

6. di stabilire, altresì, che il “Tavolo” potrà avvalersi della collaborazione, sempre a titolo gratuito, di specifiche professionalità delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali;
7. di trasmettere il presente decreto alle AA.GG.CC. 19 e 20 per quanto di competenza.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore
Assistenza Ospedaliera
Dott. Renato Pizzuti



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

DECRETO n. 26 del 14.03.2012
Rif. lettera g)

Oggetto: appropriatezza terapeutica nella prescrizione di farmaci biologici nella Terapia della Psoriasi e dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate, e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale adulti e pediatrico

PREMESSO

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 29 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo i programmi operativi previsti dall'art. 2, comma 88, della legge n.191/2008, tenuto conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, , con particolare riferimento a specifici azioni ed interventi, identificati in venti punti;
- c. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29.04.2010;
- d. che detta delibera di nomina dei sub commissari attribuisce al dott. Achille Coppola il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera g) *"razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata"*;

VISTI

- a. il Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella Legge n. 122 del 30 luglio 2010, intitolato "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica";
- b. gli indicatori sulla spesa farmaceutica fissati dall'AIFA in attuazione dell'art. 11, comma 7, lettera b) del D.L. 78/2010 (*"Tabelle di raffronto della spesa farmaceutica fra le singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente"*), resi disponibili attraverso il cruscotto del Sistema Tessera Sanitaria;

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- c. il decreto commissariale n. 15 del 30.11.2009 “Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera”;
- d. il decreto commissariale n. 44 del 19.03.2010 “Misure di controllo della spesa farmaceutica”;

VISTI altresì

- a. il Decreto del Ministero della Sanità 24.05.2001 che ha approvato il protocollo di monitoraggio per il trattamento dei pazienti affetti da artrite reumatoide con farmaci “biologici” anti-TFN alfa denominato “Studio Osservazionale Antares”;
- b. la Determinazione AIFA del 13.06.2005 che ha approvato un protocollo di monitoraggio denominato “Psocare – trattamento della psoriasi con farmaci sistemici in Italia”

RILEVATO che;

- a. la DGRC 4184 del 14.09.2001, e successive integrazioni, ha regolamentato in Campania lo studio Osservazionale Antares individuando, tra l'altro, i Centri prescrittori di farmaci biologici conformi ai requisiti previsti dal DM 24.05.2001;
- b. la DGRC 1690 del 26.11.2005, e s.i., ha regolamentato in Campania il Protocollo Psocare individuando, tra l'altro, i Centri prescrittori di farmaci biologici conformi ai requisiti previsti dalla Determinazione AIFA 13.06.2005;
- c. I farmaci biologici sono indicati anche per il trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali –MICI;
- d. la DGRC n. 1217 del 6.7.2007 ha individuato nel Dipartimento Clinico di Pediatria Generale e specialistica dell'AOU Federico II il Centro di Riferimento Regionale per le malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica ed ha approvato le relative Linee di indirizzo Regionali;

ANALIZZATI i dati di consumo relativi alle annualità 2009 e 2010, che evidenziano un incremento di consumo dei principali principi attivi pari al 14.26 così si rileva dalla seguente tabella:

P.A.	VALORE ANNO 2009	VALORE ANNO 2010	variazione % 2009-2010
ABATACEPT	839.564	1.316.867	56,85
ADALIMUMAB	7.290.306	11.647.811	59,77
ETANERCEPT	16.737.069	18.831.510	12,51
INFLIXIMAB	8.347.681	9.105.798	9,08
RITUXIMAB	13.237.836	12.173.961	-8,04
Totale	46.452.456	53.075.947	14,26

RAVVISATO necessario provvedere alla razionalizzazione della spesa assicurando comunque i livelli essenziali di assistenza attraverso la definizione e/o aggiornamento dei percorsi diagnostici terapeutici in relazione ai farmaci biologici utilizzati nella cura i) dell'artrite reumatoide - e per tutte le indicazioni di pertinenza reumatologica; ii) della psoriasi nell'ambito dei citati studi osservazionali; iii) delle malattie croniche infiammatorie del tratto intestinale;

PRESO ATTO dell'Elaborato Tecnico denominato “Terapia della Psoriasi e dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale in età adulta e pediatrica (con particolare riferimento alle

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

indicazioni per l'utilizzo dei farmaci biologici), predisposto da medici specialisti esperti nel trattamento delle suddette patologie;

CONSIDERATO che il citato allegato tecnico risponde ai requisiti necessari a garantire la cura dei pazienti affetti da tali patologie assicurando l'appropriatezza prescrittiva, la sicurezza del paziente e la razionalizzazione della spesa ed è costituito in particolare da:

- Percorso diagnostico terapeutico della Psoriasi e dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate, e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale per adulti e pediatrico;
- Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici in pazienti affetti da Artrite Psoriasica, Artrite Reumatoide, Spondilite Anchilosante e Spondiloartriti Indifferenziate;
- Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici in pazienti affetti da Psoriasi;
- Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici in pazienti affetti da Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale (MICI)
- consenso informato alla somministrazione di farmaci biologici in pazienti affetti da artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondilite anchilosante e spondiloartriti indifferenziate;
- consenso informato alla somministrazione di farmaci biologici in pazienti affetti da psoriasi;
- consenso informato alla somministrazione di farmaci biologici in pazienti affetti da Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale;

RAVVISATA la necessità:

- a. di individuare i Centri prescrittori PSOCARE insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori che presentano i requisiti di legge e già individuati con DGRC 1690 del del 26.11.2005, ridotti almeno del 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'Allegato Elaborato Tecnico;
- b. di individuare i Centri prescrittori ex Antares già individuati nello studio osservazionale Antares insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori individuati con DGRC 4184 del 14.09.2001, e succ. integr., ridotti di almeno del 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'Allegato Elaborato Tecnico;
- c. di individuare il Dipartimento Clinico di Pediatria Generale e specialistica dell'AOU Federico II per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali(MICI) in età evolutiva, già istituito quale Centro di riferimento Regionale con DGRC 1217 del 6.7.2007;
- d. di individuare le UU.OO. di Gastroenterologia delle AA.OO. e AA.OO.UU, in possesso dei requisiti previsti dall'Elaborato Tecnico e inseriti nella rete regionale dei centri prescrittori, per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali(MICI)in pazienti adulti

RITENUTO

- a. di recepire il suddetto Elaborato Tecnico denominato "Terapia della Psoriasi e dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate, e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale (con particolare riferimento alle indicazioni per l'utilizzo dei farmaci biologici);
- b. di individuare i seguenti Centri prescrittori PSOCARE insistenti nella rete regionale che presentano i requisiti di legge e già individuati con DGRC 1690 del del 26.11.2005, ridotti di

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

almeno il 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'Allegato Elaborato Tecnico:

- UO Dermatologia - Dipartimento di patologia sistematica – Prof. F.Ayala Università di Napoli Federico II;
- UO Clinica Dermatologica e Venereologica – Prof. V.Ruocco Seconda Università di Napoli;
- UO Dermatologia - AO San Giuseppe Moscati – D.ssa M.A. Belli Avellino;
- UO Dermatologia - AO Gaetano Rummo Dr. Francesco Cusano - Benevento;
- UO Dermatologia - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Dr. Dario Donadio - Salerno;
- UOC Dermatologia – U.O. Psoriasi/Psocare Prof. U.Raimondo - D.ssa Genoveffa Scotto Di Luzio - AO S. Anna e S. Sebastiano - Caserta;
- U.O. Dermatologia – P.O. Polla e S.Arsenio – Dr. Sergio De Paola ASL SA – S.Arsenio (SA)
- UO Dermatologia – P.O. S.M. della Speranza –Dr. F.Musumeci - Dr. B.Brunetti ASL SA – Battipaglia (Sa)
- U.O. Dermatologia P.O. Ascalesi – Dr. S.Ceparano ASL NA 1 Centro - Napoli
- UO Dermatologia - PO S. Gennaro –Dr.R.Mozzillo ASL NA1 Centro - Napoli;

c. di individuare i seguenti Centri prescrittori ex Antares insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori individuati con DGRC 4184 del 14.09.2001,e succ. integr., ridotti di almeno il 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'Allegato Elaborato Tecnico:

- Università degli Studi di Napoli Federico II° Dipartimento di Clinica Medica - Reumatologia UOC Reumatologia Prof. R.Scarpa via Pansini n. 5 80131 Napoli
- Seconda Università degli studi di Napoli – Unità Operativa Complessa Prof. G. Valentini via Pansini n.5 80131 Napoli
- Seconda Università degli Studi di Napoli – UOC 5 Divisione Di medicina Interna e immunoallergologia Prof. Lucivero P.zza L. Miraglia 80138 Napoli
- AOU Federico II UOC Medicina Interna Immunologia Clinica Prof. G.Marone Via Pansini 5 Napoli
- A.O. "S. Moscati" Struttura Semplice Di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa Del Dipartimento Di Medicina Generale, Dr. S.De Silva via Otranto 83100 Avellino
- A.O. " G.Rummo" Struttura Semplice di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa del Dipartimento di Scienze Mediche U.O. Reumatologia Dr. Stefano Stisi via dell'Angelo 1 , 82100 Benevento
- A.O. "Ospedale Civile di Caserta" Struttura .Semplice afferente alla Divisione di Medicina Interna U.O. Reumatologia – Dr. S.Lupoli - via Tescione 81100 Caserta
- A.O. " A. Cardarelli " Struttura Semplice Di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa di Medicina Interna, Prof. G. Uomo via A. Cardarelli 9, 80131 Napoli
- A.O. "S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" Struttura .Semplice afferente alla struttura Complessa di Medicina Interna ,Dr. Dario Caputo
- ASL NA1 Presidio Ospedaliero " S.Giovanni Bosco " Struttura Semplice di Reumatologia afferente all' Unità Operativa di Medicina Generale Dr. Santi Corsaro via Briganti 255, 80144 Napoli
- ASL SA1 Pres. Ospedaliero Scafati : Struttura Semplice di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa di Medicina Interna – Dr. S.Scarpato
- IRCS – Fondazione Maugeri di Telese Terme (BN) – Unità Operativa di Riabilitazione Reumatologica Ortopedica Dr. N.Pappone via Bagni Vecchi, 1;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

- STRUTTURE COMPLESSE DI PEDIATRIA aventi, preferibilmente , nel loro ambito UNITA' SEMPLICI o equivalenti di Reumatologia , per la cura della Artrite Reumatoide giovanile poliarticolare con età ≥ 4 <16 anni;
 - l'Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento Clinico di Pediatria U.O. Reumatologia –Prof. G.Andria/D.ssa M. Alessio - via Pansini ,5 80131 Napoli;
 - la Seconda Università degli Studi di Napoli – Dipartimento di Pediatria- “F. Fede “ II Clinica Pediatrica UO Reumatologia – Prof.ssa L. Perrone/Dr. Olivieri via De Crecchio 2, 80136 Napoli
- d. di individuare il Dipartimento Clinico di Pediatria Generale e specialistica Prof. A.M. Staiano dell'AOU Federico II per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali(MICI) in età evolutiva, già istituito quale Centro di riferimento Regionale con DGRC 1217 del 6.7.2007;
- e. di individuare le UU.OO. di Gastroenterologia delle AA.OO. e AA.OO.UU, in possesso dei requisiti previsti dall'Elaborato Tecnico e inseriti nella rete regionale dei centri prescrittori per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali(MICI)in pazienti adulti;
- f. di adottare le schede regionali per la prescrizione ed erogazione dei farmaci biologici
- g. di stabilire che i farmaci, somministrati nell'ambito di studi osservazionali/protocolli AIFA e oggetto del presente provvedimento, sono prescritti ed erogati secondo le condizioni e le modalità previste negli specifici provvedimenti AIFA /regionali;
- h. di incaricare i nuclei di controllo dell'appropriatezza clinica e farmaceutica, costituiti presso le aziende sanitarie, a provvedere periodicamente alle verifiche, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009;

VISTA la DGRC n. 4064/2001;**VISTA** la DGRC n. 1018/2001

DECRETA

Per quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato,

1. di recepire l'Elaborato Tecnico denominato “Terapia della Psoriasi e dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale (con particolare riferimento alle indicazioni per l'utilizzo dei farmaci biologici)”
2. di individuare i seguenti Centri prescrittori PSOCARE insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori che presentano i requisiti di legge e già individuati con DGRC 1690 del del 26.11.2005, ridotti di almeno il 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'Allegato Elaborato Tecnico:
 - UO Dermatologia - Dipartimento di patologia sistematica – Prof. F.Ayala Università di Napoli Federico II;
 - UO Clinica Dermatologica e Venereologica – Prof. V.Ruocco Seconda Università di Napoli;
 - UO Dermatologia - AO San Giuseppe Moscati – D.ssa M.A. Belli Avellino;
 - UO Dermatologia - AO Gaetano Rummo Dr. Francesco Cusano - Benevento;
 - UO Dermatologia - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Dr. Dario Donadio - Salerno;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

- UOC Dermatologia – U.O. Psoriasi/Psocare Prof. U.Raimondo - D.ssa Genoveffa Scotto Di Luzio - AO S. Anna e S. Sebastiano - Caserta;
 - U.O. Dermatologia – P.O. Polla e S.Arsenio – Dr. Sergio De Paola ASL SA – S.Arsenio (SA)
 - UO Dermatologia – P.O. S.M. della Speranza –Dr. F.Musumeci - Dr. B.Brunetti ASL SA – Battipaglia (Sa)
 - U.O. Dermatologia P.O. Ascalesi – Dr. S.Ceparano ASL NA 1 Centro - Napoli
 - UO Dermatologia - PO S. Gennaro –Dr.R.Mozzillo ASL NA1 Centro - Napoli;
3. di individuare i seguenti Centri ex Antares insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori individuati con DGRC 4184 del 14.09.2001,e succ. integr., ridotti del 20%, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009 e dall'allegato Elaborato Tecnico, per le prescrizioni relative al trattamento dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate:
- Università degli Studi di Napoli Federico II°Dipartimento di Clinica Medica - Reumatologica UOC Reumatologia Prof. R.Scarpa via Pansini n. 5 80131 Napoli
 - Seconda Università degli studi di Napoli – Unità Operativa Complessa Prof. G. Valentini via Pansini n.5 80131 Napoli
 - Seconda Università degli Studi di Napoli – UOC 5 Divisione Di medicina Interna e immunoallergologia Prof. Lucivero P.zza L. Miraglia 80138 Napoli
 - AOU Federico II UOC Medicina Interna Immunologia Clinica Prof. G.Marone Via Pansini 5 Napoli
 - A.O. “S. Moscati” Struttura Semplice Di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa Del Dipartimento Di Medicina Generale, Dr. S.De Silva via Otranto 83100 Avellino
 - A.O. “ G.Rummo” Struttura Semplice di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa del Dipartimento di Scienze Mediche U.O. Reumatologia Dr. Stefano Stisi via dell'Angelo 1 , 82100 Benevento
 - A.O. “Ospedale Civile di Caserta” Struttura .Semplice afferente alla Divisione di Medicina Interna U.O. Reumatologia – Dr. S.Lupoli - via Tescione 81100 Caserta
 - A.O. “ A. Cardarelli ” Struttura Semplice Di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa di Medicina Interna, Prof. G. Uomo via A. Cardarelli 9, 80131 Napoli
 - A.O. “S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona” Struttura .Semplice afferente alla struttura Complessa di Medicina Interna ,Dr. Dario Caputo
 - ASL NA1 Presidio Ospedaliero “ S.Giovanni Bosco ” Struttura Semplice di Reumatologia afferente all' Unità Operativa di Medicina Generale Dr. Santi Corsaro via Briganti 255, 80144 Napoli
 - ASL SA1 Pres. Ospedaliero Scafati : Struttura Semplice di Reumatologia afferente alla Struttura Complessa di Medicina Interna – Dr. S.Scarpato
 - IRCS – Fondazione Maugeri di Telese Terme (BN) – Unità Operativa di Riabilitazione Reumatologica Ortopedica Dr. N.Pappone via Bagni Vecchi, 1
 - STRUTTURE COMPLESSE DI PEDIATRIA aventi, preferibilmente , nel loro ambito UNITA' SEMPLICI o equivalenti di Reumatologia , per la cura della Artrite Reumatoide giovanile poliarticolare con età ≥ 4 <16 anni;
 - l'Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento Clinico di Pediatria U.O. Reumatologia –Prof. G.Andria/D.ssa M. Alessio - via Pansini ,5 80131 Napoli



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- la Seconda Università degli Studi di Napoli – Dipartimento di Pediatria- “F. Fedè “ II Clinica Pediatrica UO Reumatologia – Prof.ssa L. Perrone/Dr.ssa Olivieri via De Crecchio 2, 80136 Napoli
- 4. di individuare il Dipartimento Clinico di Pediatria Generale e specialistica dell'AOU Federico II per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali (MICI) in età evolutiva, già istituito quale Centro di riferimento Regionale con DGRC 1217 del 6.7.2007;
- 5. di individuare le UU.OO. di Gastroenterologia delle AA.OO. e AA.OO.UU, in possesso dei requisiti previsti dall'Elaborato Tecnico e inseriti nella rete regionale dei centri prescrittori, per il trattamento delle Malattie Infiammatorie croniche intestinali (MICI) in pazienti adulti;
- 6. di adottare le schede regionali per la prescrizione ed erogazione dei farmaci biologici di cui all'Allegato Tecnico;
- 7. di stabilire che i farmaci, somministrati nell'ambito di studi osservazionali/protocolli AIFA e oggetto del presente provvedimento, sono prescritti ed erogati secondo le condizioni e le modalità previste negli specifici provvedimenti AIFA /regionali;
- 8. di incaricare i nuclei di controllo dell'appropriatezza clinica e farmaceutica, costituiti presso le aziende sanitarie, a provvedere periodicamente alle verifiche, come previsto dal Decreto Commissariale n. 15/2009;
- 9. di richiamare le aziende sanitarie alla vigilanza delle prescrizioni farmaceutiche in regime di SSN ed in particolare alla verifica delle condizioni di prescrivibilità previste dalle Determinazioni Aifa attraverso i nuclei di controllo dell'appropriatezza farmaceutica e agli adempimenti previsti dalla L. 425/96, e s.i., e dalla DGRC 1018 del 02.03.2001;
- 10. le aziende sanitarie dovranno relazionare trimestralmente all'A.G.C. Assistenza Sanitaria – Settore Farmaceutico sulle risultanze dell'attività svolta dai nuclei di controllo dell'appropriatezza presso i centri prescrittori dei farmaci biologici, garantendone la verifica di almeno il 25%;
- 11. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'Amministrazione Regionale;
- 12. di inviare per competenza al Settore Farmaceutico
- 13. di inviare per conoscenza ai Settori Assistenza Sanitaria, Programmazione Sanitaria
- 14. di inviare al Settore “Stampa, documentazione e informazione del Bollettino Ufficiale” per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Dott. A Coppola



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Dott. M.Morlacco

Il Coordinatore dell'Area 19
Piano Sanitario Regionale e Rapporti
Con gli organi istituzionali delle AASSLL
E delle AA.OO.
Dott. A. D'Ascoli

Il Coordinatore dell'Area 20
Assistenza Sanitaria
Dott. M.Vasco

Il Dirigente del Settore
Farmaceutico
Dott.ssa Margherita De Florio

La Dirigente del Servizio
Assistenza Farmaceutica
Dott.ssa Lucilla Palmieri

Il Dirigente del Servizio
Compensazione-Mobilità extra reg.
Dott. Luigi Riccio

REGIONE CAMPANIA

Terapia della Psoriasi, dell'Artrite Psoriasica, dell'Artrite Reumatoide, della Spondilite Anchilosante, delle Spondiloartriti Indifferenziate e delle Malattie Croniche Infiammatorie del Tratto Intestinale (con particolare riferimento alle indicazioni per l'utilizzo dei farmaci biologici)

ELABORATO TECNICO DEL COMITATO DI ESPERTI

INDICE

INTRODUZIONE	pag.	3
PSORIASI:		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	4
raccomandazioni per la pratica clinica	pag.	5
indici di severità	pag.	6
modalità di prescrizione dei farmaci biologici	pag.	6
bibliografia	pag.	7
tabella 1: calcolo del PASI	pag.	8
tabella 2: classificazione della psoriasi	pag.	9
tabella 3: versione italiana del DLQI	pag.	10
figura 1: percorso diagnostico-terapeutico	pag.	12
scheda per la prescrizione	pag.	13
modulo di consenso informato	pag.	14
ARTRITE PSORIASICA		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	15
raccomandazioni per la pratica clinica	pag.	16
bibliografia	pag.	16
tabella 4: raccomandazioni terapeutiche	pag.	17
tabella 5: gradazione della severità di malattia	pag.	18
figura 2: percorso diagnostico-terapeutico	pag.	19
ARTRITE REUMATOIDE		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	20
raccomandazioni terapeutiche	pag.	21
bibliografia	pag.	22
tabella 6: criteri classificativi EULAR/ASC	pag.	24
tabella 7: indici di attività nell'AR	pag.	25
tabella 8: versione italiana dell'HAQDI	pag.	26
tabella 9: Short Erosion Narrowing Score	pag.	28
figura 3: percorso diagnostico-terapeutico	pag.	29
SPONDILITE ANCHILOSANTE e SPONDILOARTRITI INDIFFERENZIATE		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	30
bibliografia	pag.	30
tabella 10: criteri ESSG	pag.	31
figura 4: flow-chart	pag.	32
I FARMACI BIOLOGICI IN AMBITO REUMATOLOGICO		
modalità di prescrizione	pag.	33
scheda per la prescrizione	pag.	35
modulo di consenso informato	pag.	36
MALATTIA DI CROHN (MC)		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	37
raccomandazioni terapeutiche	pag.	38
bibliografia	pag.	40
tabella 11: classificazione in base alla severità	pag.	41
RETTOCOLITE ULCEROSA (RCU)		
cenni di epidemiologia, clinica e terapia	pag.	42
raccomandazioni terapeutiche	pag.	43
bibliografia	pag.	44
tabella 12: classificazione in base al Mayo Score	pag.	45
I FARMACI BIOLOGICI NELLA TERAPIA DI MC E RCU		
modalità di prescrizione	pag.	46
figura 5: malattia di Crohn - flow-chart	pag.	48
figura 6: retto colite ulcerosa - flow-chart	pag.	49
scheda per la prescrizione	pag.	50
modulo di consenso informato	pag.	51

INTRODUZIONE

Con Deliberazione N. 4184 del 14 Settembre 2001, e s.i., la Giunta Regionale della Campania ha provveduto a recepire il protocollo dello studio Antares relativo al trattamento farmacologico dell'Artrite Reumatoide con gli agenti in grado di bloccare il TNF-alfa (Etanercept e Infliximab), individuando inoltre i Centri in possesso dei requisiti previsti.

Successivamente, con Deliberazione N. 1690 del 26 novembre 2005, la Giunta Regionale della Campania ha recepito la Determinazione AIFA 13.06.2005 (Protocollo di Studio Psocare: trattamento della psoriasi con farmaci sistemici in Italia - Recepimento e Individuazione dei Centri per la diagnosi, la prescrizione, la dispensazione dei farmaci biologici Etanercept, Infliximab, Efalizumab, Alefacept). In particolare, è stato recepito l'Elaborato Tecnico predisposto dagli Esperti che prevede i percorsi diagnostici e terapeutici necessari a garantire l'accesso al trattamento con farmaci biologici ai pazienti non rispondenti positivamente o intolleranti ad altri trattamenti farmacologici a più basso costo, comprensivo delle indicazioni in merito alla prescrizione ed erogazione dei farmaci biologici.

A distanza di alcuni anni, una rivisitazione dell'argomento è resa indispensabile da una serie di fattori:

- il continuo e rapido progresso delle conoscenze sulla terapia con i farmaci biologici, sottolineato dallo sviluppo di nuove linee guida internazionali;
- la disponibilità anche in Italia di nuove molecole (ustekinumab, golimumab, tociklizumab), a fronte della indisponibilità di altri (alefacept, efalizumab);
- l'esperienza maturata in ambito regionale, che suggerisce l'opportunità di individuare criteri più precisi e una procedura semplificata;
- i dati di spesa relativi ai farmaci biologici;
- le disposizioni regionali nell'ambito delle iniziative previste dal piano di rientro, come qui di seguito specificato.

Infatti, il Presidente della Regione Campania, quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale campano e in particolare alla "razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento della appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale", con decreto commissariale n°15 del 30 novembre 2009, e s.i., introduce misure finalizzate alla razionalizzazione dei Centri prescrittori, in funzione del profilo epidemiologico della popolazione residente e del territorio di competenza, con l'obiettivo della riduzione della spesa anche attraverso la riduzione del numero complessivo dei Centri, nella misura di almeno il 20% di quelli attivi alla data di adozione del citato provvedimento. Inoltre prevede la definizione di percorsi diagnostici terapeutici relativamente ai farmaci ad alto costo per il trattamento di patologie severe.

PSORIASI

Cenni di clinica, epidemiologia e terapia

La psoriasi è una malattia cutanea infiammatoria cronica, che, nella forma più comune, quella cronica a placche, è caratterizzata da placche eritemato-desquamative ben demarcate localizzate frequentemente sulle superfici estensorie degli arti e al cuoio capelluto. Altre varietà comprendono la psoriasi guttata, la psoriasi pustolosa (localizzata e generalizzata) e l'eritrodermia psoriasica; una peculiare artropatia (artropatia psoriasica) è presente nell'1-10% dei pazienti. La prevalenza della psoriasi nella popolazione generale italiana è stimata pari a circa il 2,8% (1). Si può dunque stimare che esistano circa 150.000 cittadini campani sofferenti della malattia. Di questi, una proporzione calcolabile nell'ordine del 10% soffre di forme moderate-gravi.

Le modalità terapeutiche per la psoriasi sono, in genere, classificate in tre grandi gruppi: **A) trattamenti topici** (farmaci applicati direttamente sulla superficie cutanea; i rimedi più antichi includono catrami, ditranolo, eosina, i prodotti più recenti steroidi topici, derivati della vitamina D e A, tacrolimus); **B) trattamenti con luce ultravioletta** (impiegano l'esposizione a fonti di luce ultravioletta, UVB e UVA, talvolta associando radiazioni UVA e psoraleni assunti per os: PUVA); **C) trattamenti sistemici** (in questo caso i farmaci vengono assunti per via sistemica).

Risulta evidente come non esista una "cura" definitiva per la psoriasi e come la scelta di un trattamento dipenda da considerazioni relative alla gravità della malattia in un determinato momento, all'efficacia e sicurezza dei trattamenti disponibili, alle caratteristiche e preferenze dei pazienti inclusa la risposta a precedenti trattamenti, ai costi diretti e indiretti del trattamento, all'organizzazione del sistema sanitario. Queste raccomandazioni intendono fornire indicazioni operative condivise per la gestione clinica dei pazienti con psoriasi cronica a placche in Campania, sulla base delle migliori prove scientifiche disponibili.

Esiste ampio consenso che il trattamento della psoriasi di grado lieve-moderato possa essere condotto efficacemente facendo ricorso solamente a prodotti per uso topico. Esiste altresì ampio consenso che la fototerapia con UVB a banda stretta e la PUVA terapia sono trattamenti efficaci nell'ottenere la clearance delle lesioni e come terapia di mantenimento nella psoriasi moderata-grave (2,3). Bisogna tuttavia considerare che la PUVA terapia può comportare problemi di compliance da parte dei pazienti per la difficoltà di accesso ai centri che ne sono dotati e per la difficoltà di approvvigionamento del farmaco, al momento non commercializzato in Italia. L'impiego di farmaci sistemici viene ristretto alle forme di psoriasi più grave ed estesa. Il metotrexate e la ciclosporina sono efficaci nell'ottenere la clearance delle lesioni e come terapia di mantenimento nella psoriasi moderata-grave; tuttavia si associano a potenziale tossicità e richiedono, tra l'altro, un monitoraggio attento l'uno della funzione epatica, l'altro di quella renale e dei valori pressori. L'acitretina è meno efficace nell'indurre la clearance della psoriasi in placche ma può essere impiegata per facilitarne il raggiungimento (es. Re-PUVA terapia) o per modularne la severità una volta ottenuta la clearance con altri metodi. Da circa 5 anni, nei pazienti non responsivi alle suddette terapie, possono inoltre essere somministrati farmaci prodotti con tecniche di biologia molecolare (cosiddetti farmaci biologici) rivolti contro singole citochine pro infiammatorie (TNF α , IL12/23) o i recettori cellulari di esse. Attualmente sono 4 i farmaci di tale categoria commercializzati in Italia con l'indicazione per il trattamento della psoriasi a placche moderata-severa: adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab.

Raccomandazioni per la pratica clinica

Per una malattia cronica, quale è la psoriasi, è indispensabile definire un piano di gestione a lungo termine che faccia un uso ottimale delle risorse terapeutiche disponibili e che tenga in adeguata considerazione le particolari esigenze del singolo paziente. In forme gravi come la psoriasi pustolosa generalizzata, l'eritrodermia psoriasica, e in funzione delle comorbidità, può essere giustificata l'ospedalizzazione. Sembra ragionevole che la gestione clinica delle forme medio-gravi avvenga quindi all'interno di servizi clinici dedicati, che garantiscano competenze (incluse competenze reumatologiche) e continuità assistenziale. Lo scopo principale del trattamento è quello di rendere sopportabile al singolo paziente il carico della propria malattia riducendo al minimo l'impatto della malattia con le attività quotidiane e garantendo una soddisfacente vita di relazione. Nel caso di effetti importanti sulla qualità di vita, in presenza di una psoriasi di limitata gravità, può essere importante considerare la proposta di un sostegno psicologico al paziente.

Le opzioni terapeutiche disponibili per ottenere la clearance a breve termine sono numerose. In caso di **psoriasi lieve** vanno considerati trattamenti topici con steroidi topici, derivati della vitamina D e A da soli od in combinazione, ditanolo, coal tar. Sono in genere richieste 2-4 settimane di trattamento continuativo per ottenere una risposta terapeutica. A causa dei potenziali effetti collaterali a lungo termine (incluso “*rebound*” della preesistente psoriasi), l'uso protratto di steroidi potenti e ultrapotenti va sconsigliato. In caso di mancata o scarsa risposta ai trattamenti topici, si può prendere in considerazione la fototerapia UVB a banda stretta, da sola o in combinazione con trattamenti topici. La fototerapia può essere proseguita a relativamente lungo termine per mantenere i risultati ottenuti a breve termine (2,3). In caso di **psoriasi moderata** si possono prendere in considerazione i trattamenti topici e la fototerapia UVB a banda stretta, da soli o in combinazione fra loro. La fototerapia UVB può essere proseguita a relativamente lungo termine per mantenere i risultati ottenuti a breve termine. In caso di insuccesso con la fototerapia UVB a banda stretta, possono essere consigliati la PUVA terapia o i trattamenti sistemici tradizionali. La ciclosporina è raccomandata alla dose di 2,5-5mg/kg/die per un trattamento a breve termine o intermittente, il metotrexate alla dose di 7,5-15mg/settimana per un trattamento più a lungo termine soprattutto in caso di concomitante artrite, l'acitretina alla dose di 0,3-0,5mg/kg/die (incrementabile fino a 1mg/kg/die nel singolo paziente se ben tollerata) come alternativa in pazienti selezionati (2,3). In caso di insuccesso, del verificarsi d'intolleranza o effetti collaterali o di controindicazione ad almeno 3 delle precedenti 4 terapie sistemiche (somministrate a dosi massimali e per un periodo congruo di tempo pari almeno a 4 settimane per acitretina e ciclosporina e 12 settimane per il metotrexate) è possibile far ricorso ai cosiddetti farmaci biologici. In caso di **psoriasi severa** vanno considerate la fototerapia UVB/NB e la terapia sistemica: PUVA terapia, metotrexate, ciclosporina, acitretina con gli stessi criteri indicati per la psoriasi moderata. In caso di insuccesso, del verificarsi di intolleranza o effetti collaterali o di controindicazione ad almeno 3 delle precedenti 4 terapie sistemiche (somministrate a dosi massimali e per un periodo congruo di tempo pari almeno a 4 settimane per acitretina e ciclosporina e 12 settimane per il metotrexate) è possibile far ricorso ai cosiddetti farmaci biologici. Etanercept (50 o 100mg/settimana per 12 settimane, poi 50mg/settimana), Adalimumab (40mg/14 giorni preceduti 7 giorni prima della prima somministrazione da una singola dose di 80mg), Infliximab (5mg/kg alle settimane 0, 2 e 6, quindi ogni 8 settimane) e Ustekinumab (45mg alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane; 90mg in caso di pazienti di peso > 100kg) si sono dimostrati efficaci nell'ottenere la clearance della psoriasi a placche cronica. Sono disponibili solo prove assai limitate relative alle strategie di trattamento ottimali per garantire il mantenimento dei risultati ottenuti a breve termine. La scelta nel singolo paziente deve tenere in considerazione, tra l'altro, le motivazioni dei pazienti, i rischi connessi con la tossicità a lungo termine, i costi, l'esperienza e il giudizio del singolo medico (1,2).

In Figura 1 è riportata la flow-chart che illustra il percorso diagnostico-terapeutico della psoriasi.

Indici di severità: definizione di psoriasi moderata-severa

Da quanto esposto nel paragrafo precedente, appare evidente l'importanza di definire esattamente le categorie di severità della psoriasi. Nonostante svariati limiti (non distingue tra differenti pattern di distribuzione delle lesioni, non permette di valutare differenti sottotipi clinici e riflette di fatto un giudizio soggettivo), la misura più frequentemente adottata quale indice di severità della psoriasi è un indice numerico che combina l'estensione con segni clinici, il cosiddetto "Psoriasis Area and Severity Index" (PASI) (Tabella 1). In Tabella 2 viene proposta una trasformazione dei valori dell'indice PASI in termini di categorie di severità, combinata con estensione delle lesioni (BSA = body surface area) e grado di disabilità sociale e psicologico connesso con la presenza della malattia. Nel calcolo della BSA l'intera superficie palmare (inclusa l'area pertinente alle 5 dita) può essere considerata approssimativamente equivalente all'1%. Il grado di disabilità sociale e psicologico connesso con la presenza della malattia è valutato calcolando il Dermatology Life Quality Index (Tabella 3). Va notato come un miglioramento del PASI del 75% è in genere considerato come una risposta terapeutica clinicamente rilevante.

Modalità di prescrizione ed erogazione dei farmaci biologici

I centri di riferimento regionali per il trattamento dei pazienti affetti da psoriasi e artrite psoriasica nell'ambito del progetto "Psocare" devono essere in grado di soddisfare le seguenti caratteristiche organizzative e strutturali:

- unità operative di dermatologia con disponibilità di posti letto di ricovero ordinario e/o day hospital;
- ambulatorio dedicato per la gestione clinica della psoriasi e personale sanitario che assicuri continuità assistenziale;
- disponibilità di cabine/lampade UVA e UVB a banda stretta per fototerapia;
- attrezzature telematiche idonee al collegamento internet.

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci biologici in pazienti affetti da psoriasi deve essere effettuata sotto la personale responsabilità del clinico prescrittore con la seguente procedura:

- i centri utilizzatori dovranno compilare le schede informatizzate secondo le indicazioni pubblicate sul sito <http://psocare.agenziafarmaco.it/>. Inoltre dovranno mantenere presso il centro, per eventuali riscontri, copia cartacea della cartella clinica di ogni singolo paziente (anche ambulatoriale), recante i principali dati clinici;
- dovrà essere adottata l'allegata scheda regionale per la prescrizione e distribuzione del farmaco. La scheda regionale, redatta in triplice copia a cura dei centri prescrittori, dovrà essere debitamente registrata assegnando a ciascuna scheda un numero progressivo. Le tre copie della scheda andranno rispettivamente: una consegnata al paziente per il prosieguo di terapia da parte dell'ASL di appartenenza; una trattenuta dalla farmacia ospedaliera ove risiede il centro prescrittore; una conservata dal centro prescrittore insieme con la cartella clinica del paziente. Al fine di un attento monitoraggio, le farmacie ospedaliere e i servizi farmaceutici territoriali dovranno inviare almeno con cadenza trimestrale un prospetto riepilogativo al Settore Farmaceutico della Giunta Regionale con le modalità previste dalla Delibera Giunta Regionale n°737 del 6 giugno 2006;
- il centro prescrittore, laddove ritenga che la terapia possa essere effettuata a domicilio ai sensi del DPR 10 ottobre 1992, art. 6 comma 1, previa acquisizione del consenso informato come da fac-simile, eroga il farmaco nella quantità necessaria al I ciclo di durata di due settimane. Il costo del farmaco erogato è posto a compensazione
- il centro prescrittore dovrà trasmettere alla ASL di appartenenza dell'utente la scheda regionale finalizzata alla dispensazione del prosieguo della terapia; l'ASL di residenza del paziente

provvede all'erogazione successiva per il tramite delle farmacie distrettuali e/o ospedaliere sulla base della prescrizione del Centro prescrittore. La prescrizione ha una validità massima di tre mesi.

Alla luce degli studi clinici ed epidemiologici e nel rispetto della razionalizzazione dei centri e del contenimento della spesa farmaceutica, si raccomanda la disattivazione dei seguenti Centri Psocare:

1. U.O. Malattie veneree e parassitarie – Seconda Università di Napoli;
2. U.O. Dermatologia – P.O. A. Tortora di Pagani – ASL SA;
3. U.O. Dermatologia – Ospedale Fatebenefratelli di Benevento – ASL BN;

garantendo, comunque, adeguata assistenza ai pazienti affetti da psoriasi.

Bibliografia

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/121/section11.html> (consultato il 6/12/10).
2. Naldi L, Addis A, Tomino C, et al. Trattamento della psoriasi con farmaci sistemici in Italia. <http://psocare.agenziafarmaco.it/protocollo.pdf> (consultato il 6/12/10).
3. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23(Suppl 2):1-70.
4. Baranzoni N, Scaloni L, Mantovani L, et al. Validazione della versione Italiana dell'Indice Dermatologico della Qualità di Vita. Giorn It Dermatol Venereol 2007;142:209-14.

Tabella 1. Calcolo del “Psoriasis Area and Severity Index” (PASI).

	Eritema (0-4)*		Spessore (0-4)*		Desquamazione (0-4)*		Subtotale 1		Subtotale 2		Area interessata (1-6)**		Subtotale 3
testa		+		+		+		x 0.1		x		=	
arti superiori		+		+		+		x 0.2		x		=	
tronco		+		+		+		x 0.3		x		=	
arti inferiori		+		+		+		x 0.4		x		=	
											TOTALE		

0 = nessuna manifestazione clinica**1 = lieve*****2 = moderata*****3 = marcata*****4 = molto marcata******1 = <10%******2 = 10-29%******3 = 30-49%******4 = 50-69%******5 = 70-89%******6 = 90-100%**

Tabella 2. Classificazione della psoriasi in base alla severità (2, modificata).

Psoriasi lieve:

BSA < 10% e PASI < 10;

Psoriasi moderata:

BSA 10-25% e/o PASI 10-20 e/o coinvolgimento di viso e/o mani e/o genitali con effetti importanti sul benessere psicologico e sociale del paziente (DLQI score ≥ 10).

Psoriasi severa:

BSA > 25% e/o PASI > 20 e/o psoriasi instabile e rapidamente progressiva (eritrodermica, pustolosa).

Tabella 3. Versione italiana del questionario Dermatology Life Quality Index (DLQI; 4).

1. Negli ultimi 7 giorni, ha avuto prurito, dolore, o sensazioni di bruciore alla pelle?

moltissimo
molto
un po'
per niente

2. Negli ultimi 7 giorni, si è sentito/a imbarazzato/a o a disagio a causa dei suoi problemi alla pelle?

moltissimo
molto
un po'
per niente

3. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato fastidi per fare la spesa, occuparsi della casa (o del giardino)?

moltissimo
molto
un po'
per niente

non riguarda il mio caso

4. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei vestiti da indossare?

moltissimo
molto
un po'
per niente

non riguarda il mio caso

5. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influito sulle sue attività con gli altri, o di tempo libero?

moltissimo
molto
un po'
per niente

non riguarda il mio caso

6. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno reso difficile praticare sport?

moltissimo
molto
un po'
per niente

non riguarda il mio caso

7. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno impedito completamente di lavorare o di studiare?

sì

no non riguarda il mio caso

Se ha risposto “no”: negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà nel lavoro o nello studio?

molto

un po’

per niente

8. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà con il/la suo/a compagno/a, con gli amici intimi o con i parenti?

moltissimo

molto

un po’

per niente

non riguarda il mio caso

9. Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà di carattere sessuale?

moltissimo

molto

un po’

per niente

non riguarda il mio caso

10. Negli ultimi 7 giorni, la cura per la pelle le ha dato problemi, per esempio, portandole via del tempo o sporcando in casa?

moltissimo

molto

un po’

per niente

non riguarda il mio caso

Calcolare per ogni risposta:

moltissimo:

punti 3

sì:

punti 3

molto:

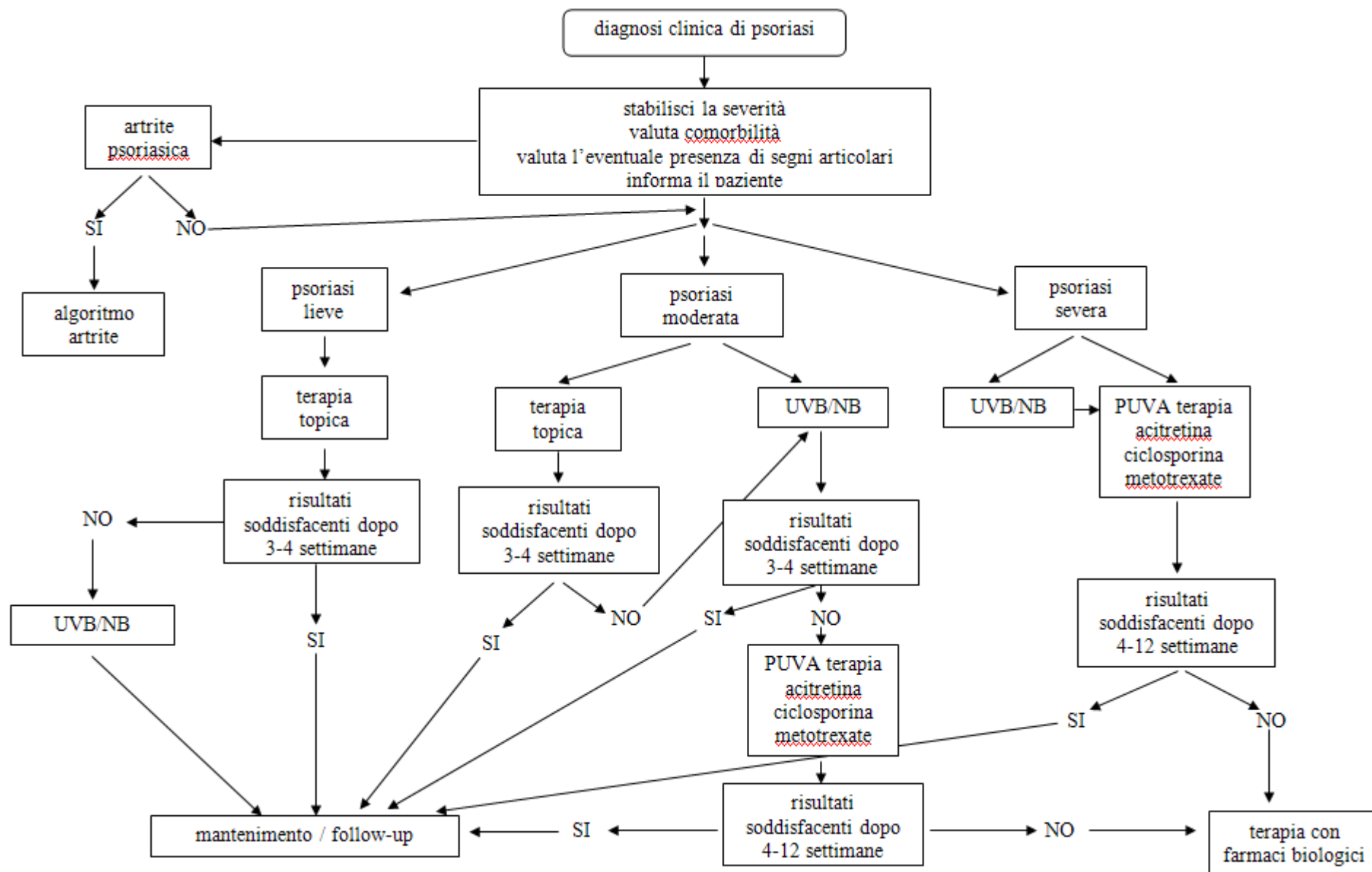
punti 2

un po’:

punti 1

DLQI score: SOMMA TOTALE DEI PUNTI

Figura 1: percorso diagnostico-terapeutico della psoriasi – flow-chart.



SERVIZIO SANITARIO della REGIONE CAMPANIA**Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici, classificati ai fini della fornitura in fascia H, in pazienti affetti da PSORIASI**

N° PROGRESSIVO:

Centro di riferimento:

Io sottoscritto dott./dott.sa:

dichiaro che il/la paziente: sesso:

nato/a il: a: prov.:

codice fiscale:

indirizzo completo:

prov.: ASL: regione:

è affetto/a da psoriasi moderata o severa, così definita in base ai criteri enunciati nei paragrafi “Raccomandazioni per la pratica clinica” e “Indici di severità: definizione di psoriasi moderata-severa” del relativo elaborato tecnico, così come approvato dalla G.R.C., ed esattamente:

PASI: BSA:

☐ coinvolgimento di viso/mani/genitali DLQI:☐ psoriasi instabile rapidamente progressiva (eritrodermica, pustolosa)☐ coesistenza di artropatia psoriasica

ed ha inoltre già effettuato almeno tre delle seguenti terapie sistemiche (o ha controindicazioni o ha sviluppato intolleranza alle stesse), ed esattamente:

☐ PUVA terapia ☐ scarsa risposta ☐ intolleranza/controindicazione (specificare:))☐ acitretina/etretinato ☐ scarsa risposta ☐ intolleranza/controindicazione (specificare:))☐ metotrexate ☐ scarsa risposta ☐ intolleranza/controindicazione (specificare:))☐ ciclosporina ☐ scarsa risposta ☐ intolleranza/controindicazione (specificare:))Pertanto per il trattamento della sua patologia **necessita del seguente farmaco**:

da assumere alla seguente posologia e per il seguente periodo (massimo tre mesi):

Dichiaro altresì che il detto ciclo terapeutico, insostituibile e indispensabile, sarà effettuato sotto la mia responsabilità presso questa Unità Operativa o al domicilio del paziente dopo aver adeguatamente istruito il paziente stesso sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento della posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiaro inoltre di aver acquisito agli atti il consenso informato del paziente.

Data:

il medico prescrittore

(timbro con codice regionale e firma leggibile)

CONSEGNA FARMACO

n° ciclo	data	specialità medicinale	quantità consegnata	firma (per ricevuta)	documento d'identità	farmacista (firma/timbro)

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI BIOLOGICI IN PAZIENTI AFFETTI DA PSORIASI

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____
codice fiscale: _____
indirizzo completo: _____
prov.: _____ ASL: _____ regione: _____

dichiaro

di acconsentire alla somministrazione/assunzione del seguente farmaco _____
(contenente come principio attivo: _____), essendo a conoscenza delle
principali caratteristiche del farmaco, della dose da assumere e della frequenza delle
somministrazioni, della durata del ciclo di terapia, dei principali possibili eventi avversi associati al
trattamento, dei controlli clinici e/o di laboratorio che si rendono necessari. Dichiaro altresì di aver
ricevuto adeguate istruzioni sulla conservazione del farmaco e sulle modalità di somministrazione,
laddove tale somministrazione dovesse essere effettuata al mio domicilio; mi impegno inoltre a
presentarmi con regolarità ai controlli programmati e a informare tempestivamente il medico di
medicina generale e il medico specialista dermatologo di riferimento per ogni evento o reazione
avversa.

Acconsento inoltre a che venga compilata la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento e le
schede di follow-up secondo le indicazioni emanate dall'Agenzia del Farmaco e a che venga
mantenuta presso questo centro prescrittore, per eventuali riscontri, copia cartacea della mia cartella
clinica, il cui accesso sarà consentito esclusivamente a personale autorizzato e tenuto alla
riservatezza.

(città) _____, li _____

(firma)

Confermo di aver personalmente spiegato alla persona sopra indicata quanto in precedenza esposto,
la quale accetta volontariamente quanto ha sottoscritto.

(firma e timbro del medico specialista della struttura)

ARTRITE PSORIASICA

Cenni di epidemiologia, clinica e terapia

L'artrite psoriasica (AP) è un'artropatia infiammatoria cronica, che si realizza in circa il 10% dei pazienti con psoriasi, colpendo, quindi, in Italia circa lo 0.3% della popolazione, con uguale distribuzione fra i 2 sessi. Un'artropatia con le stesse caratteristiche dell'AP precede, in circa il 15% dei casi, la comparsa delle manifestazioni cutanee, configurando la cosiddetta AP sine psoriasi.

L'AP presenta una notevole eterogeneità clinica. Nel 1973, Moll e Wright identificarono 5 varietà (1):

- 1) Oligoartrite (<5 articolazioni con distribuzione asimmetrica);
- 2) Poliartrite simmetrica (simil-reumatoide);
- 3) Artrite delle interfalangee distali;
- 4) Spondilite;
- 5) Artrite mutilante.

E' riconosciuta, inoltre, l'esistenza di entesiti psoriasiche che possono rappresentare la sola manifestazione della malattia o accompagnare altre localizzazioni quali l'artrite periferica e la spondilite.

Al di là della psoriasi precedente, concomitante o successiva, l'AP condiziona lo sviluppo di limitazioni funzionali e influenza negativamente la qualità della vita (2,3).

La diagnosi di AP è compito del clinico. A tal fine, sono comunque utilizzati i criteri classificativi elaborati recentemente da un gruppo di esperti (CASPAR study group; 4). Perché un paziente sia classificato come AP e, pertanto, sia candidabile per studi osservazionali o trial clinici, devono essere soddisfatti almeno 3 dei seguenti criteri:

- 1) Psoriasi (almeno uno dei seguenti):
 - Psoriasi ricorrente
 - Storia personale di psoriasi
 - Storia familiare di psoriasi
- 2) Onicodistrofia psoriasica
- 3) Dattilite o storia di dattilite
- 4) Evidenza radiologica di neoformazione ossea iuxta-articolare
- 5) Negatività del fattore reumatoide

La valutazione dell'attività di malattia e della risposta al trattamento nei pazienti affetti da AP con interessamento periferico o assiale si effettua utilizzando criteri precedentemente sviluppati per l'artrite reumatoide o per la spondilite anchilosante, come il DAS28 (5) e il BASDAI (6), rispettivamente (Tabella 4).

Raccomandazioni terapeutiche

Sono state proposte recentemente, e sono pienamente condivise, linee guida terapeutiche per le principali forme cliniche dell'artrite psoriasica da parte dei membri (reumatologi e dermatologi) del gruppo di studio "GRAPPA" (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis). La terapia è modulata in base al grado di severità della malattia, che viene classificata come lieve, moderata o severa (Tabella 5; Figura 2) (7).

Lo scopo principale di queste linee guida è quello di tenere in considerazione tutti gli aspetti della patologia psoriasica, compreso il coinvolgimento cutaneo, ungueale e assiale, l'entesite e la dattilite.

Bibliografia

1. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Sem Arthritis Rheum* 1973;3:55-78.
2. Gladman DD, Farewell VT. Progression in psoriatic arthritis: Role of time varying clinical indicators. *J Rheumatol* 1999;26:2409-13.
3. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:778-83.
4. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis - Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54:2665-73.
5. Leeb BF, Andel I, Sautner J, et al. The Disease Activity Score in 28 joints in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis patients. *Arthritis Care & Research* 2007;57:256-60.
6. Cohen JD, Cunin P, Farrenq V, et al. Estimation of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index cutoff for perceived symptom relief in patients with spondylarthropathies. *J Rheumatol* 2006;33:79-81.
7. Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1387-94.

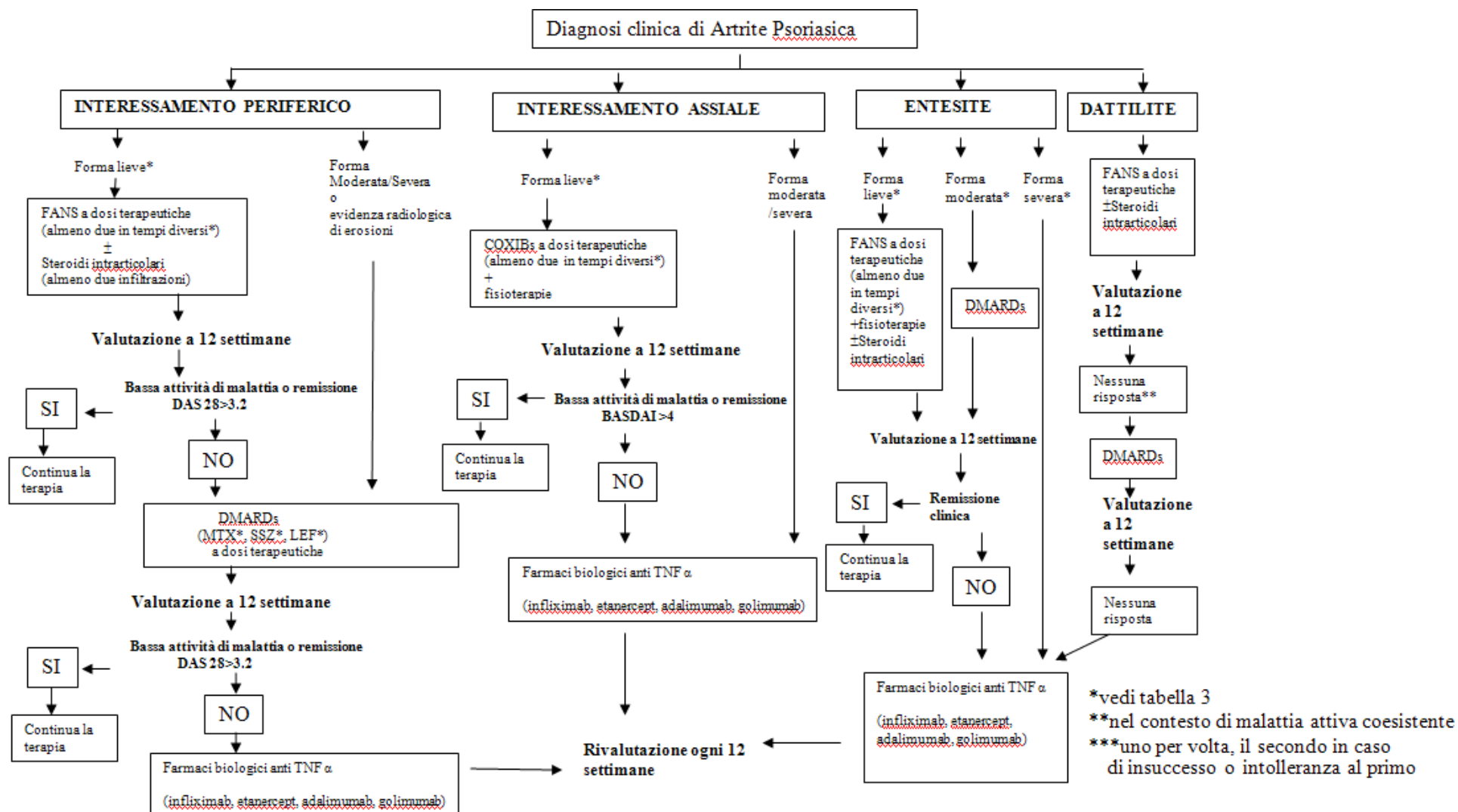
Tabella 4: Gli indici DAS28 e BASDAI per la valutazione dell'attività di malattia e della risposta al trattamento nei pazienti affetti rispettivamente da artrite reumatoide e spondilite anchilosante.

DAS28* Disease Activity Score 28 Le 28 articolazioni da considerare sono: 10 interfalangee prossimali; 10 metacarpofalangee; 2 polsi; 2 gomiti; 2 spalle; 2 ginocchia. Un DAS28<2.6 indica malattia non attiva. Un DAS28 fra 2.6 e 3.2 indica bassa attività di malattia. Sono disponibili calcolatori reimpostati.	$0.56 \times (\text{Vn.art.dolenti}/28) + 0.039 \times (\text{n.art.tumefatte}/28) + 0.72 \times \ln(\text{VES/h}) + 0.013(\text{stato globale di salute } 0-100)$
BASDAI Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index Un valore somma dei 6 punti>40 indica la presenza di malattia attiva. (0=assente; 100= massimo grado)	-Valore (da 0 a 10) assegnato dal paziente al grado di astenia/fatigabilità; -Valore (da 0 a 10) assegnato dal paziente al grado di dolore cervicale, lombare ed alle anche;-Valore (da 0 a 10) assegnato dal paziente al grado di dolore/tumefazione a carico di altre articolazioni; -Valore (da 0 a 10) assegnato dal paziente al grado di sofferenza avvertito dal dolore alla pressione/ palpazione di qualsivoglia area;-Valore (da 0 a 10) dato al grado di rigidità al mattino; -Valore (da 0 a 10) assegnato dal paziente alla durata della rigidità mattutina.

Tabella 5: Gradazione della Severità di malattia nell'Artrite Psoriasica.

	LIEVE	MODERATA	SEVERA
Artrite periferica	<5 articolazioni Nessun danno radiografico Nessuna limitazione funzionale Impatto minimo sulla qualità di vita Valutazione del paziente: lieve	>5 articolazioni Danno radiografico Inadeguata risposta alle terapie di primo livello Impatto moderato sulla qualità di vita Valutazione del paziente: moderata	>5 articolazioni Danno radiografico severo Inadeguata risposta alle terapie di secondo livello Impatto severo sulla qualità di vita Valutazione del paziente : severa
Malattia assiale	Lieve dolore Nessuna perdita di funzione	Perdita di funzione o BASDAI>4	Nessuna risposta
Entesite	1-2- sedi Nessuna perdita di funzione	2 sedi o perdita di funzione	Perdita di funzione o più di due sedi coinvolti e nessuna risposta
Dattilite	Dolore assente o lieve Normale funzionalità	Malattia erosiva o perdita di funzione	Nessuna risposta

Figura 2: percorso diagnostico-terapeutico dell'AP – flow-chart.



ARTRITE REUMATOIDE

Cenni di epidemiologia, clinica e terapia

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia autoimmune sistemica reumatica caratterizzata precipuamente da una sinovite simmetrica poliarticolare erosiva, che determina nel tempo lo sviluppo di processi distruttivi osteocartilaginei, di conseguenti deformità e disabilità e si associa a riduzione della sopravvivenza per aumentata mortalità cardiovascolare (1). L'AR colpisce in Italia il 0.33 circa della popolazione generale e condiziona nel tempo un sostanziale grado di disabilità, che determina la necessità di interventi chirurgici di artropotesi, un elevato numero di ritiri dall'attività lavorativa, un alto impatto economico derivante dalla somma di costi diretti ed indiretti ed una precoce mortalità da aterosclerosi (2,3).

La diagnosi di AR è compito del Clinico. Per molti anni sono stati utilizzati, sia pure impropriamente, a fini diagnostici i criteri classificativi dell'American College of Rheumatology (ACR) del 1987 (4), che non erano soddisfatti in un'alta percentuale di pazienti nelle fasi iniziali di malattia e potevano anche essere soddisfatti in pazienti con altre condizioni quali la sindrome di Sjogren ed il Lupus sistemico. Sono stati recentemente pubblicati criteri, anch'essi classificativi, frutto di una collaborazione fra l'ACR e l'European League against Rheumatism (EULAR) (Tabella 6) (5). Questi criteri permettono di arruolare in trial clinici pazienti in una fase più precoce di malattia, ma sono gravati, se utilizzati a fini diagnostici, da false positività.

La terapia farmacologica dell'AR si giova sin dai primi anni '90 dell'uso di cortisonici a basso dosaggio (< 7,5mg/die di equivalente prednisonico) in associazione con farmaci (piccole molecole) modificanti il decorso della malattia, fra cui il methotrexate è il farmaco di prima scelta e, limitatamente a brevi periodi nelle fasi di acuzie dolorosa, con farmaci antinfiammatori non-steroidi. Dal 2000, nei pazienti non responsivi alla suddetta terapia, possono essere somministrati farmaci prodotti con tecniche di biologia molecolare (cosiddetti farmaci biologici) rivolti contro singole citochine proinfiammatorie (TNF α , IL-1 β) o i recettori cellulari di esse; o molecole di superficie dei linfociti B (CD20) o delle cellule presentanti l'antigene (CD80/86), implicate rispettivamente nell'attivazione degli stessi linfociti B o dei linfociti T; o contro il recettore solubile dell'IL-6.

Raccomandazioni terapeutiche

La dimostrazione della precocità del danno osteoerosivo e della maggiore prevalenza di risposta alla terapia (qualsivoglia) nelle fasi precoci richiederebbero una diagnosi precoce, preferibilmente entro 3 mesi dall'esordio. Nella pratica ciò non succede e condiziona la difficoltà di ottenere la remissione della malattia in pazienti che si presentano tardivamente. La complessità del problema e l'ampliamento delle opzioni hanno indotto alcune società scientifiche e singoli esperti a predisporre algoritmi diagnostico-terapeutici tesi a uniformare il comportamento degli specialisti sul territorio e a migliorare, conseguentemente, il livello delle prestazioni offerte (6,7). Il paziente deve, comunque, essere rivisto ogni 3 mesi per la valutazione dell'attività infiammatoria di malattia e della disabilità e, ogni anno, per quella dell'andamento del danno anatomico-radiologico.

Devono essere utilizzati, a questo scopo, il Simplified Disease Activity Index (SDAI), il DAS 28 o il Clinical Disease Activity Index (CDAI) per l'attività (Tabella 7)(8), l'Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) per la disabilità (Tabella 8) (9), e per il danno articolare la variante semplificata (Short Erosion Narrowing Score) (SENS) (10) (Tabella 9) dello score di Sharp modificato da van der Heijde. Sono state recentemente pubblicati Criteri di una Commissione congiunta ACR/EULAR/OMERACT (11) per la definizione di remissione nei trial clinici. In base a tali criteri un paziente può essere considerato in remissione, condizione che è predittiva di una stabilità sul piano anatomico-radiologico e funzionale, se soddisfa uno dei 2 seguenti requisiti: a) n.articolazioni tumefatte/28 ≤ 1 ; n. articolazioni dolenti/28 ≤ 1 ; valutazione dello stato di salute su una scala analogica visiva da 0 a 10 ≤ 1 ; Proteina C Reattiva ≤ 1 mg/dl; b) Simple Disease Activity Index (SDAI) ≤ 3.3 . La Commissione ha invitato, sia pure in attesa di ulteriore validazione, ad utilizzare questi valori negli studi osservazionali e nella pratica clinica. Infatti in linea teorica, un paziente potrebbe soddisfare l'ipotesi a) e presentare uno SDAI di almeno 4. Ciò, però, non si è verificato nei pazienti esaminati arruolati in trial randomizzati controllati con ampio numero di pazienti arruolati. La commissione ha altresì sottolineato che l'uso di indici basati sulla valutazione di sole 28 articolazioni, escluse quindi le caviglie e le articolazioni dei piedi, non è gravato da un sostanziale rischio di sottovalutare l'attività di malattia in pazienti che siano colpiti a livello di queste articolazioni dal momento che nella quasi totalità di essi sono interessate altre articolazioni e/o sono alterati gli indici di flogosi.

In tutti i pazienti bisogna introdurre in terapia il methotrexato, che può essere sostituito dalla sulfasalazina o dalla leflunomide nei pazienti che presentano controindicazioni (uso corrente di alcool: > 1 bicchiere di vino/settimana; gravidanza; insufficienza renale: ClCr < 50 ml/min; epatite B in assenza di profilassi antivirale) o intolleranza al methotrexato (Figura 3), preferibilmente in associazione con cortisonici a dosi medio-basse (≤ 10 mg di equivalente prednisone/die), che

hanno dimostrato un'attività modificante il decorso della malattia, almeno nei primi due anni di decorso.

Nei pazienti, che a 3 mesi risultassero responsivi (cioè remissione se in fase precoce; bassa attività di malattia negli altri casi) al methotrexate o alla sulfasalazina o alla leflunomide, il trattamento sarà continuato, rivalutando il paziente ogni 3 mesi sul piano dell'attività di malattia e della funzione, e ogni anno su quello anatomico-radiologico.

Nei pazienti non responsivi, che non presentino marcatori di severità (cioè autoanticorpi, erosioni, netta alterazione degli indici di flogosi, n° articolazioni tumefatte > 3), si può prescrivere un DMARD sintetico alternativo (ad es. leflunomide o sulfasalazina in luogo di methotrexato) e rivalutare il paziente dopo 3 mesi per il raggiungimento degli obiettivi.

Nei pazienti non responsivi, che presentino uno o più marcatori di severità, bisogna aggiungere un farmaco biologico. Possono essere utilizzati al momento un anti-TNF α (infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab, golimumab), il tocilizumab o l'abatacept, il cui uso in prima battuta (cioè non dopo il fallimento di un anti-TNF α) è stato autorizzato del tutto recentemente. L'infliximab e il golimumab sono somministrabili solo in associazione con il methotrexate; gli altri anche in associazione con altri DMARDs sintetici o in monosomministrazione. Il tocilizumab andrebbe prescelto nei casi con prevalenti manifestazioni sistemiche di malattia e/o con anemia infiammatoria non responsiva. Non sono noti al momento altri criteri predittivi di risposta all'uno o all'altro farmaco.

Nei pazienti non responsivi ad un primo anti-TNF α (che non sia il golimumab) si può utilizzare il golimumab (che è l'unico anti-TNF α risultato efficace in trial randomizzati controllati in pazienti non responsivi ad altri anti-TNF α) o un biologico di altra classe. Nei pazienti non responsivi al tocilizumab o all'abatacept, utilizzati in prima battuta, può essere prescritto un biologico di altra classe, incluso un anti-TNF α . In entrambi i casi bisogna tener presente che non sono disponibili al momento chiari criteri predittivi di risposta all'uno o all'altro farmaco, anche se il tocilizumab andrebbe prescelto nei casi con prevalenti manifestazioni sistemiche di malattia e/o con anemia infiammatoria non responsiva ed il rituximab confinato alle forme positive per il fattore reumatoide e/o gli anticorpi anti-peptidi citrullinati.

Nonostante le opportunità disponibili rimane una quota parte di pazienti non responsivi. In questi casi possono essere fatti tentativi con azatioprina, ciclosporina e, ultimo, ciclofosfamide.

Bibliografia

1. RD Brasington: Clinical features of rheumatoid arthritis. In: MC Hochberg, AJ Silman, JS Smolen, ME Weinblatt, MH Weisman, Eds – Rheumatology - 4th Edition - Mosby Elsevier Philadelphia, 2008, pages 763-71.

2. Salaffi F, De Angelis R, Grassi W. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample. Results of a regional community-based study. I The MAPPING study. Clin Exp Rheumatol 2005;23:819-28
3. Del Rincon ID, Williams K, Stern MP, et al. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. Arthritis Rheum 2001;44:2737-45
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American-Rheumatism-Association 1987 Revised Criteria for the Classification of Rheumatoid-Arthritis. Arthritis Rheum 1988;31:315-24.
5. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010;69:1580-8.
6. Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2008;59:762-84.
7. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis 2010;69:964-75.
8. Smolen JS, Aletaha D. The assessment of disease activity in rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol 2010;28:S18-S27.
9. Fries JF. The Hierarchy of Quality-of-Life Assessment, the Health Assessment Questionnaire (HAQ), and Issues Mandating Development of a Toxicity Index. Controlled Clinical Trials 1991;12:S106-S117.
10. Boini S, Guillemin F. Radiographic scoring methods as outcome measures in rheumatoid arthritis: properties and advantages. Ann Rheum Dis 2001;60:817-26.
11. Felson DT, Smolen JS, Wells G, et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Arthritis Rheum 2011;63:573-86.

Tabella 6: Criteri EULAR/ACR per la classificazione dell'Artrite Reumatoide.

Popolazione obiettivo (chi deve essere testato?): pazienti che

1. hanno almeno 1 articolazione con sinovite clinica sicura (tumefazione)*
2. con sinovite non meglio spiegata da altra malattia†

Criteri classificativi per AR (algoritmo a punteggio: sommare lo score delle categorie A-D); per classificare un paziente come AR definita è necessario un punteggio totale ≥ 6 ‡

A. Coinvolgimento articolare§	Punteggio
1 grande articolazione	0
2-10 grandi articolazioni	1
1-3 piccole articolazioni (con o senza coinvolgimento di grandi articolazioni)#	2
4-10 piccole articolazioni (con o senza coinvolgimento di grandi articolazioni):	3
>10 articolazioni (almeno 1 piccola articolazione)**	5
B. Sierologia	
(è necessario almeno 1 test per la classificazione)††	
FR negativo e ACPA negativi:	0
FR a basso titolo o ACPA a basso titolo:	2
FR ad alto titolo o ACPA ad alto titolo:	3
C. Reattanti di fase acuta	
(è necessario almeno 1 test per la classificazione)††	
PCR normale e VES normale:	0
PCR elevata o VES elevata:	1
D. Durata dei sintomi§§	
< 6 settimane: 0	
≥ 6 settimane: 1	

I criteri sono disegnati per la classificazione di pazienti alla prima valutazione. Dovrebbero essere classificati come AR anche pazienti con malattia erosiva tipica per artrite reumatoide con una anamnesi compatibile con pregresso soddisfacimento dei criteri 2010. Dovrebbero essere classificati come AR anche i pazienti con malattia di lunga durata, compresi quelli con malattia inattiva (con o senza trattamento), che, sulla base di dati retrospettivi, abbiano precedentemente soddisfatto i criteri 2010. †La diagnosi differenziale varia tra pazienti con diverse presentazioni cliniche, ma può includere condizioni quali lupus eritematoso sistemico, artrite psoriasica e gotta. Se non è chiaro quali diagnosi differenziali considerare, dovrà essere consultato un reumatologo esperto.

‡Sebbene i pazienti con un punteggio <6/10 non possano essere classificati come AR, questi possono essere rivalutati e potranno soddisfare i criteri cumulativamente nel tempo.

§“Coinvolgimento articolare” si riferisce ad articolazioni clinicamente dolenti o tumefatte, che possono essere confermate attraverso

il riscontro di sinovite con tecniche di imaging. Sono escluse dalla valutazione le interfalangee distali, le prime carpometacarpali e le prime metatarsofalangee. Le categorie di distribuzione articolare sono classificate sulla base del sito e del numero di articolazioni coinvolte, con assegnazione alla categoria più alta possibile secondo il pattern di interessamento articolare.

†“Grandi articolazioni” si riferisce a spalle, gomiti, anche, ginocchia e caviglie.

#“Piccole articolazioni” si riferisce a metacarpofalangee, interfaangee prossimali, II-V metatarsofalangee, interfalangea dell'alluce e polsi.

**In questa categoria almeno 1 delle articolazioni coinvolte deve essere una piccola articolazione; le altre articolazioni possono includere qualsiasi combinazione di grandi o ulteriori piccole articolazioni, così come altre articolazioni non specificamente elencate (es: temporomandibolare, acromionclavicolare, sternoclavicolare, ecc.).

††Negativo si riferisce a valori di UI minori o uguali al limite superiore di normalità per il test di laboratorio impiegato; basso positivo si riferisce a valori superiori al limite superiore di normalità ma inferiore a 3 volte il limite stesso; alto positivo si riferisce a valori superiori a 3 volte il limite superiore del test impiegato. Laddove l'informazione per il fattore reumatoide (FR) sia disponibile solo come positivo o negativo, il positivo dovrebbe essere conteggiato come basso positivo. ACPA = anticorpi anti-peptidi citrullinati ciclici.

‡‡Normale/elevato è determinato dallo standard del laboratorio. PCR = proteina C-reattiva; VES = velocità di eritrosedimentazione.

§§La durata dei sintomi si riferisce alla durata dei segni o sintomi di sinovite (dolore, tumefazione, dolorabilità) riportati dal paziente a livello delle articolazioni clinicamente coinvolte al momento della visita, indipendentemente dalla terapia in atto.

Tabella 7: Indici di attività nell'Artrite Reumatoide e rapporti relativi con lo stato di malattia.

INDICE	REMISSIONE	ATTIVITA' BASSA	ATTIVITA' MODERATA	ATTIVITA' ALTA
SIMPLIFIED DISEASE ACTIVITY INDEX** (SDAI) °° n. articolazioni dolenti/28+ n.articolazioni tumefatte/28+ Valutazione del medico (0- 10)+valutazione del paziente+ Proteina C reattiva (mg/dl)	<3.3	<11	<26	>22
DAS28*** 0.56(radice quadrata n.art dolenti/28)+0.039(n.articolazioni tumefatte/28)+0.72 logn(VES/1àh)+0.013(stato globale di malattia 0-100)	< 2.6	< 3.2	< 5.1	> 5.1
CLINICAL DISEASE ACTIVITY INDEX** (CDAI) n. articolazioni dolenti/28+ n.articolazioni tumefatte/28+ Valutazione del medico (0- 10)+valutazione del paziente	<2.8	<10	<22	

* L'indice di Ritchie si calcola assegnando un valore di 0 (dolore assente), 1 (dolore di piccola entità- il paziente dice di avvertire dolore), 2 (dolore di entità maggiore- il paziente avverte dolore e fa una smorfia), 3 (dolore di notevole entità-il paziente avverte dolore, fa una smorfia e ritira la regione analizzata) alla pressione di 10 interfalangee prossimali, 10 metacarpofalangee, 2 polsi, 2 gomiti, 2 spalle, 2 acromio-clavicolari, 2 sterno-clavicolari, 2 temporomandibolari, 2 ginocchia, 2 caviglie, 10 metatarsofalangee) ed al movimento passivo di colonna cervicale, 2 anche, 2 talocalcaneare e 2 mediotarsiche). Le 44 articolazioni da esaminare per la presenza di tumefazione sono 10 interfalangee prossimali, 10 metacarpofalangee, 2 polsi, 2 gomiti, 2 spalle, 2 acromioclavicolari, 2 sternoclavicolari, 2 ginocchia, 2 caviglie, 10 metatarsofalangee.

** Le 28 articolazioni da considerare sono: 10 interfalangee prossimali; 10 metacarpofalangee; 2 polsi; 2 gomiti; 2 spalle; 2 ginocchia. Un DAS28<2.6 indica malattia non attiva. Un DAS28 fra 2.6 e 3.2 indica bassa attività di malattia.

°Sono disponibili calcolatori reimpostati.

Tabella 8: Versione Italiana dell'Health Assessment Questionnaire Disability Index.

Per favore indichi la risposta che meglio descrive le sue consuete capacità

Nell'ultimo mese

	Senza NESSUNA difficoltà	Con QUALCHE difficoltà	Con MOLTA difficoltà	INCAPACE a farlo	Riservato al Medico*
VESTIRSI e LAVARSI					VESTIRSI E LAVARSI
E' in grado di:					_____
• Vestirsi da solo/a incluso allacciarsi le scarpe e abbottonarsi gli abiti?	☐	☐	☐	☐	
• Lavarsi i capelli?	☐	☐	☐	☐	
ALZARSI					ALZARSI
E' in grado di:					_____
• Alzarsi da una sedia senza braccioli?	☐	☐	☐	☐	
• Salire e scendere dal letto?	☐	☐	☐	☐	
MANGIARE					MANGIARE
E' in grado di:					_____
• Tagliare la carne?	☐	☐	☐	☐	
• Portare un bicchiere pieno fino alla bocca?	☐	☐	☐	☐	
• Spezzare il pane con le mani?	☐	☐	☐	☐	
CAMMINARE					CAMMINARE
E' in grado di:					_____
• Camminare su una superficie piana?	☐	☐	☐	☐	
• Salire cinque gradini?	☐	☐	☐	☐	

	Senza NESSUNA difficoltà	Con QUALCHE difficoltà	Con MOLTA difficoltà	INCAPACE a farlo	
IGIENE					IGIENE
E' in grado di:					_____
•Lavare e asciugare l'intero corpo	☐	☐	☐	☐	
•Fare il bagno nella vasca	☐	☐	☐	☐	
•Sedersi ed alzarsi dal water	☐	☐	☐	☐	
RAGGIUNGERE					RAGGIUNGERE
E' in grado di:					_____
•Prendere e tirare giù un oggetto del peso di circa un chilo (come una scatola di zucchero) posto appena sopra la sua testa?	☐	☐	☐	☐	
•Piegarsi a raccogliere un indumento dal pavimento?	☐	☐	☐	☐	
APRIRE					APRIRE
E' in grado di:					_____
•Aprire la portiera dell'automobile?	☐	☐	☐	☐	
•Svitare il coperchio di un barattolo già aperto in precedenza?	☐	☐	☐	☐	
•Aprire e chiudere un rubinetto?	☐	☐	☐	☐	
ATTIVITA' VARIE					ATTIVITA'
E' in grado di:					_____
•Andare a fare commissioni o la spesa?	☐	☐	☐	☐	
•Salire e scendere da un automobile?	☐	☐	☐	☐	
•Fare le faccende domestiche come spazzare o usare l'aspirapolvere?	☐	☐	☐	☐	

- Il più alto valore di ciascuna domanda del dominio (vestirsi, alzarsi etc) costituisce l' indice del rispettivo dominio. L'HAQ-DI totale è la media degli indici assegnati a ciascuno degli 8 domini.

Tabella 9: Articolazioni da analizzare alla Xgrafia PA delle mani e PA dei piedi per la presenza di riduzione della rima (Narrowing 0=assente; 1=presente) o di erosioni (Erosion 0=assente; 1=presenti) per calcolare lo Short Erosion Narrowing Score (SENS) (valore 0-86).

EROSIONI

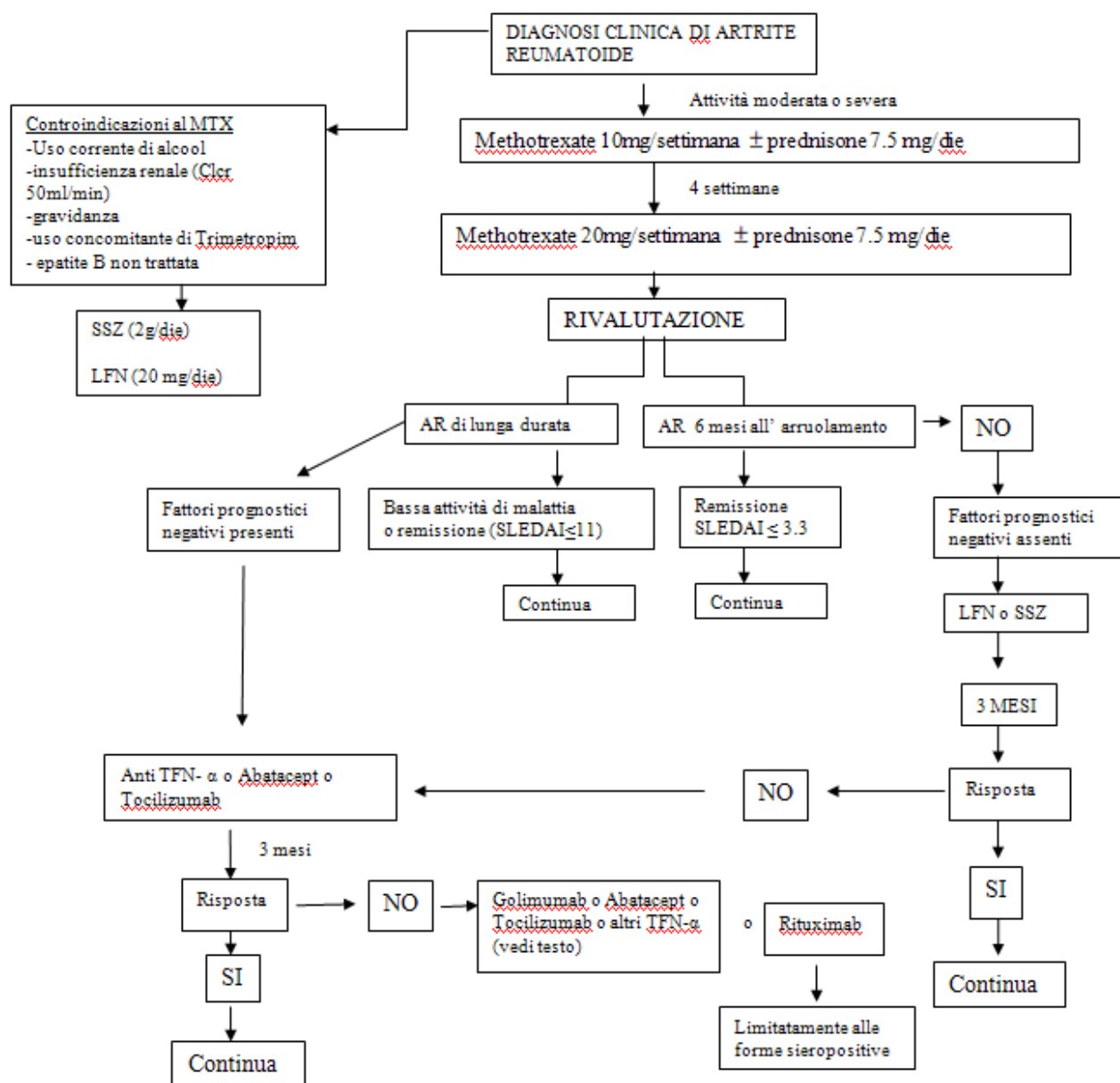
Articolazione Mano	dx	sn	tot
IFPI			
IFPII			
IFPIII			
IFPIV			
IFPV			
MCPI			
MCPII			
MCPIII			
MCPIV			
MCPV			
Trapezio- I osso metacarpale			
Trapezio-trapezoide			
Trapezoide-Navicolare			
Navicolare-Semilunare			
Radio-carpica			
Ulna			

Articolazioni Piede			
IFP I			
MTP I			
MTP II			
MTP III			
MTP IV			
MTP V			

RIDUZIONE DELLA RIMA ARTICOLARE

Articolazione Mano	dx	sn	tot
IFP I			
IFP II			
IFP III			
IFP IV			
IFP V			
MCP I			
MCP II			
MCP III			
MCP IV			
MCP V			
III carpo-metacarpale			
IV carpo- metacarpale			
V carpo-metacarpale			
Trapezio-scafoidea			
Capitato-scafoidea			
Radio-carpica			

Articolazioni Piede			
IFP I			
MTP I			
MTP II			
MTP III			
MTP IV			
MTP V			

Figura 3: percorso diagnostico-terapeutico dell'artrite reumatoide - flow chart.

SPONDILITE ANCHILOSANTE e **SPONDILOARTRITI INDIFFERENZIALI**

Cenni di epidemiologia, clinica e terapia

La Spondilite Anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica caratterizzata da una sacroileite bilaterale e simmetrica, cui si associano interessamento assiale, artriti ed entesiti periferiche. Le Spondiloartriti Indifferenziate (SAI) sono malattie infiammatorie che condividono aspetti genetici (associazione con l'HLA-B27), sierologici (negatività per il fattore reumatoide) e clinici (interessamento assiale e/o periferico con caratteristiche di artrite/entesite asimmetrica, prevalente agli arti inferiori). La SA e le SAI colpiscono il 0.5% circa della popolazione generale, con predilezione del sesso maschile, e condizionano lo sviluppo di disabilità, quale conseguenza dell'anchilosi della colonna vertebrale e delle anche, comportando notevoli costi diretti ed indiretti ed un significativo numero di interruzione dell'attività lavorativa (1).

La diagnosi di SA si è a lungo fondata sui cosiddetti Criteri di Roma-New York modificati (1961-1984). La realizzazione dell'esistenza di SAI che non soddisfano tali criteri ma richiedono lo stesso approccio terapeutico, ha indotto a utilizzare i criteri dell' European Spondyloarthropathy Study Group (Tabella 10)(2). In questa luce, sono stati proposti e sono condivisi le "ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis". La terapia deve essere modulata all'attività di malattia, valutata con il BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity)(Tabella 4)(3) ed adattata alla risposta ai farmaci assunti (Figura 4) (4).

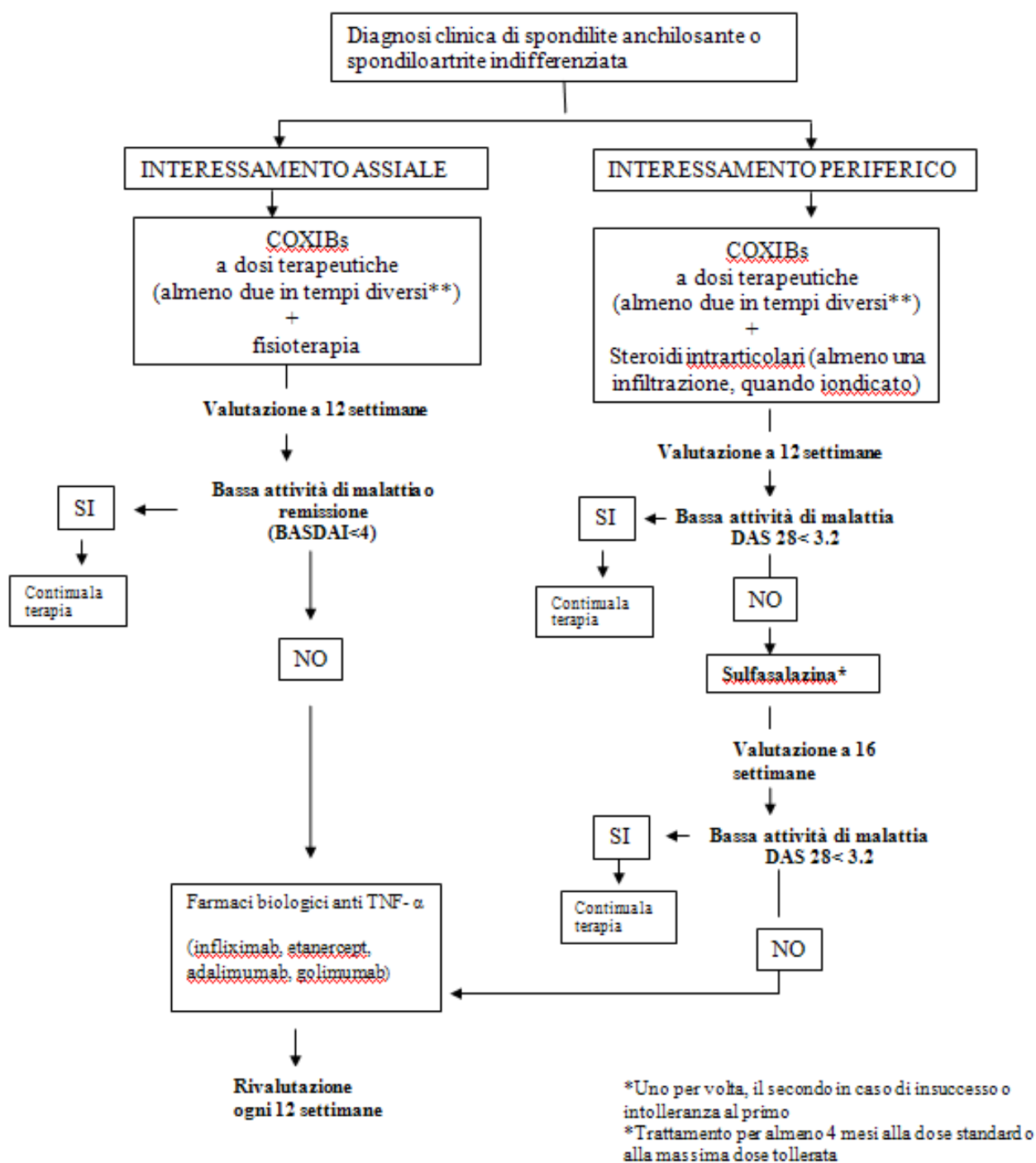
Bibliografia

1. Boonen A, van der Heijde D, Landewé R, et al. Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: Comparison of three European countries. *Ann Rheum Dis* 2003;61:429-37.
2. Dougados M, Vanderlinden S, Juhlin R, et al. The European-Spondylarthropathy-Study-Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34:1218-27.
3. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, et al. A New Approach to Defining Disease Status in Ankylosing-Spondylitis - the Bath Ankylosing-Spondylitis Disease-Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21:2286-91.
4. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006;65:442-52.

Tabella 10: Criteri dell'ESSG per la classificazione delle Spondilartriti.

Dolore infiammatorio spinale
e/o
Sinovite (asimmetrica, predominante negli arti inferiori)
E
Ciascuno dei seguenti (sensibilità 77%; specificità 89%)
Storia familiare positiva
Psoriasi
Malattie intestinali infiammatorie
Dolore alternato ai glutei
Entesopatia
Sacroileite*

- La coesistenza di sacroiliite porta la sensibilità all'86% e la specificità all'87%

Figura 4: percorso diagnostico-terapeutico della spondilite – flow-chart.

I FARMACI BIOLOGICI IN AMBITO REUMATOLOGICO

Modalità di prescrizione ed erogazione

I centri di riferimento regionali per il trattamento dei pazienti affetti da Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante e Spondilartriti Indifferenziate nell'ambito del progetto ANTARES devono essere in grado di soddisfare le seguenti caratteristiche organizzative e strutturali:

- Unità Operative di Reumatologia o di Immunologia Clinica con disponibilità di posti letto di ricovero ordinario e/o day hospital;
- ambulatorio dedicato per la gestione clinica dell' Artrite Reumatoide, dell' Artrite Psoriasica, della Spondilite Anchilosante e delle Spondilartriti con personale sanitario che assicuri continuità assistenziale;
- attrezzature telematiche idonee al collegamento internet.

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci biologici in pazienti affetti da Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante o Spondilartriti Indifferenziate deve essere effettuata sotto la personale responsabilità del clinico prescrittore con la seguente procedura:

- i centri utilizzatori dovranno compilare le schede informatizzate secondo le indicazioni pubblicate sul sito <http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it>. Inoltre dovranno mantenere presso il centro, per eventuali riscontri, copia cartacea della cartella clinica di ogni singolo paziente (anche ambulatoriale), recante i principali dati clinici;
- dovrà essere adottata l'allegata scheda regionale per la prescrizione e distribuzione del farmaco. La scheda regionale, redatta in triplice copia a cura dei centri prescrittori, dovrà essere debitamente registrata assegnando a ciascuna scheda un numero progressivo. Le tre copie della scheda andranno rispettivamente: una consegnata al paziente per il prosieguo di terapia da parte dell'ASL di appartenenza; una trattenuta dalla farmacia ospedaliera ove risiede il centro prescrittore; una conservata dal centro prescrittore insieme con la cartella clinica del paziente. Al fine di un attento monitoraggio, le farmacie ospedaliere e i servizi farmaceutici territoriali dovranno inviare almeno con cadenza trimestrale un prospetto riepilogativo al Settore Farmaceutico della Giunta Regionale con le modalità previste dalla Delibera Giunta Regionale n°737 del 6 giugno 2006;
- il centro prescrittore, laddove ritenga che la terapia possa essere effettuata a domicilio ai sensi del DPR 10 ottobre 1992, art. 6 comma 1, previa acquisizione del consenso informato come da fac-simile, eroga il farmaco nella quantità necessaria al I ciclo di durata di 30 giorni. Il costo del farmaco erogato è posto a compensazione.
- il centro prescrittore dovrà trasmettere alla ASL di appartenenza dell'utente la scheda regionale finalizzata alla dispensazione del prosieguo della terapia; la ASL di residenza del paziente provvede all'erogazione successiva per il tramite delle farmacie distrettuali e/o ospedaliere sulla base della prescrizione del Centro prescrittore. La prescrizione ha una validità massima di tre mesi.

Alla luce degli studi clinici ed epidemiologici e nel rispetto della razionalizzazione dei centri e del contenimento della spesa farmaceutica si raccomanda la disattivazione dei seguenti Centri Antares:

1. Dipartimento Assistenziale di Clinica medica e di urgenza, Immuno-allergologia Clinica e Oncologica Medica - **AOU Seconda Università di Napoli**;

2. UOC Medicina Interna - Reumatologia - P.O. Incurabili – **ASL NA 1;**
 3. UOC di Medicina Interna - Reumatologia - P.O. S. Leonardo, Stabilimento di Gragnano – **ASL NA 3 sud;**
- garantendo, comunque, adeguata assistenza ai pazienti affetti da Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante e Spondilartriti Indifferenziate.

SERVIZIO SANITARIO della REGIONE CAMPANIA

Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici, classificati ai fini della fornitura in fascia H, in pazienti affetti da Artrite Psoriasica, Artrite Reumatoide, Spondilite Anchilosante e Spondiloartriti Indifferenziate

N° PROGRESSIVO:

Centro di riferimento: _____

Io sottoscritto dott./dott.sa: _____

dichiaro che il/la paziente: _____ sesso: ____

nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____

codice fiscale: _____

indirizzo completo: _____

prov.: _____ ASL: _____ regione: _____

è affetto/a da:

- ☐ artrite psoriasica
- ☐ artrite reumatoide
- ☐ spondilite anchilosante
- ☐ spondiloartrite indifferenziata

e che, in base agli algoritmi diagnostico-terapeutici definiti nel relativo elaborato tecnico, così come approvato dalla G.R.C., per il trattamento della sua patologia **necessita del seguente farmaco:**

da assumere alla seguente posologia e per il seguente periodo (massimo tre mesi):

Dichiaro altresì che il detto ciclo terapeutico, insostituibile e indispensabile, sarà effettuato sotto la mia responsabilità presso questa Unità Operativa o al domicilio del paziente dopo aver adeguatamente istruito il paziente stesso sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento della posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiaro inoltre di aver acquisito agli atti il consenso informato del paziente.

Data: _____

il medico prescrittore
(timbro con codice regionale e firma leggibile)

CONSEGNA FARMACO

n° ciclo	data	specialità medicinale	quantità consegnata	firma (per ricevuta)	documento d'identità	farmacista (firma/timbro)

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI BIOLOGICI
IN PAZIENTI AFFETTI DA ARTRITE PSORIASICA, ARTRITE REUMATOIDE,
SPONDILITE ANCHILOSANTE E SPONDILOARTRITI INDIFFERENZIATE**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____
codice fiscale: _____
indirizzo completo: _____
prov.: _____ ASL: _____ regione: _____

dichiaro

di acconsentire alla somministrazione/assunzione del seguente farmaco _____
(contenente come principio attivo: _____), essendo a conoscenza delle
principali caratteristiche del farmaco, della dose da assumere e della frequenza delle
somministrazioni, della durata del ciclo di terapia, dei principali possibili eventi avversi associati al
trattamento, dei controlli clinici e/o di laboratorio che si rendono necessari. Dichiaro altresì di aver
ricevuto adeguate istruzioni sulla conservazione del farmaco e sulle modalità di somministrazione,
laddove tale somministrazione dovesse essere effettuata al mio domicilio; mi impegno inoltre a
presentarmi con regolarità ai controlli programmati e a informare tempestivamente il medico di
medicina generale e il medico specialista dermatologo di riferimento per ogni evento o reazione
avversa.

Acconsento inoltre a che venga compilata la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento e le
schede di follow-up secondo le indicazioni emanate dell'Agenzia del Farmaco e a che venga
mantenuta presso questo centro prescrittore, per eventuali riscontri, copia cartacea della mia cartella
clinica, il cui accesso sarà consentito esclusivamente a personale autorizzato e tenuto alla
riservatezza.

(città) _____, li _____

(firma)

Confermo di aver personalmente spiegato alla persona sopra indicata quanto in precedenza esposto,
la quale accetta volontariamente quanto ha sottoscritto.

(firma e timbro del medico specialista della struttura)

MALATTIA DI CROHN

Cenni di clinica, epidemiologia e terapia

La Malattia di Crohn (MC) è una malattia infiammatoria dell'intestino a carattere cronico-recidivante nella cui eziopatogenesi sono coinvolti fattori genetici ed ambientali non ancora chiaramente identificati. Sembra infatti che in presenza di una predisposizione genetica, la disregolazione della flora batterica e/o della permeabilità mucosale a livello dell'apparato gastrointestinale siano capaci di innescare un processo infiammatorio con capacità di auto-perpetuarsi e generare il danno intestinale. L'incidenza della patologia è in crescita negli ultimi decenni soprattutto nei paesi più industrializzati assestandosi in Italia intorno a 5 per 100 000 pazienti per anno con dati discordanti circa la prevalenza che può essere stimata intorno a 50-54 casi per 100.000 abitanti. La malattia presenta un picco di incidenza intorno alla terza decade di vita e, sebbene numericamente minore e a diversa localizzazione, un secondo picco di incidenza nella sesta-settima decade di vita e contestualmente è in forte crescita la diagnosi sia in età infantile che nei paesi industrializzati (1).

Per definizione, la Malattia di Crohn ha un carattere recidivante-ricorrente con periodi di remissione seguiti a periodi di riacutizzazione e può interessare qualsiasi segmento del tratto gastrointestinale (GI) dalla bocca all'ano, ma più frequentemente interessa l'ileo terminale e il colon ascendente. L'infiammazione non ha carattere di continuità, all'esame istologico sono presenti granulomi non caseificanti ed è trans-murale, caratteristica che determina la possibilità di evoluzione dalle forme iniziali puramente infiammatorie (forma non stenotizzante-non fistolizzante) in forme stenotizzanti (la deposizione del tessuto fibroso nel tentativo di rigenerare la mucosa danneggiata, può determinare infatti una riduzione di calibro del lume con conseguente stenosi ed impossibilità del transito del contenuto lumenale ed occlusione intestinale) o in forme fistolizzanti (l'infiammazione si estende oltre la parete intestinale creando dei traggiti fistolosi tra l'intestino e il peritoneo, tra l'intestino e la vescica, tra l'intestino e la vagina o qualsiasi altro organo cavo o la cute). La MC può essere classificata sia in base alla localizzazione (ileale esteso, colon, ileo-colon o tratto GI alto) sia in base al comportamento (non stenotizzante-non fistolizzante; stenotizzante; fistolizzante; con o senza patologia perianale) o in base alla severità in lieve, moderato e severo (Tab. 1). Caratteristica importante della malattia di Crohn è che raramente il giudizio clinico, la valutazione endoscopica e/o radiologica e le indagini di laboratorio coincidono nella classificazione del grado di attività. A volte infatti il paziente può essere paucisintomatico pur avendo dei test di laboratorio molto elevati o per contro essere clinicamente/endoscopicamente in remissione, ma somatizzare il disagio della malattia in sintomi intestinali o extraintestinali ben specifici. La MC, infine, non si limita al solo tubo digerente, potendo coinvolgere altri organi ed apparati. Si stima infatti che fino al 25% dei pazienti affetti da IBD possa presentare manifestazioni extraintestinali della malattia con coinvolgimento della colonna vertebrale e/o delle piccole e grandi articolazioni (spondilite anchilosante, artrite polidistrettuale), occhio (episclerite, uveite), cute (pioderma gangrenoso, eritema nodoso), fegato, calcolosi renale e della colecisti. Alcune di queste manifestazioni sono dipendenti dal grado di infiammazione intestinale, altre invece hanno un decorso clinico indipendente (1).

Come precedentemente accennato, non essendo state a tutt'oggi ancora del tutto chiarite le cause che determinano l'insorgenza di questa malattia, non esiste una terapia che possa curarla, ma solo delle terapie che riducono la severità o la frequenza delle riacutizzazioni. Caposaldo della terapia della malattia di Crohn negli ultimi 50 anni è stato il cortisone per via endovenosa ed orale che grazie alle sue potenti capacità immunomodulatorie ed antiinfiammatorie, determina una rapida

risoluzione dei sintomi e il miglioramento delle condizioni generali del paziente. Tali proprietà del Cortisone non sono però scevre da effetti collaterali, come ad esempio la demineralizzazione ossea o il rischio di infezioni, che ne hanno limitato l'uso alle forme severe e per brevi periodi di tempo. Sono state quindi sviluppate diverse formulazioni "topiche" (budesonide, beclometasone) di cortisone che presentano un ridotto assorbimento sistemico in modo da ridurre gli effetti collaterali, ma che presentano lo svantaggio di una minore efficacia.

Altre classi di farmaci oggi comunemente utilizzati sono gli immunosoppressori quali le Tiopurine (Azatioprina e 6-Mercaptopurina) che agiscono inducendo l'apoptosi T-cellulare, e il Metotrexate capace di inibire la produzione di tetraidrofolato riduttasi, di alcune citochine proinfiammatorie e degli ecosanoidi. Questi farmaci hanno la capacità di modulare il pathway infiammatorio e quindi "spegnere" la MC, ma presentano lo svantaggio del lungo tempo di azione che ne limita l'uso nelle situazioni acute-severe. Negli ultimi 10 anni si sono affermati i farmaci cosiddetti *biologici*, nati dalla tecnologia biomolecolare, che agiscono sistemicamente andando a legarsi a mediatori della risposta infiammatoria determinando riduzione del danno della mucosa, con una rapidità d'azione molto maggiore rispetto agli immunomodulatori. Per la malattia di Crohn sono attualmente in commercio in Italia l'**Infliximab (IFX)**, anticorpo murino anti TNF- α per uso endovenoso con somministrazioni al tempo 0-2-6 settimane nel periodo di induzione e poi ogni 8 settimane nel mantenimento, e l'**Adalimumab (ADA)**, anticorpo umanizzato anti TNF- α per uso sottocutaneo con una dose di induzione di 160 mg seguiti da 80 mg dopo 2 settimane seguiti da 40mg come regime di mantenimento ogni 2 settimane. Risulta quindi evidente come la scelta della terapia da attuare sia influenzata da:

- potenza specifica del farmaco;
- possibili effetti collaterali;
- precedente risposta ai trattamenti effettuati (pazienti steroide-dipendenti o resistenti; intolleranti alle tiopurine; allergici);
- presenza di manifestazioni extraintestinali che peggiorano il quadro sintomatologico e impongono un farmaco a maggiore rapidità di azione;
- preferenze dei pazienti;
- costi diretti ed indiretti.

La terapia della MC include la possibilità di ricorrere alla chirurgia. Nella fase iniziale della malattia e nelle forme complicate è ormai scientificamente accettato il ricorso alla chirurgia con asportazione della parte lesa di intestino e eliminazione della malattia attiva. Sebbene allettante, l'approccio chirurgico non è scevro da rischi potenziali connessi sia all'intervento stesso che alla possibilità di una sindrome dell'intestino corto con serio malassorbimento e denutrizione del paziente legato all'elevata probabilità di riacutizzazione clinica dopo resezione chirurgica.

Raccomandazioni per la pratica clinica

Punto cardine del trattamento della MC è quindi individuare le caratteristiche cliniche della malattia (localizzazione, presenza di manifestazioni extraintestinali, comorbidità), la gravità delle recidive (lieve e moderata tale da poter essere gestito in maniera ambulatoriale o in regime di day hospital o severa che necessita ospedalizzazione del paziente), la frequenza delle recidive (1 volta/anno, 1-2 volte/anno o ad andamento cronico recidivante) e le esigenze del paziente, in modo da strutturare l'iter terapeutico nel modo migliore possibile. Distinguiamo le possibilità terapeutiche in base alla localizzazione e alla gravità della malattia (2):

1. Interessamento ileo-colico

- **forma lieve** non complicata: il trattamento di scelta può essere ambulatoriale con amminosalicilati a scarso assorbimento o di cortisonici topici, quali la budesonide. Raramente il paziente necessita ospedalizzazione. Tali regimi terapeutici vanno continuati per un periodo congruo di tempo (ad esempio di 3 mesi per la budesonide o anni per gli amminosalicilati).
- **forma moderata** non complicata: è indicato l'uso di budesonide o cortisonici per via orale o, se la storia clinica del paziente lo richiede, agenti più efficaci nel lungo termine da associare ai cortisonici per i primi 2 mesi, quali gli immunosoppressori (consigliati nel paziente steroide-dipendente/refrattario o in cui vogliamo ottenere un lungo periodo libero da malattia- es. adolescenti, studenti, bassa QOL). Indagini endoscopiche e/o radiologiche frequentemente sono necessarie per valutare lo stato di infiammazione della mucosa intestinale o la presenza di stenosi e/o fistole.
- **forma severa**: se la presentazione della malattia o una sua recidiva si presenta con un episodio severo di solito è richiesta l'ospedalizzazione del paziente a causa delle scadute condizioni generali. Si tratta solitamente di pazienti con fenomeni occlusivi/subocclusivi in atto, elevazione importante degli indici infiammatori e deve essere trattata inizialmente con steroidi per via venosa a scalare nell'arco di 1-2 mesi cui si può associare un agente immunosoppressore (Azatioprina, 6-Mercaptopurina, Metotrexato) se è il primo episodio o terapia con anti-TNF se il paziente ha già presentato episodi di riacutizzazione severa. Anche l'intervento chirurgico è un'opzione valida in questa fase di malattia.

2. Interessamento colico

- **forma lieve/moderata**: è indicato il ricorso alla sulfasalazina o ai corticosteroidi sistemici (2).
- **forma moderata/severa o in caso di malattia ricorrente**: studi clinici hanno dimostrato che in questa fase il ricorso al farmaco biologico con o senza l'immunosoppressore o l'intervento chirurgico sono valide opzioni da affrontare con il paziente (2).

3. Interessamento esteso dell'intestino tenue (>100 cm)

- **Primo episodio** : deve essere trattato in maniera più aggressiva delle altre forme di MC in quanto la prognosi è di solito peggiore delle altre poiché un maggiore interessamento del tratto più proximale del tenue, segmento dell'intestino deputato all'assorbimento della maggior parte dei nutrienti, può causare più facilmente malassorbimento e quindi denutrizione e relative complicanze (es.: sepsi). Per tale motivo viene consigliato l'uso ad alte dosi di steroidi sistemici e l'aggiunta di un immunosoppressore associato all'ospedalizzazione e supporto nutrizionale del paziente.
- **Recidiva**: aggiunta alla terapia con immunosoppressori di un farmaco anti TNF- α e supporto nutrizionale (2).

- 4. **Localizzazione esofagea e gastroduodenale**: la diagnosi di questa forma meno frequente di localizzazione di MC è andata aumentando negli anni per il maggior uso di esami diagnostici della prime vie digestive (EGDS) nella diagnosi iniziale di localizzazione di MC. È indicato l'utilizzo precoce di farmaci con un'elevata potenza associato all'uso di inibitori di pompa protonica (2).

Bibliografia

1. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010;4:7-27.
2. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *J Crohns Colitis* 2010;4:28-62.
3. Dretzke J, Edlin R, Round J, et al. A systematic review and economic evaluation of the use of tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) inhibitors, adalimumab and infliximab, for Crohn's disease. *Health Technol Assess* 2011;15:1-244.
4. Biancone L, Petruzzello C, Orlando A, Kohn A, Ardizzone S, Daperno M, Angelucci E, Castiglione F, D'Inca R, Zorzi F, Papi C, Meucci G, Riegler G, Sica G, Rizzello F, Mocciaro F, Onali S, Calabrese E, Cottone M, Pallone F, Cancer in Crohn's Disease Patient with Infliximab: A long term Multicenter Matched Pair Study. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: 758-66
5. The Italian Society of Gastroenterology (SIGE) and the Italian Group for the study of inflammatory Bowel Disease (IG-IBD) Clinical Practice Guidelines: The use of tumor necrosis factor-alpha antagonist therapy in Inflammatory Bowel Disease. Orlando A, Armuzzi A, Papi C, Annesse V, Ardizzone S, Biancone L, Bortoli A, Castiglione F, D'Inca R, Gionchetti P, Kohn A, Poggioli G, Rizzello F, Vecchi M, Cottone M, *Digest Liver Dis* 2011; 43:1-20
6. Advanced age is an independent risk factor for severe infections and mortality in patients given anti-tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. Cottone M, Kohn A, Daperno M, Armuzzi A., Guidi L, D'Inca R, Bossa F, Angelucci E, Biancone L, Gionchetti P, Ardizzone S, Papi C, Fries W, Danese S, Riegler G, Cappello M, Castiglione F, Annesse V, Orlando A. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011, 9: 30-5

Tabella 1: classificazione della Malattia di Crohn in base alla severità

Lieve	Moderata	Severa
• CDAI 150-220 • Paziente ambulatoriale, capace di alimentarsi, riduzione peso corporeo < 10% • Non segni clinici di occlusione intestinale, non febbre, non disidratazione, non masse addominali. • PCR elevata	• CDAI 220-450 • Vomito intermittente, riduzione peso corporeo > 10% • Terapia della forma lieve inefficace • Non segni clinici di franca occlusione intestinale. • PCR elevata	• CDAI > 450 • Cachessia (BMI < 18) • Persistente nonostante terapia aggressiva • Segni clinici di franca occlusione intestinale. • PCR elevata

RETTOCOLITE ULCEROSA

Cenni di clinica, epidemiologia e terapia

La Rettocolite Ulcerosa (RCU) è una malattia infiammatoria cronica recidivante dell'intestino che si differenzia dalla MC per la localizzazione tipicamente a partenza dal retto fino ad un'estensione variabile di interessamento del colon, continua e non a salto e che interessa solo lo strato più superficiale della mucosa dell'organo. Anche per la RCU, l'etiologia non è nota benché sia stata dimostrata una componente di alterazione della flora batterica e, sebbene non sia stata ancora documentata alcuna mutazione genetica tipica di questa malattia, è presente una suscettibilità genetica legata a maggiore prevalenza di alcuni antigeni di istocompatibilità coinvolti nel riconoscimento di antigeni batterici/virali. In Italia la distribuzione della malattia non differisce da quella degli altri Paesi Europei con 5-6 nuovi casi/100.000 persone/anno ed una prevalenza di 60-70 casi/100.000 persone.

Come precedentemente accennato, la malattia inizia tipicamente dal retto per poi estendersi in misura variabile a tutto o parte del colon. L'estensione si può modificare nel corso della malattia passando da una proctite ad una pancolite o viceversa. Riconosciamo quindi 3 tipi di distribuzioni della malattia:

1. **Proctite ulcerosa:** infiammazione presente distalmente alla giunzione retto-sigmoidea, basso rischio di trasformazione maligna, spesso responsiva a terapie topiche.
2. **Colite distale:** l'infiammazione si estende fino alla flessura splenica, senza interessamento dei tratti a monte e con rischio intermedio di evolutività. Parzialmente sensibile alla terapia topica anche se nelle fasi più attive può necessitare di terapia per os o sistemica.
3. **Pancolite:** il colon è interessato completamente fino al cieco con possibilità di reflusso oltre la valvola ileocecale e ileite da reflusso (condizione che ci impone la diagnosi differenziale con la malattia di Crohn). Tale estensione è stata chiaramente associata ad un maggiore rischio di sviluppare cancro del colon, ma le cause non sono ancora note.

Come per la MC, anche l'attività infiammatoria nella RCU viene distinta in base ai diversi criteri di classificazione puramente clinici (criteri di Truelove e Witts, criteri di Rachmilewitz) o endoscopici (criteri di Baron), anche se quelli più affidabili tengono conto sia dell'aspetto endoscopico che clinico dello stato di malattia (Mayo Score: Tab. 12) (1). Nessuno di loro ha però una validazione unanimemente accettata per essere utilizzata come gold standard (3). Anche nella RCU, l'infiammazione, benché limitata al colon e allo strato più superficiale, può coinvolgere organi ed apparati extra-intestinali. Le più frequenti complicanze sono artropatie periferiche ed assiali, pauci e poliarticolari, uveite ed episclerite, pioderma gangrenoso e eritema nodoso, colangite sclerosante primitiva. Risulta inoltre chiaro l'aumentato rischio in questi pazienti di sviluppare cancro del colon rispetto alla popolazione normale. Il rischio va aumentando proporzionalmente con gli anni di malattia, l'estensione e il numero di riacutizzazioni.

Raccomandazioni per la pratica clinica

La terapia della RCU viene quindi effettuata sia in base alla localizzazione della malattia sia al comportamento della malattia stessa in relazione al numero di riacutizzazioni/anno, severità di ciascuna riacutizzazione e sicuramente in base al paziente e alle sue aspettative.

Distinguiamo quindi la terapia **delle forme lievi-moderate** di:

1. **Proctite:** viene preferita, vista la localizzazione ultrabassa, la terapia topica con amminosalicilati (mesalazina) e/o cortisonici topici non assorbibili (beclometasone dipropionato) cui si possono aggiungere, nelle forme moderate, anche amminosalicilati per os (2).
2. **Colite distale:** il trattamento di scelta è come quello della proctite, ma con dosi maggiori e sempre combinando la terapia per bocca con quella locale. Verranno quindi consigliati amminosalicilati per os 2 g/die associati alla terapia topica sempre con amminosalicilati e cortisonici topici. Nelle forme severe, sia di colite distale che di proctite, nonostante la localizzazione limitata, può rendersi necessaria sia l'ospedalizzazione sia il ricorso a farmaci più potenti quali il cortisone ad alti dosaggi e per vena o i farmaci biologici (2).
3. **Pancolite:** questa forma di malattia coinvolge estesamente tutto il colon quindi si rendono necessarie formulazioni farmacologiche in grado di funzionare attivamente in tutta la sua estensione. Anche in questo caso si consiglia terapia con amminosalicilati per os 2 g/die associati alla terapia topica con amminosalicilati, o in alternativa, steroidi sistemici se il paziente non risponde agli amminosalicilati o è già in terapia di mantenimento con gli stessi (2).

Le **forme acute severe**, soprattutto se ad interessamento completo del colon, sono considerate patologie di per sé ad elevata mortalità legata al rischio di perforazione dell'organo in addome e sepsi. Il paziente con RCU acuta severa si presenta con più di 6 scariche al giorno (ma può facilmente arrivare a 20-25) di feci liquide con sangue, scadute condizioni generali, disidratato per la perdita di liquidi con la diarrea e denutrito per il ridotto introito alimentare e con segni sistemici di patologia (febbre, dolori addominali). La terapia di scelta è l'ospedalizzazione del paziente, supporto nutrizionale e steroidi ad elevate dosi per vena, eparina per evitare fenomeni tromboembolici, emotrasfusioni, antibiotici, liquidi ed elettroliti per contrastare la disidratazione con monitoraggio giornaliero delle condizioni cliniche del paziente (2). La terapia deve essere concertata all'unisono dal gastroenterologo e dal chirurgo colon proctologico perché queste forme severe di malattia presentano una probabilità di intervento chirurgico per rimuovere il colon dell'85% al terzo giorno dopo l'ammissione in ospedale. Data quindi la gravità e l'importanza clinica di questa forma di patologia, è importante individuare i pazienti che possono a questo punto beneficiare di una terapia con farmaci biologici o con immunomodulatori. In Europa solo l'Infliximab è stato registrato per il trattamento della RCU severa o refrattaria. È dimostrato che nella forma acuta severa anche la dose singola (5 mg/kg) è efficace nell'indurre la remissione clinica/endoscopica anche se mancano studi randomizzati su grandi campioni di pazienti. In uno studio del 2005 (4), 24 pazienti con RCU acuta severa sono stati trattati con IFX e 21 con placebo al 5° giorno dopo l'ammissione in ospedale in aggiunta alla terapia standard con steroidi endovena. Il 29% dei pazienti trattati con IFX e il 66% di quelli trattati con placebo sono andati incontro all'intervento chirurgico e nessuno nel gruppo IFX ha avuto complicanze maggiori legate all'uso del farmaco (morte, sepsi), dimostrando così l'efficacia della singola somministrazione di anti-TNF nella terapia di salvataggio della RCU acuta severa. Poiché i dati clinici che in letteratura sono discordanti circa la probabilità di salvare il colon dopo terapia con IFX e steroidi, variando dal 20% al 70% di rischio colectomia nonostante l'uso di IFX e steroidi endovena, ulteriori studi clinici sono in corso per valutare in maniera chiara ed oggettiva, il vantaggio dell'uso dell'IFX sia nel breve termine che nel lungo termine. Anche nelle **forme steroide-dipendenti o steroide-refrattarie** e nel mantenimento della remissione, indipendentemente dall'estensione e dal grado della malattia, è indicato il ricorso a farmaci più potenti e capaci di mantenere la malattia in uno stato di remissione

per lungo termine sia per evitare l'aggravarsi in forme severe acute sia per il benessere del paziente. Sono pertanto indicati gli immunomodulatori, quali l'Azatioprina, o l'Infliximab da cominciare con un regime di induzione al tempo 0-2-6 e poi continuare ogni 8 settimane.

Bibliografia

1. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, et al. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2008;2:1-23.
2. Travis SP, Stange EF, Lémann M, et al. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. *J Crohns Colitis* 2008;2:24-62.
3. D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BJ, et al. A Review of Activity Indices and Efficacy End Points for Clinical Trials of Medical Therapy in Adults With Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2007;132:763-86.
4. Järnerot G, Hertervig E, Friis-Liby I, et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. *Gastroenterology* 2005;128:1805-11.
5. Biancone L, Petruzzello C, Orlando A, Kohn A, Ardizzone S, Daperno M, Angelucci E, Castiglione F, D'Inca R, Zorzi F, Papi C, Meucci G, Riegler G, Sica G, Rizzello F, Mocciaro F, Onali S, Calabrese E, Cottone M, Pallone F, Cancer in Crohn's Disease Patient with Infliximab: A long term Multicenter Matched Pair Study. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: 758-66
6. The Italian Society of Gastroenterology (SIGE) and the Italian Group for the study of inflammatory Bowel Disease (IG-IBD) Clinical Practice Guidelines: The use of tumor necrosis factor-alpha antagonist therapy in Inflammatory Bowel Disease. Orlando A, Armuzzi A, Papi C, Annesse V, Ardizzone S, Biancone L, Bortoli A, Castiglione F, D'Inca R, Gionchetti P, Kohn A, Poggioli G, Rizzello F, Vecchi M, Cottone M, *Digest Liver Dis* 2011; 43:1-20
7. Advanced age is an independent risk factor for severe infections and mortality in patients given anti-tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. Cottone M, Kohn A, Daperno M, Armuzzi A, Guidi L, D'Inca R, Bossa F, Angelucci E, Biancone L, Gionchetti P, Ardizzone S, Papi C, Fries W, Danese S, Riegler G, Cappello M, Castiglione F, Annesse V, Orlando A. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011, 9: 30-5

Tabella 12: classificazione dell'attività infiammatoria nella RCU in base all'aspetto endoscopico e clinico (Mayo Score).

Mayo score	0	1	2	3
N° evacuazioni/giorno	Normale	1-2 evacuazioni più del normale	3-4 evacuazioni più del normale	> 5 evacuazioni più del normale
Sanguinamento rettale	Non presente	Striature	Evidente	Sanguinamento franco
Valutazione endoscopica della mucosa	Normale	Lieve friabilità	Friabilità moderata	Sanguinamento spontaneo
Valutazione del medico	Normale	Lieve	Moderata	severa

I FARMACI BIOLOGICI NELLA TERAPIA DI MC E RCU

Modalità di prescrizione ed erogazione

I centri di riferimento per la cura dei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) devono essere centri multivalenti in cui è possibile offrire un trattamento multidisciplinare (gastroenterologico, dermatologico, reumatologico, oftalmologico e chirurgico) visto l'interessamento multi organo della malattia e diversificato in termini di regime ospedaliero offerto (ambulatorio/day hospital/ ricovero ordinario). I farmaci biologici attualmente in commercio registrati per la malattia di Crohn in Italia sono l'Infliximab e l'Adalimumab e sono in 2 formulazioni: ad uso endovenoso (Infliximab) e ad uso sottocutaneo (Adalimumab). Non esiste un "ordine di utilizzo" dei 2 farmaci, ma ci si basa più sui costi e sulle differenze tra i due farmaci, permettendo al centro prescrittore di poter iniziare con uno e passare all'altro ove necessario in base alla necessità clinica. Le differenze tra i due farmaci sono legate a diversi fattori; da una parte la maggiore conoscenza e familiarità dei medici e dei pazienti con l'Infliximab, vista la sua presenza sul mercato da più di 10 anni, e la possibilità di vedere il paziente ogni 2 settimane con minore rischio di scarsa compliance alla terapia e sensazione di "abbandono" da parte del paziente. Dall'altro lato c'è da considerare il maggiore costo in termini di struttura e personale necessario per singola somministrazione (deve essere fatta nell'arco di un paio di ore, in presenza di almeno un infermiere per il rischio di reazioni legate alla velocità di infusione del farmaco o a reazioni allergiche a componenti contenuti nella soluzione) e il maggiore fastidio in termini di tempo speso e di modalità di somministrazione da parte del paziente. Per contro l'Adalimumab essendo somministrato per via sottocutanea è maggiormente accettato dai pazienti, ha un costo minore e presenta una minore immunogenicità in quanto parzialmente umano e non murino come l'IFX, ma necessita di un maggiore monitoraggio del paziente (rischio di mancanza di continuità terapeutica) e di istruire il paziente all'uso della penna pre-dosata. Normalmente le prime infusioni vengono pertanto effettuate in ambiente ospedaliero, in presenza di personale addetto e le successive possono effettuarsi al domicilio del paziente.

Nonostante vantaggi e svantaggi dei singoli agenti, una recente analisi costo-beneficio effettuata in Inghilterra nel 2010, ha dimostrato che IFX e ADA se paragonati al trattamento standard (placebo) sono equivalenti sotto il profilo costo-beneficio nell'induzione della remissione della MC severa; che l'Ada, ma non l'IFX, ha un buon rapporto costo-beneficio nella MC moderata, ma che nessuna delle due ha un buon rapporto costo-beneficio se paragonate al placebo nel mantenimento della malattia moderata-severa (3).

Per i pazienti affetti da RCU, la scelta dei farmaci biologici è più limitata visto che solo l'Infliximab è registrato per il mantenimento della remissione e per le forme acute-severe e viene somministrato da personale competente per via endovenosa, prima ogni 2 settimane nell'induzione, poi ogni 8 nel mantenimento.

Nelle Figg. 5 e 6 sono riportate le flow-chart dei percorsi diagnostico-terapeutici della Malattia di Crohn e della Rettocolite Ulcerativa.

Alla luce della complessità di tale malattie e dell'esigenza di una struttura idonea alla terapia infusiva endovenosa con Infliximab si ritiene che il centro prescrittore debba avere i seguenti requisiti:

- Unità operative di Gastroenterologia presso Aziende Ospedaliere con posti letto di ricovero ordinario e day hospital;
- Ambulatorio gastroenterologico terziario dedicato alla gestione clinica dei pazienti;
- Personale sanitario che assicuri continuità assistenziale;

- Attrezzature telematiche idonee al collegamento internet e intranet (network gestione cartelle cliniche, referti, consulenze, analisi, etc);
- Unità di Radiologia attiva sia in regime di degenza ordinaria che in urgenza;
- Laboratori di Analisi attivi sia in regime di degenza ordinaria che in urgenza;
- Unità di Chirurgia;
- Unità di Reumatologia;
- Unità di Oculistica;
- Unità di Anestesia e Rianimazione.

Per contro, poiché la somministrazione di Adalimumab può avvenire in maniera autonoma da parte del paziente, la prescrizione a carico del SSN dell'Adalimumab in pazienti affetti da malattia di Crohn deve essere effettuata sotto la personale responsabilità del clinico prescrittore con la seguente procedura:

- dovrà essere adottata l'allegata scheda regionale per la prescrizione e distribuzione del farmaco. La scheda regionale, redatta in triplice copia a cura dei centri prescrittori, dovrà essere debitamente registrata assegnando a ciascuna scheda un numero progressivo. Le tre copie della scheda andranno rispettivamente: una consegnata al paziente per il prosieguo di terapia da parte dell'ASL di appartenenza; una trattenuta dalla farmacia ospedaliera ove risiede il centro prescrittore; una conservata dal centro prescrittore insieme con la cartella clinica del paziente. Al fine di un attento monitoraggio, le farmacie ospedaliere e i servizi farmaceutici territoriali dovranno inviare almeno con cadenza trimestrale un prospetto riepilogativo al Settore Farmaceutico della Giunta Regionale con le modalità previste dalla Delibera Giunta Regionale n°737 del 6 giugno 2006;
- il centro prescrittore, laddove ritenga che la terapia possa essere continuata a domicilio ai sensi del DPR 10 ottobre 1992, art. 6 comma 1, previa acquisizione del consenso informato come da fac-simile, eroga il farmaco nella quantità necessaria ad un ciclo di terapia della durata di 90 giorni.
- il centro prescrittore dovrà trasmettere alla ASL di appartenenza dell'utente la scheda regionale finalizzata alla dispensazione del prosieguo della terapia; la ASL di residenza del paziente provvede all'erogazione successiva per il tramite delle farmacie distrettuali e/o ospedaliere sulla base della prescrizione del Centro prescrittore. La prescrizione ha una validità massima di tre mesi.

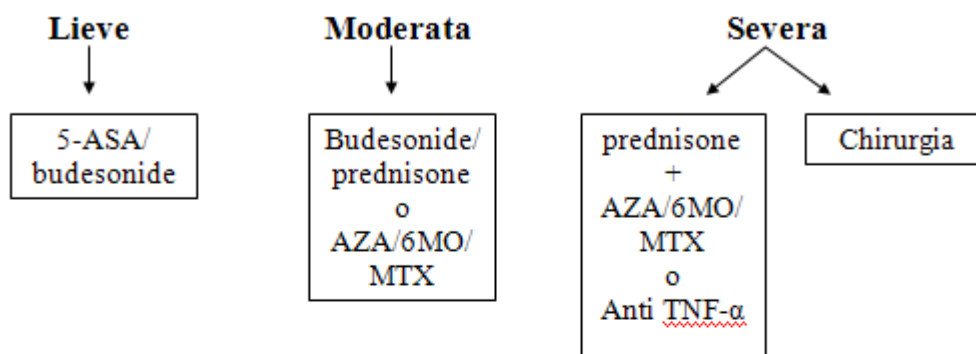
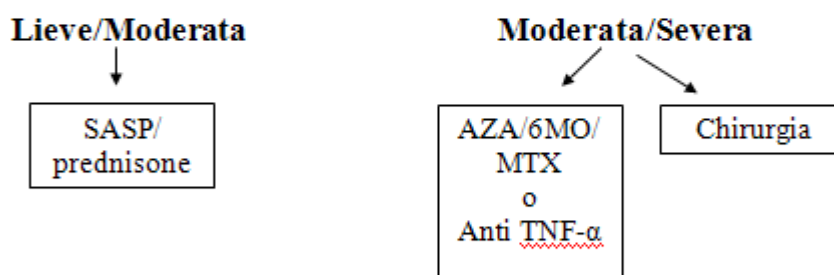
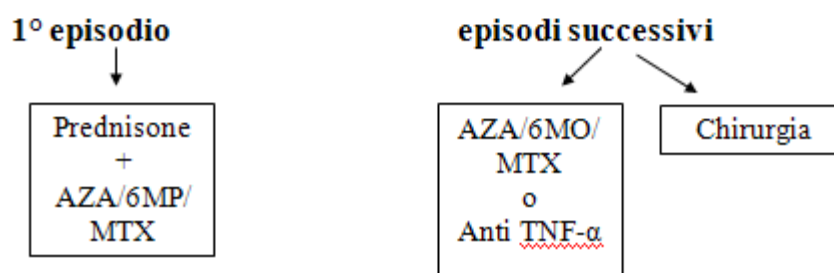
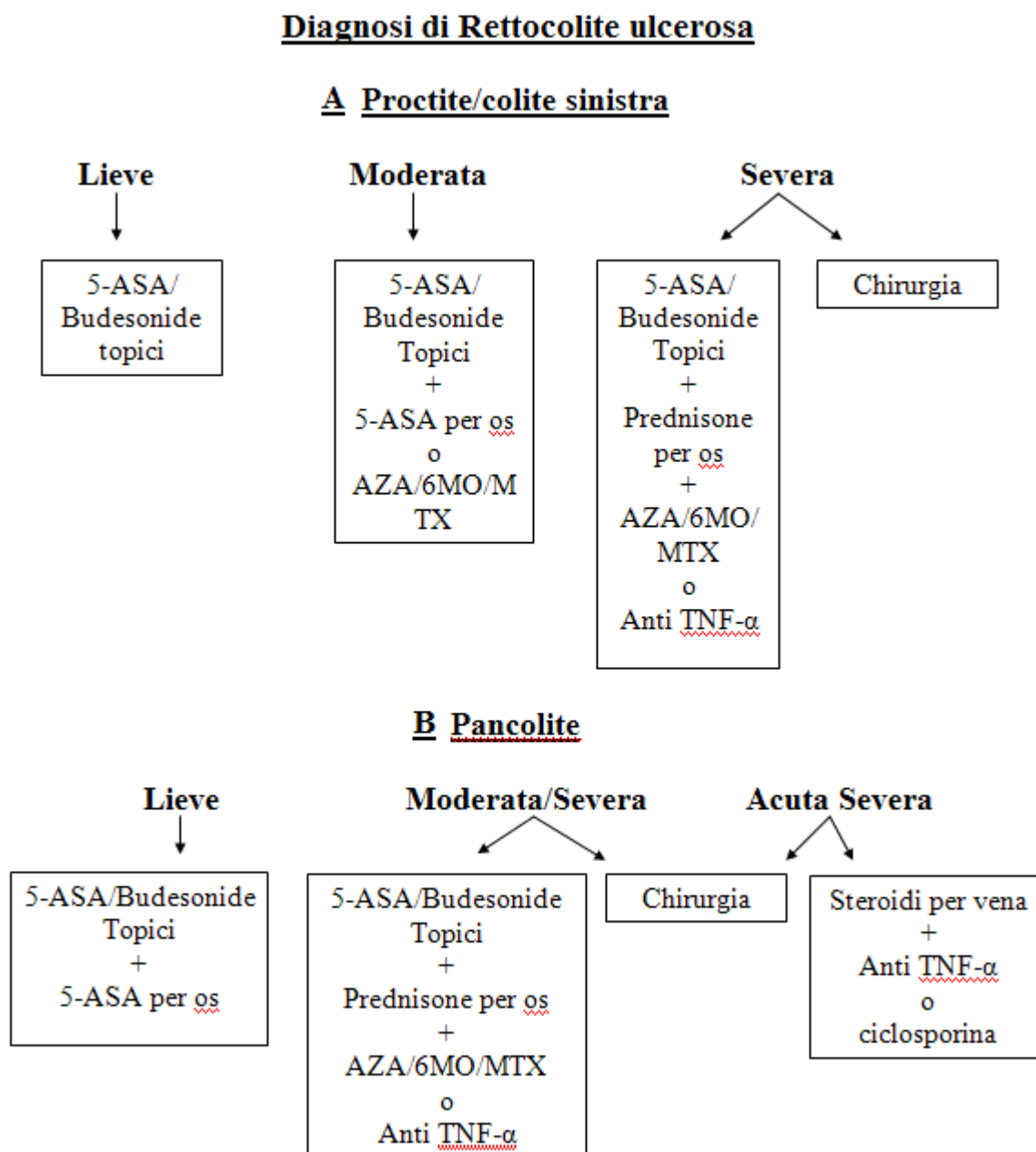
Figura 5: percorso diagnostico-terapeutico della Malattia di Crohn – flow-chart.**Diagnosi di Malattia di Crohn****A Localizzazione ileo-colica****B Localizzazione colica****C Localizzazione ileale estesa (>100 cm)**

Figura 6: percorso diagnostico-terapeutico della Rettocolite Ulcerosa – flow-chart.

SERVIZIO SANITARIO della REGIONE CAMPANIA**Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici, classificati ai fini della fornitura in fascia H, in pazienti affetti da MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI**

Unità Operativa di Gastroenterologia : _____

Io sottoscritto dott./dott.sa: _____ cod. _____
in servizio presso questa unità operativa **dichiaro che** il/la paziente:

_____ sesso: _____

nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____

codice fiscale: _____

residente nel comune di : _____

prov.: _____ ASL: _____ regione: _____

è affetto/a da:

- ☐ Malattia di Crohn
☐ Rettocolite Ulcerativa

e che, in base agli algoritmi diagnostico-terapeutici definiti nel relativo elaborato tecnico, così come approvato dalla G.R.C., per il trattamento della sua patologia **necessita del seguente farmaco:**

_____ da assumere alla seguente posologia e per il seguente periodo (massimo tre mesi):

Dichiaro altresì che il detto ciclo terapeutico, insostituibile e indispensabile, sarà effettuato sotto la mia responsabilità presso questa Unità Operativa o al domicilio del paziente dopo aver adeguatamente istruito il paziente stesso sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento della posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiaro inoltre di aver acquisito agli atti il consenso informato del paziente.

Data: _____

_____ il medico prescrittore
(timbro con codice regionale e firma leggibile)**CONSEGNA FARMACO**

n° ciclo	data	specialità medicinale	quantità consegnata	firma (per ricevuta)	documento d'identità	farmacista (firma/timbro)

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI BIOLOGICI
IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE CRONICHE INFIAMMATORIE INTESTINALI**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____
codice fiscale: _____
indirizzo completo: _____
prov.: _____ ASL: _____ regione: _____
DIAGNOSI _____

dichiaro

di acconsentire alla somministrazione/assunzione del seguente farmaco _____
(contenente come principio attivo: _____), essendo a conoscenza delle
principali caratteristiche del farmaco, della dose da assumere e della frequenza delle
somministrazioni, della durata del ciclo di terapia, dei principali possibili eventi avversi associati al
trattamento, dei controlli clinici e/o di laboratorio che si rendono necessari. Dichiaro altresì di aver
ricevuto adeguate istruzioni sulla conservazione del farmaco e sulle modalità di somministrazione,
laddove tale somministrazione dovesse essere effettuata al mio domicilio; mi impegno inoltre a
presentarmi con regolarità ai controlli programmati e a informare tempestivamente il medico di
medicina generale e il medico specialista dermatologo di riferimento per ogni evento o reazione
avversa.

Acconsento inoltre a che venga compilata la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento e le
schede di follow-up secondo le indicazioni emanate dall'Agenzia del Farmaco e a che venga
mantenuta presso questo centro prescrittore, per eventuali riscontri, copia cartacea della mia cartella
clinica, il cui accesso sarà consentito esclusivamente a personale autorizzato e tenuto alla
riservatezza.

(città) _____, li _____

(firma)

Confermo di aver personalmente spiegato alla persona sopra indicata quanto in precedenza esposto,
la quale accetta volontariamente quanto ha sottoscritto.

(firma e timbro del medico specialista della struttura)



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

DECRETO n. 27 del 14.03.2012
Rif. lettera g)

Oggetto: “Adeguatezza terapeutica nella prescrizione del medicinale Alitretinoina (Toctino) nel trattamento dell'eczema cronico severo delle mani”- Individuazione Centri

PREMESSO

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 29 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo i programmi operativi previsti dall'art. 2, comma 88, della legge n.191/2008, tenuto conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, , con particolare riferimento a specifici azioni ed interventi, identificati in venti punti;
- c. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29.04.2010;
- d. che detta delibera di nomina dei sub commissari attribuisce al dott. Achille Coppola il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera g) “razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata”;

VISTI

- a. il Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella Legge n. 122 del 30 luglio 2010, intitolato “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica”;
- b. gli indicatori sulla spesa farmaceutica fissati dall'AIFA in attuazione dell'art. 11, comma 7, lettera b) del D.L. 78/2010 (“*Tabelle di raffronto della spesa farmaceutica fra le singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente*”), resi disponibili attraverso il cruscotto del Sistema Tessera Sanitaria;
- c. il decreto commissariale n. 15 del 13.11.2009 “Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera”;
- d. il decreto commissariale n. 44 del 19.03.2010 “*Misure di controllo della spesa farmaceutica*”;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

CONSIDERATO necessario assicurare i livelli essenziali di assistenza e la razionalizzazione della spesa attraverso la predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva;

PRESO ATTO inoltre della nota n. STDG/1847 del 30.11.2010 dell'Agenzia Italiana del Farmaco ad oggetto "Determinazione AIFA n. 1687/2010 Medicinale Toctino" che in merito ha chiarito:

- il monitoraggio è previsto solo per le prescrizioni a carico del SSN
- la prescrizione è riservata ai Centri Ospedalieri e Universitari con servizio di dermatologia allergologica anche per le prescrizioni di cui il paziente eventualmente si assuma l'onere dell'acquisto ...
- l'individuazione dei centri... è competenza esclusiva della Regione;

PRESO ATTO dell'Elaborato Tecnico denominato " Prescrizione e somministrazione del medicinale Alitretinoina (Toctino) nel trattamento dell'eczema cronico severo delle mani", predisposto da medici specialisti in dermatologia esperti nella cura dell'eczema delle mani;

CONSIDERATO che il citato allegato tecnico risponde ai requisiti necessari a garantire la cura dei pazienti affetti da tale patologia assicurando l'appropriatezza prescrittiva, la sicurezza del paziente e la razionalizzazione della spesa ed in particolare:

- Percorso diagnostico terapeutico – Indicazioni terapeutiche e durata del trattamento
- Requisiti e obblighi dei centri prescrittori
- Tollerabilità, monitoraggio e farmacovigilanza – Programma di prevenzione della gravidanza
- Scheda Regionale per la prescrizione del medicinale Alitretinoina (Toctino)

RAVVISATA la necessità

- a. di recepire il suddetto Elaborato Tecnico;
- b. di individuare i Centri prescrittori PSOCARE insistenti nella rete regionale dei centri prescrittori che presentano i requisiti di legge per la prescrizione della specialità medicinale Toctino, ridotti del 20% come richiesto dal Decreto Commissariale 15/2009;
- c. di riservare pertanto la prescrizione ai seguenti Centri già individuati nello Studio Osservazionale Psocare, inseriti nella Rete Regionale dei Centri prescrittori ridotti del 20%, nel rispetto del Decreto Commissariale 15/2009 assicurando il trattamento su tutto il territorio regionale:
 1. UO Dermatologia - Dipartimento di patologia sistematica - Università di Napoli Federico II;
 2. UO Clinica Dermatologica e Venereologica - Seconda Università di Napoli;
 3. UO Dermatologia - AO San Giuseppe Moscati - Avellino;
 4. UO Dermatologia - AO Gaetano Rummo - Benevento;
 5. UO Dermatologia - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno;
 6. UOC Dermatologia – U.O. Psoriasi/Psocare - AO S. Anna e S. Sebastiano - Caserta;
 7. UO Dermatologia - PO di Polla e S. Arsenio - ASL SA – S.Arsenio (SA);
 8. UO Dermatologia – P.O. S.M. della Speranza – ASL SA – Battipaglia (Sa)
 9. U.O. Dermatologia P.O. Ascalesi – ASL NA 1 Centro - Napoli
 10. UO Dermatologia - PO S. Gennaro dei Poveri - ASL NA1 Centro - Napoli;
- d. di confermare quale Centro di Coordinamento Regionale per le attività di monitoraggio la UOC di Dermatologia dell'Università Federico II di Napoli, già individuata, con D.G.R. n. 1690 del

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

26.11.2005 quale Centro di coordinamento regionale per il trattamento della psoriasi moderata-severa con farmaci biologici nell'ambito del protocollo di Studio PSOCARE ;

VISTA la DGRC n. 4064/2001;
VISTA la DGRC n. 1018/2001

DECRETA

Per quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato,

1. di recepire l'Elaborato Tecnico denominato "Prescrizione e somministrazione del medicinale Alitretinoina (Toctino) nel trattamento dell'eczema cronico severo delle mani" che è allegato sub 1 al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di riservare la prescrizione ai seguenti Centri già individuati nello Studio Osservazionale Psocare ridotti del 20% come previsto dal Decreto Commissariale 15/2009 ed in possesso dei requisiti di legge:
 1. UO Dermatologia - Dipartimento di patologia sistematica - Università di Napoli Federico II;
 2. UO Clinica Dermatologica e Venereologica - Seconda Università di Napoli;
 3. UO Malattie veneree e parassitarie - Seconda Università di Napoli;
 4. UO Dermatologia - AO San Giuseppe Moscati - Avellino;
 5. UO Dermatologia - AO Gaetano Rummo - Benevento;
 6. UO Dermatologia - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno;
 7. UOC Dermatologia – U.O. Psoriasi/Psocare - AO S. Anna e S. Sebastiano - Caserta;
 8. UO Dermatologia - PO Andrea Tortora - ASL SA - Pagani (SA);
 9. UO Dermatologia – P.O. S.M. della Speranza – ASL SA – Battipaglia (Sa)
 10. UO Dermatologia - PO S. Gennaro - ASL NA1 - Napoli;
11. di confermare quale Centro di Coordinamento Regionale per le attività di monitoraggio la UOC di Dermatologia dell'Università Federico II di Napoli, già individuata, con D.G.R. n. 1690 del 26.11.2005 quale Centro di coordinamento regionale per il trattamento della psoriasi moderata-severa con farmaci biologici nell'ambito del protocollo di Studio PSOCARE ;
 3. di stabilire che il monitoraggio è previsto solo per le prescrizioni a carico del SSN e che la prescrizione sia a carico del SSN che a carico dei pazienti, è riservata ai Centri Ospedalieri e Universitari con servizio di dermatologia allergologica individuati con il presente provvedimento;
 4. di richiamare le aziende sanitarie alla vigilanza delle prescrizioni farmaceutiche in regime di SSN ed in particolare alla verifica delle condizioni di prescrivibilità previste dalla Determinazioni Aifa citata e dal presente provvedimento oltre agli adempimenti previsti dalla L. 425/96, e s.i.;
 5. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'Amministrazione Regionale
 6. di inviare il presente provvedimento all'AGC 19 Piano Sanitario Regionale; all'AGC 20 Assistenza Sanitaria; al Settore Farmaceutico ; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale; al B.U.R.C. per la pubblicazione.

**Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro**



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario

Dott. A Coppola

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario

Dott. M.Morlacco

Il Coordinatore dell'Area 19

Piano Sanitario Regionale e Rapporti

Con gli organi istituzionali delle AASSLL

E delle AA.OO.

Dott. A. D'Ascoli

Il Coordinatore dell'Area 20

Assistenza Sanitaria

Dott. M.Vasco

Il Dirigente del Settore

Farmaceutico

Dott.ssa Margherita De Florio

La Dirigente del Servizio

Assistenza Farmaceutica

Dott.ssa Lucilla Palmieri

Il Dirigente del Servizio

Compensazione-Mobilità extra reg.

Dott. Luigi Riccio

Il Funzionario

Settore Farmaceutico

D.ssa Anna Pisani

ELABORATO TECNICO PER LA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALITRETINOINA (TOCTINO®) NEL TRATTAMENTO DELL'ECZEMA CRONICO SEVERO DELLE MANI

I – L'ECZEMA CRONICO DELLE MANI

DEFINIZIONI, CLINICA E CLASSIFICAZIONE

Le dermatiti eczematose delle mani (DEM) rappresentano un gruppo eterogeneo di dermopatie infiammatorie per le quali sono stati proposti differenti inquadramenti. Il quadro clinico è spesso complesso e talvolta difficilmente etichettabile, tenuto conto che l'eziopatogenesi può essere multifattoriale e diverse situazioni cliniche possono confluire e sovrapporsi nello stesso momento o in tempi diversi, sotto l'azione combinata di fattori esogeni ed endogeni. Sebbene attualmente si tenda a riconoscerne tre principali forme (dermatite da contatto irritante, dermatite allergica da contatto e dermatite atopica delle mani), forme miste sono di comune riscontro. Ne consegue che la durata della sintomatologia e la scarsa risposta al trattamento e alla prevenzione assumono sempre più un ruolo centrale nell'inquadramento delle DEM, consentendo, in particolare, l'identificazione nosologica di una forma cronica (dermatite eczematosa cronica delle mani: DECM), nel cui decorso possono prevalere incidentalmente diverse fasi clinico-evolutive (vescicolare, desquamativa, ipercheratosica). Le caratteristiche cliniche delle tre principali forme di DECM sono riassunte in Tabella 1. La terminologia "eczema cronico delle mani" è attualmente utilizzata come sinonimo di DECM.

EPIDEMIOLOGIA

La DEM è tra le malattie cutanee più frequenti, anche se la gravità varia da forme molto lievi a casi cronici gravi e refrattari alla terapia convenzionale. Le stime di prevalenza variano tra il 3 ed il 12% della popolazione generale (1-5). La proporzione di DECM grave viene stimata intorno a circa il 5-7% di tutti i casi di DEM e la percentuale di pazienti refrattari alla terapia topica è pari a circa il 50% di essi. È quindi possibile stimare che la proporzione di pazienti interessati dalla forma grave e refrattaria di DECM sia compresa tra 0,75 e 4,2 casi ogni 1000 abitanti (6). Trasferendo tali dati alla realtà campana, considerando dai dati ISTAT 2007 la popolazione adulta (età compresa tra 18 e 75 anni) della regione pari a 4.238.065, è quindi possibile stimare che la forma grave e refrattaria di DECM possa interessare non meno di 3.000 soggetti, di cui il 60% "accessibili", cioè correttamente diagnosticati in strutture di riferimento.

IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE

La DEM ha un'impatto notevole sul piano economico-sociale e sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti (7). Circa il 28% dei pazienti con DEM risulta inabile al lavoro a causa della patologia e nel 12% dei casi l'inabilità sussiste per un periodo superiore a 12 settimane (8). Inoltre, circa l'85% dei pazienti riferisce di avere problemi nello svolgere le normali attività quotidiane (es.: pulire casa, cucinare, fare la spesa, svolgere altri lavori domestici o hobby, giocare con i figli) e quasi il 60% riceve aiuto da familiari o amici per gestire la malattia, con ulteriore conseguente perdita di produttività a carico di queste persone (9). Da un recente studio italiano è emerso che il 96,4% dei pazienti presenta una qualità di vita compromessa per via della DECM (9), con valori di DLQI sovrapponibili a quelli evidenziati in pazienti con psoriasi di grado severo (10-11).

GESTIONE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA, OPZIONI DI TRATTAMENTO

La gestione diagnostico-terapeutica della DECM inizia con l'identificazione dei fattori causali e quindi con il corretto inquadramento clinico-eziologico. Tuttavia, il decorso cronico è spesso condizionato dall'assenza di cause ben definite e identificabili o piuttosto da un'eziopatogenesi multifattoriale, nella quale fattori endogeni possono giocare un ruolo preminente. La cronicità della malattia, inoltre, coincide con uno scarso controllo da parte dei comuni presidi terapeutici e con la

tendenza verso la refrattarietà ad essi; il trattamento della DECM è quindi complesso e non di rado insoddisfacente (6, 12). Inoltre gran parte degli studi clinici condotti in pazienti con DECM ha una qualità metodologica modesta, insufficiente a supportare linee guida per la pratica clinica (12). In assenza di raccomandazioni definite, gli obiettivi del trattamento della DECM, a prescindere dalla forma clinica, sono tradizionalmente rappresentati da:

- eliminazione o riduzione dell'esposizione a fattori irritanti e/o sensibilizzanti;
- controllo dei sintomi, una volta sviluppatisi l'infiammazione;
- diminuzione della frequenza e severità degli episodi di riacutizzazione nel lungo periodo.

Si procede in genere con un approccio integrato che prevede misure sequenziali:

- adozione di mezzi protettivi (es. guanti) e stili di vita adeguati mirati alla prevenzione diretta. Uno dei problemi maggiori nella prevenzione è la scarsa compliance, soprattutto nel lungo periodo, per favorire la quale può essere importante la corretta educazione del paziente, con esaurienti informazioni e consigli pratici di facile attuazione (1). L'uso di topici idratanti/emollienti, che hanno la funzione di ripristinare l'integrità e la funzione della barriera cutanea, il cui ruolo è ben riconosciuto nella dermatite da contatto irritante ed in quella atopica (6), consente di ridurre la suscettibilità alle sostanze irritanti e possiede una potenziale attività di risparmio dei corticosteroidi topici e/o di altri farmaci usati per gestire le riacutizzazioni.
- corticosteroidi topici (6, 8), utili per l'azione antinfiammatoria piuttosto rapida, specialmente nel caso di molecole potenti, sicuri e ben tollerati quando usati secondo cicli intermittenti di breve durata. Gli inibitori topici della calcineurina, approvati per il trattamento della dermatite atopica, possono essere impiegati in alternativa ai corticosteroidi topici come terapia rotazionale, ma il loro ruolo nel trattamento della DECM è ancora poco definito, a causa del numero limitato di studi condotti.
- fototerapia, nelle forme resistenti alla terapia topica, anche se non di rado la compliance a questo tipo di trattamento è scarsa, per la difficoltà di accesso ai centri che ne sono dotati e la necessità di più sedute settimanali.
- terapia sistemica, nelle forme severe e invalidanti che non rispondono sufficientemente alle misure terapeutiche locali e alla fototerapia. I corticosteroidi sistemici (con cicli di breve durata), l'acitretina e gli immunosoppressori orali (ciclosporina, azatioprina, metotressato) dovrebbero essere usati in casi selezionati valutando attentamente il rapporto rischio/beneficio ed il profilo di tollerabilità e sicurezza. Esistono tuttavia poche evidenze circa la reale efficacia degli approcci sistemici nella DECM, essendo stati finora effettuati soltanto pochi studi, e non essendo nessuno dei suddetti farmaci approvato in maniera specifica per il trattamento della DECM. Da quanto sopra emerge chiaramente la necessità di terapie specifiche e di documentata efficacia per i soggetti affetti dalle forme più gravi di DECM, che non possano essere controllate dalle terapie di prima linea.

II – ALITRETINOINA: CARATTERISTICHE DEL FARMACO

CARATTERISTICHE DEL FARMACO - MECCANISMO D'AZIONE

L'alitretinoina (acido-9-*cis*-retinoico; Toctino[®]) è un retinoide, derivato della vitamina A, in grado di legarsi con elevata affinità e di attivare tutti i sottotipi di recettori intracellulari dei retinoidi, regolando l'espressione di geni specifici che controllano i processi di differenziazione e proliferazione cellulare e di flogosi immuno-mediata. Il suo esatto meccanismo d'azione è tuttavia ancora sconosciuto.

L'alitretinoina ha rilevanti effetti antinfiammatori e immunomodulanti nel trattamento delle irritazioni indotte da agenti chimici e nelle infiammazioni della cute indotte da apteni. Tali effetti includono:

- soppressione della produzione di chemochine coinvolte nel reclutamento di leucociti nei siti d'infiammazione cutanea;
- soppressione dell'espansione dei leucociti attivati e delle cellule presentanti l'antigene, entrambi coinvolti nella risposta immune.

TOLLERABILITÀ, MONITORAGGIO E FARMACOVIGILANZA - PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA GRAVIDANZA

L'alitretinoina è **controindicata nelle donne in età fertile**, a meno che la paziente rispetti tutte le condizioni del Programma di Prevenzione della Gravidanza, così come dettagliato nella scheda tecnica del farmaco e sul foglietto illustrativo. Ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, i centri utilizzatori devono compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento, che indica i pazienti eleggibili, e la scheda di follow-up secondo le indicazioni pubblicate sul sito <http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it>. Sul sito sono anche disponibili tutte le informazioni relative al Programma di Prevenzione della Gravidanza.

L'alitretinoina è altresì controindicata nei seguenti casi:

- Donne in gravidanza o che allattano
- Insufficienza epatica
- Ipercolesterolemia non controllata
- Ipertrigliceridemia non controllata
- Ipotiroidismo non controllato
- Ipervitaminosi A
- Ipersensibilità all'alitretinoina, ad altri retinoidi o a uno qualsiasi dei loro eccipienti
- Pazienti che ricevono trattamento concomitante con tetracicline

Pertanto si raccomanda di eseguire prima dell'avvio della terapia e periodicamente le indagini di laboratorio atte ad evidenziare tali condizioni .

Dalle sperimentazioni cliniche condotte il trattamento con alitretinoina risulta ben tollerato, con eventi avversi dose-dipendenti tipici della classe dei retinoidi. La maggior parte degli eventi avversi sono di lieve o moderata entità, la reazione avversa più frequente risultando la cefalea (13). Reazioni avverse muco-cutanee (secchezza della mucosa orale, della pelle, della congiuntiva) sono riportate nel 7,2% e 10,5% dei pazienti (rispettivamente in trattamento con alitretinoina 10 e 30 mg). Le alterazioni dei parametri di laboratorio più comuni sono state gli incrementi dei livelli di colesterolo, trigliceridi e creatina chinasi e una diminuzione della concentrazione di TSH e T₄ libero.

.

INDICAZIONI - POSOLOGIA E DURATA DEL TRATTAMENTO

Toctino[®] è indicato negli adulti per il trattamento dell'eczema cronico severo alle mani, resistente al trattamento con potenti corticosteroidi topici. La dose raccomandata all'inizio del trattamento è di 30 mg al giorno per via orale. Una riduzione della dose a 10 mg al giorno può essere valutata in pazienti che manifestano effetti indesiderati. In funzione della risposta terapeutica, Toctino[®] può essere somministrato per un periodo da 12 a 24 settimane. La sospensione della terapia deve essere valutata per i pazienti che dopo le 12 settimane iniziali di terapia presentino ancora la malattia in uno stadio grave.

Si consiglia l'interruzione del trattamento alla remissione della sintomatologia e comunque non oltre le 24 settimane

INNOVATIVITÀ - EVIDENZE CLINICHE

Toctino[®] è una specialità medicinale caratterizzata da un importante grado di innovatività terapeutica, essendo l'unico farmaco disponibile in Italia espressamente indicato, autorizzato e rimborsato per i soggetti affetti da forme di DECM gravi e di difficile gestione con le terapie standard. A differenza delle attuali terapie disponibili (e non registrate), circa il 50 % dei pazienti trattati con alitretinoina ha ottenuto la scomparsa o la quasi scomparsa della malattia dalle mani mentre la letteratura suggerisce che le altre terapie producono solo un miglioramento marginale.

Il dosaggio di 30 mg è stato scelto come dosaggio più alto, in quanto ha dimostrato un ottimale bilanciamento di efficacia e tollerabilità. La dose di 10 mg è stata selezionata come più bassa dose efficace. Ruzicka e coll. (13) hanno testato Toctino[®] in 1.032 pazienti, verificando che il numero di pazienti che al termine del trattamento aveva raggiunto una risposta era significativamente più alto rispetto al gruppo placebo, con evidente effetto dose-dipendente. Un'analisi retrospettiva ha permesso di evidenziare che i pazienti responders al trattamento con Toctino[®] 30 mg possono apprezzare un sensibile miglioramento della sintomatologia ancora prima di raggiungere la risposta ottimale. Alla fine del trattamento, i pazienti responders sono stati seguiti per altre 24 settimane al fine di valutare le eventuali ricadute: 125 dei 195 responders del gruppo trattato con 30 mg e 83 dei 115 responders nel braccio di 10 mg non hanno avuto ricaduta alcuna. Nei pazienti con recidiva, Toctino[®] si è dimostrato significativamente efficace nell'indurre nuovamente risposte con la stessa dose, dopo un precedente trattamento efficace (14-15). Questi risultati suggeriscono l'impiego di Toctino[®] per cicli intermittenti di trattamento nei pazienti con DECM severa, refrattari al trattamento con potenti corticosteroidi topici.

**III – DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO
PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO**

Nella pratica clinica, la dermatite eczematosa delle mani (DEM) deve preliminarmente essere distinta da numerose dermatosi delle mani, quali psoriasi, pityriasis rubra pilaris, cheratodermie palmo-plantari, forme infettive (in particolare quelle micotiche da dermatofiti), pustolosi palmo-plantare, acrodermatite continua di Hallopeau, lichen ruber planus, micosi fungoide, ecc. Risulta pertanto indispensabile innanzitutto un'attenta e accurata valutazione clinica del paziente, eventualmente integrata da esami specifici mirati (indagini micologiche, esame istologico, ecc).

Stabilita la diagnosi di DEM, è obbligatorio tentare l'identificazione dei fattori causali mediante l'esecuzione dei test epicutanei (patch test) (16); l'identificazione di fattori causali specifici è infatti indispensabile per attuare misure di prevenzione specifiche. Il decorso della DEM è tuttavia spesso condizionato dall'assenza di un'eziologia ben definita e identificabile, o piuttosto da un'eziopatogenesi multifattoriale, nella quale fattori endogeni ed esogeni possono giocare ruoli di volta in volta differenti. Diventa quindi centrale l'impostazione di un trattamento adeguato e di norme di prevenzione aspecifica, secondo quanto esposto in precedenza. Nelle forme severe e invalidanti che non rispondono sufficientemente alle misure terapeutiche locali, può essere proponibile la fototerapia o una terapia sistemica, valutando attentamente il rapporto rischio/beneficio e il profilo di tollerabilità e sicurezza.

Le DEM che persistono per almeno tre mesi, nonostante un trattamento adeguato, che includa obbligatoriamente l'uso di corticosteroidi topici potenti, o che recidivano almeno due volte in un arco di tempo di dodici mesi, configurano il quadro della dermatite eczematosa cronica delle mani (DECM) (16); per i soggetti affetti dalle forme gravi di DECM, che non possano essere controllate dalle terapie di prima linea, si presenta l'opportunità di praticare terapia specifica e di documentata efficacia quale quella con alitretinoina. In Allegato 1 è riportata la flow-chart dell'algoritmo del percorso diagnostico-terapeutico.

DEFINIZIONE DI RESISTENZA ALLE TERAPIE E DI GRAVITÀ DELLA DECM

Poiché Toctino® è indicato per il trattamento delle forme severe di DECM resistenti al trattamento con i corticosteroidi topici potenti, è indispensabile fissare dei criteri per definire la gravità della DECM e quando essa possa essere considerata resistente ai corticosteroidi.

La gravità è definita secondo i parametri della scala attualmente più utilizzata nella letteratura (“Physician Global Assessment”, PGA: Tabella 2); la gravità di ogni segno e sintomo PGA è descritta nel punteggio “modified Total Lesion Symptom Score” (mTLSS) (Tabella 3). La DECM è definita severa quando l’indice di gravità PGA è pari al grado più alto della scala (= severa) e lo mTLSS è pari o superiore a 12.

La resistenza al trattamento è definita in base ai seguenti parametri:

- adeguata adozione di misure protettive e di stili di vita mirati alla prevenzione, inclusi quelli diretti a evitare agenti irritanti e allergeni se identificati, e trattamento con emollienti e/o prodotti barriera senza significativi miglioramenti;
- terapia con corticosteroidi topici per almeno 8 settimane nei 6 mesi precedenti, di cui almeno 4 settimane di terapia con uno steroide della classe IV (corticosteroidi molto attivi: vedi Tabella 4), con nessuna risposta o solo risposta transitoria.

INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI PRESCRITTORI – REQUISITI E OBBLIGHI

La classificazione ai fini della fornitura prevede che Toctino® sia “vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri e universitari di dermatologia con servizio di dermatologia allergologica”. Pertanto è indispensabile che i centri prescrittori siano in grado di eseguire autonomamente la diagnostica di base con i test epicutanei, identificabile con la serie standard SIDAPA (Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale) o ICDRG (International Contact Dermatitis Research Group). Il possibile ricorso alla fototerapia, nelle forme resistenti alla terapia topica, rende poi indispensabile che ogni centro sia dotato delle attrezzature necessarie.

Inoltre il Presidente della Regione Campania, quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale campano e in particolare alla “razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l’incremento della appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale”, con decreto commissariale n°15 del 30 novembre 2009 introduce misure finalizzate alla razionalizzazione dei Centri prescrittori, in funzione del profilo epidemiologico della popolazione residente e del territorio di competenza, con l’obiettivo della riduzione del loro numero complessivo nella misura di almeno il 20% di quelli attivi alla data di adozione del citato provvedimento.

Alla luce dei punti appena enunciati e considerando da un lato l’efficacia terapeutica e l’innovatività dell’alitretinoina (Toctino®), nonché l’elevata prevalenza della DECM, dall’altra il non trascurabile costo del trattamento, si ritiene ragionevole proporre quali centri prescrittori per l’alitretinoina (Toctino®) i centri dermatologici già individuati come centri prescrittori per il progetto PsoCare, ridotti di numero complessivo nella misura di almeno il 20% dei 13 attualmente attivi, in funzione della capacità di eseguire autonomamente la metodica dei test epicutanei, l’esame microscopico per la diagnosi di micosi cutanee superficiali e la fototerapia, del profilo epidemiologico della popolazione residente e del territorio di competenza, con priorità per i centri giacenti nei Policlinici Universitari e nelle Aziende Ospedaliere, individuando quale centro di coordinamento per le necessarie attività di monitoraggio la UOC di Dermatologia dell’Università di Napoli Federico II in virtù dell’indubbia esperienza maturata nel settore dermato-allergologico, documentata tra l’altro dalla presenza di un’Area di Dermatologia Allergologica autonoma e dall’individuazione, insieme alla UOC di Dermatologia dell’AO Rummo di Benevento, quale centro di riferimento in Campania della Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale (SIDAPA).

Ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, i centri utilizzatori dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up secondo le indicazioni pubblicate sul sito <http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it>. Inoltre dovranno mantenere presso il centro, per eventuali riscontri, copia cartacea della cartella clinica di ogni singolo paziente (anche ambulatoriale), recante i principali dati clinici e l'esito dei test epicutanei.

Toctino[®] appartiene a una classe di farmaci che sono causa accertata di difetti congeniti. Se Toctino[®] viene assunto durante la gravidanza, anche solo per brevi periodi, il feto è esposto a un rischio molto elevato di malformazioni. Toctino[®] è pertanto controindicato in donne in gravidanza o in donne a rischio di iniziare una gravidanza. È dovere del medico prescrittore assicurarsi che prima di iniziare il trattamento (o continuare il trattamento) siano soddisfatte le condizioni elencate in Tabella 5.

BIBLIOGRAFIA

1. Cristaudo A, et al. L'eczema cronico delle mani (CHE): stato dell'arte e prospettive di cura. Verona: Maya Idee 2010.
2. English J, et al. Clin Exp Dermatol 2009;34:761-9.
3. Diepgen TL, et al. Br J Dermatol 2009;160:353-8.
4. Coenraads PJ, et al. Int Arch Occup Environ Health 2003;76:362-6.
5. Van Coevorden AM, et al. Hand eczema. In: Williams H, et al, editors. Evidence-based dermatology. Blackwell 2008:117-27.
6. Diepgen TL, et al. Contact Dermatitis 2007;57:203-210.
7. Diepgen TL. Int Arch Occup Environ Health 2003;76:331-338.
8. Diepgen TL, et al.; J Dtsch Dermatol Ges 2009;7(Suppl.3):S1-16
9. Cortesi PA, et al. Studio epidemiologico dell'eczema delle mani in Italia. Congresso Nazionale SIDeMaST, Rimini 2010.
10. Cvetovski RS, et al. Contact Dermatitis 2006;54:106-111.
11. NICE. TA146, 2008.
12. Van Coevorden AM, et al. Br J Dermatol 2004;151:446-51.
13. Ruzicka T, et al. Br J Dermatol 2008;158:808-817.
14. Bissonnette R, et al. Br J Dermatol 2010;162:420-6
15. Coenraads PJ, et al. Poster 49, ESCD 2008.
16. Diepgen TL, et al. ESCD guidelines for diagnosis, treatment and prevention of hand eczema. Version Submitted to ESCD members before Consensus Meeting. <http://www.escd.org> (consultato il 6/11/10).
17. Vena GA, et al. Dermatite cronica eczematosa delle mani. Pacini editore, Ospedaletto, 2010

TABELLA 1 - Caratteristiche cliniche delle tre principali forme di DECM (da Cristaudo et al (1), modificata).

DECM allergica da contatto

- **segni e sintomi:**
ipercheratosi e ragadi; in fase di riacutizzazione: eritema a limiti sfumati e vescicole, intenso prurito e, in presenza di ragadi, anche dolore urente.
- **localizzazione:**
vengono colpite le sedi di contatto e sono possibili manifestazioni in sedi diverse dal contatto originario.
- **causa:**
contatto con sostanze chimiche verso cui il soggetto si è sensibilizzato e, quindi, mediata da una reazione di ipersensibilità cellulo-mediata ritardata, raramente indotta dal contatto con proteine animali e/o vegetali. Professionale ed extraprofessionale.

DECM da contatto irritante

- **segni e sintomi:**
xerosi, eritema, desquamazione, ispessimento cutaneo e ragadi fino a forme marcatamente ipercheratosico-ragadiformi, prurito in genere poco intenso (meno severo di quello associato alle forme allergiche atopiche) e frequente presenza di ragadi dolorose.
- **localizzazione:**
principalmente sul dorso delle mani e delle dita, mentre nei casi persistenti sono anche interessate le superfici interne della mano; le lesioni sono limitate alle sedi di contatto.
- **causa:**
contatto con sostanze nocive ripetuto nel tempo, può essere professionale e/o extraprofessionale e i fattori predisponenti sono la diatesi atopica e l'iperidrosi.

DECM atopica

- **segni e sintomi:**
eritema (di solito a limiti sfumati), desquamazione, lichenificazione, ragadi (più frequentemente ai polpastrelli), vescicole nelle fasi di riacutizzazione, eruzione disidrosiforme a livello delle superfici palmari e spazi interdigitali, prurito intenso e dolore nelle sedi delle fissurazioni e possibili lesioni nummulari (dorso delle mani).
- **localizzazione:**
interessa prevalentemente il dorso delle mani, solo occasionalmente anche i polpastrelli (pulpite secca), frequente onicodistrofia secondaria ad infiammazione periungueale.
- **causa:**
predisposizione all'atopia ed interazione con fattori scatenanti sia esogeni che endogeni, raramente causata da contatto con proteine animali e/o vegetali, non dipendente dall'esposizione a sostanze in ambito professionale.

TABELLA 2 - Scala *Physician Global Assessment* (PGA) per la definizione di gravità della DECM; i parametri della gravità di ogni segno e sintomo PGA sono descritti nel punteggio *modified Total Lesion Symptom Score* (mTLSS) (Tabella 3) (da Ruzicka et al (13), modificato).

gravità PGA	caratteristiche	intensità	superficie interessata*
severa	eritema, desquamazione, ipercheratosi/lichenificazione	almeno una caratteristica moderata o severa	> 30% della superficie delle mani affetta
	vescicolazione, edema, ragadi, prurito/dolore	almeno una caratteristica severa	
moderata	eritema, desquamazione, ipercheratosi/lichenificazione	almeno una caratteristica lieve o moderata	10-30% della superficie delle mani affetta
	vescicolazione, edema, ragadi, prurito/dolore	almeno una caratteristica moderata	
lieve	eritema, desquamazione, ipercheratosi/lichenificazione	almeno una caratteristica lieve	< 10% della superficie delle mani affetta
	vescicolazione, edema, ragadi, prurito/dolore	almeno una caratteristica lieve	
quasi assente	eritema, desquamazione, ipercheratosi/lichenificazione	almeno una caratteristica lieve	< 10% della superficie delle mani affetta
	vescicolazione, edema, ragadi, prurito/dolore	assente	
assente	eritema, desquamazione, ipercheratosi/lichenificazione	assente	0
	vescicolazione, edema, ragadi, prurito/dolore	assente	

***La superficie interessata non va calcolata in caso di DECM localizzata ai polpastrelli (pulpite); la superficie affetta delle mani si riferisce alla superficie del lato maggiormente affetto (palmo o dorso) della mano maggiormente affetta.**

TABELLA 3 - punteggio *modified Total Lesion Symptom Score* (mTLSS) per la definizione dei parametri della gravità dei segni e sintomi PGA (da Ruzicka et al (13), modificata).

parametro	definizione della gravità	descrizione
eritema	0 = assente	assente
	1 = lieve	eritema lieve
	2 = moderata	rossore evidente
	3 = severa	rossore molto intenso
desquamazione	0 = assente	assente
	1 = lieve	leggero sfaldamento in zone limitate, per lo più con piccole squame
	2 = moderata	sfaldamento in aree estese, con squame più grandi
	3 = severa	sfaldamento in >30% della mano, con squame grosse e spesse
ipercheratosi/lichenificazione	0 = assente	assente
	1 = lieve	leggero inspessimento con linee cutanee molto accentuate su zone limitate
	2 = moderata	inspessimento palpabile su zone estese
	3 = severa	inspessimento palpabile su zone estese con forte accentuatura delle linee cutanee
vescicolazione	0 = assente	assente
	1 = lieve	vescicole disseminate su < 10% della mano, senza erosioni
	2 = moderata	vescicole disseminate o raggruppate sul 10-30% della mano, senza erosioni visibili ed escoriazioni
	3 = severa	elevata densità di vescicole estese su ampie zone con erosioni e/o escoriazioni
edema	0 = assente	assente
	1 = lieve	gonfiore cutaneo su <10% delle mani
	2 = moderata	gonfiore cutaneo delimitato su >10% delle mani
	3 = severa	gonfiore cutaneo con indurimento su zone estese
ragadi	0 = assente	assente
	1 = lieve	pelle screpolata su una piccola zona
	2 = moderata	pelle screpolata su zone multiple, che causa dolore
	3 = severa	una o più ragadi profonde che causano sanguinamento e/o dolore
prurito/dolore	0 = assente	assente
	1 = lieve	occasionale: leggero disagio occasionale durante la giornata
	2 = moderata	intermittente: disagio frequente durante la giornata
	3 = severa	persistente o limitante il sonno

TABELLA 4 - Classificazione dei corticosteroidi topici per uso dermatologico (secondo il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale 2009-2010, Delibera della Giunta Regionale N. 665 del 08.10.2010).

Corticosteroidi deboli (gruppo I)

- Idrocortisone

Corticosteroidi moderatamente attivi (gruppo II)

- Clobetasone
- Idrocortisone butirrato
- Fluocortin
- Desonide
- Alclometasone
- Desametasone

Corticosteroidi attivi (gruppo III)

- Betametasone
- Desossimetasone
- Fluocinolone acetoneide
- Fluocortolone
- Difluocortolone
- Fluocinonide
- Budesonide
- Mometasone
- Metilprednisolone aceponato
- Beclometasone

Corticosteroidi molto attivi (gruppo IV)

- Clobetasolo
- Alcinonide

TABELLA 5 - Lista di controllo per le prescrizioni di TOCTINO.**Prima della prescrizione**

Controllare l'indicazione:

- dermatite cronica severa alle mani, refrattaria al trattamento con corticosteroidi topici.

Controllare le controindicazioni: TOCTINO è controindicato nei seguenti casi:

- Donne in gravidanza o che allattano
- Insufficienza epatica
- Ipercolesterolemia non controllata
- Ipertrigliceridemia non controllata
- Ipotiroidismo non controllato
- Ipervitaminosi A
- Ipersensibilità all'alitretinoina, ad altri retinoidi o a uno qualsiasi dei loro eccipienti
- Pazienti che ricevono trattamento concomitante con tetracicline

Assicurarsi che il paziente sia stato informato (verbalmente e per iscritto) e comprenda i rischi teratogeni di TOCTINO.

Istruire il paziente a non donare sangue durante il trattamento con TOCTINO e per 1 mese dopo il termine del trattamento e di non condividere le capsule con nessun altro.

Fornire a ciascun paziente un "Opuscolo informativo per il paziente" per TOCTINO.

Fornire a tutte le pazienti in potenzialmente fertili un opuscolo "Guida alla prevenzione della gravidanza" per TOCTINO.

Accertarsi che le pazienti di sesso femminile potenzialmente fertili comprendano la necessità di visite di follow-up mensili.

Accertarsi che le pazienti di sesso femminile comprendano la necessità di adottare una prevenzione della gravidanza efficace continuativa nell'ambito del programma di prevenzione della gravidanza un mese prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento e 1 mese dopo il termine del trattamento.

Assicurarsi che le pazienti di sesso femminile con amenorrea o le pazienti non attive sessualmente seguano comunque le istruzioni fornite nell'opuscolo "Guida alla prevenzione della gravidanza". Eccezione: pazienti sottoposte a isterectomia.

Primo test di gravidanza:

Effettuare il primo test di gravidanza, con una sensibilità di almeno 25 mUI/ml, durante i primi 3 giorni del ciclo o, in caso di ciclo irregolare, 3 settimane dopo l'ultimo rapporto sessuale non protetto.

Se il primo test è negativo, la paziente deve iniziare a utilizzare almeno uno, preferibilmente due dei metodi di prevenzione della gravidanza prescelti.

Secondo test di gravidanza:

Dopo almeno 4 settimane di prevenzione della gravidanza efficace deve essere eseguito, sotto la supervisione del medico, un secondo test di gravidanza il giorno della prescrizione o nei 3 giorni precedenti la visita.

Accertarsi che la paziente comprenda le conseguenze di una possibile gravidanza e in caso di sospetta gravidanza interrompa immediatamente l'assunzione di TOCTINO e si rivolga a un medico.

Accertarsi che la paziente comprenda e acconsenta ai test di gravidanza mensili durante il trattamento e a un test 5 settimane dopo il termine del trattamento.

Accertarsi che la paziente abbia ottenuto tutte le informazioni verbali e scritte su rischi e precauzioni, confermandolo mediante la firma del modulo designato.

Conservare tale modulo nel proprio archivio.

Il trattamento con TOCTINO può iniziare solo se la paziente fa uso di metodi di prevenzione della gravidanza da almeno 4 settimane e se due test di gravidanza effettuati sotto la supervisione del medico entro 4 settimane hanno dato risultato negativo.

Durante il trattamento

Se tutte le considerazioni precedenti sono soddisfatte, TOCTINO può essere prescritto. La prescrizione a donne potenzialmente fertili deve essere effettuata entro 3 giorni dopo l'ultimo test di gravidanza e deve essere limitata a 30 giorni di trattamento.

Ulteriori test di gravidanza:

Devono essere eseguiti, sotto la supervisione del medico e come stabilito in accordo alle pratiche locali, test di gravidanza con una sensibilità di almeno 25 mUI/ml ogni mese, il giorno della nuova prescrizione o nei 3 giorni precedenti. Deve essere sottolineato il rischio teratogeno e bisogna rispondere a tutte le eventuali domande relative alla prevenzione della gravidanza.

In caso di una gravidanza durante il trattamento o entro un mese dopo il trattamento, nonostante tutte le misure precauzionali, interrompere immediatamente il trattamento e indirizzare la paziente a un medico per discutere ulteriori procedure.

Segnalare i casi di gravidanza durante il trattamento con TOCTINO alle Autorità Sanitarie competenti e ad Almirall SpA.

Al termine del trattamento

Istruire la paziente a continuare la prevenzione della gravidanza e a non donare sangue per un ulteriore mese dopo il termine del trattamento. Le capsule rimanenti non devono essere condivise con altre persone, bensì restituite al farmacista o al medico che le ha fornite.

Chiedere alla paziente di ritornare 5 settimane dopo la conclusione del trattamento per l'esecuzione di un test di gravidanza finale.

SERVIZIO SANITARIO della REGIONE CAMPANIA**Scheda per la prescrizione e la dispensazione della specialità medicinale Toctino® (principio attivo: Alitretinoina)**

N° PROGRESSIVO:

Centro di riferimento

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa Codice (1882/2005)

dichiaro che il/la paziente: sesso:

nato/a il: a: prov.

codice fiscale:

indirizzo completo:

prov. ASL Regione:

è affetto/a da eczema cronico (dermatite eczematosa cronica) severo delle mani, così definito in base ai criteri enunciati nel paragrafo “definizione del percorso diagnostico-terapeutico” del relativo elaborato tecnico, così come approvato dalla G.R.C., e in particolare:Gravità del PGA: Severa mTLSS: (Valore)

ed ha inoltre:

☐ eseguito test epicutanei, con esito:☐ adottato adeguate misure protettive, con esito:☐ praticato trattamento con emollienti e/o prodotti barriera, con esito:☐ praticato terapia con corticosteroidi topici per almeno 8 settimane nei 6 mesi precedenti, di cui almeno 4 settimane con uno steroide della classe IV (specificare:) con esito:☐ praticato altri trattamenti (specificare:), con esito:Pertanto per il trattamento della sua patologia **necessita** della specialità medicinale Toctino® (principio attivo: Alitretinoina)

da assumere alla seguente posologia e per il seguente periodo (massimo tre mesi):

Dichiaro altresì che il detto ciclo terapeutico, insostituibile e indispensabile, sarà effettuato al domicilio del paziente sotto la mia responsabilità dopo aver adeguatamente istruito il paziente sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali che potrebbero richiedere un cambiamento della posologia o una interruzione della terapia stessa. Dichiaro inoltre di aver acquisito agli atti il consenso informato del paziente.

Data:

il medico prescrittore

(timbro con codice regionale e firma leggibile)

CONSEGNA FARMACO

n° ciclo	data	specialità medicinale	quantità consegnata	firma (per ricevuta)	documento d'identità	farmacista (firma/timbro)

Rilascio in tre copie: 1 per il centro prescrittore, 1 per la farmacia ospedaliera, 1 per il paziente che dovrà consegnare all'ASL di provenienza per la continuità terapeutica.

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DELLA SPECIALITÀ
MEDICINALE TOCTINO® (PRINCIPIO ATTIVO: ALITRETINOINA)**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il: _____ a: _____ prov.: _____
codice fiscale: _____
indirizzo completo: _____
prov.: _____ ASL: _____ Regione: _____

dichiaro

di acconsentire alla somministrazione/assunzione del farmaco **Toctino®** (contenente Alitretinoina come principio attivo), essendo a conoscenza delle principali caratteristiche del farmaco, della dose da assumere e della frequenza delle somministrazioni, della durata del ciclo di terapia, dei principali possibili eventi avversi associati al trattamento, dei controlli clinici e/o di laboratorio che si rendono necessari. Dichiaro altresì di aver ricevuto adeguate istruzioni sulla conservazione del farmaco e sulle modalità di somministrazione, laddove tale somministrazione dovesse essere effettuata al mio domicilio; mi impegno inoltre a presentarmi con regolarità ai controlli programmati e a informare tempestivamente il medico di medicina generale e il medico specialista dermatologo di riferimento per ogni evento o reazione avversa.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a e di aver compreso i rischi teratogeni di Toctino®. In particolare, sono stato/a istruito/a a non donare sangue durante il trattamento e per 1 mese dopo il termine del trattamento e a non cedere le capsule ad altra persona. Nel caso io sia una paziente di sesso femminile in età fertile, dichiaro di aver compreso la necessità di adottare una prevenzione della gravidanza efficace e continuativa, secondo quanto previsto nell'opuscolo "Guida alla prevenzione della gravidanza", che mi è stato consegnato, e di aver firmato l'apposito modulo specifico di consenso informato.

Acconsento inoltre a che venga compilata la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento e le schede di follow-up secondo le indicazioni emanate dell'Agenzia del Farmaco e a che venga mantenuta presso questo centro prescrittore, per eventuali riscontri, copia cartacea della mia cartella clinica, il cui accesso sarà consentito esclusivamente a personale autorizzato e tenuto alla riservatezza.

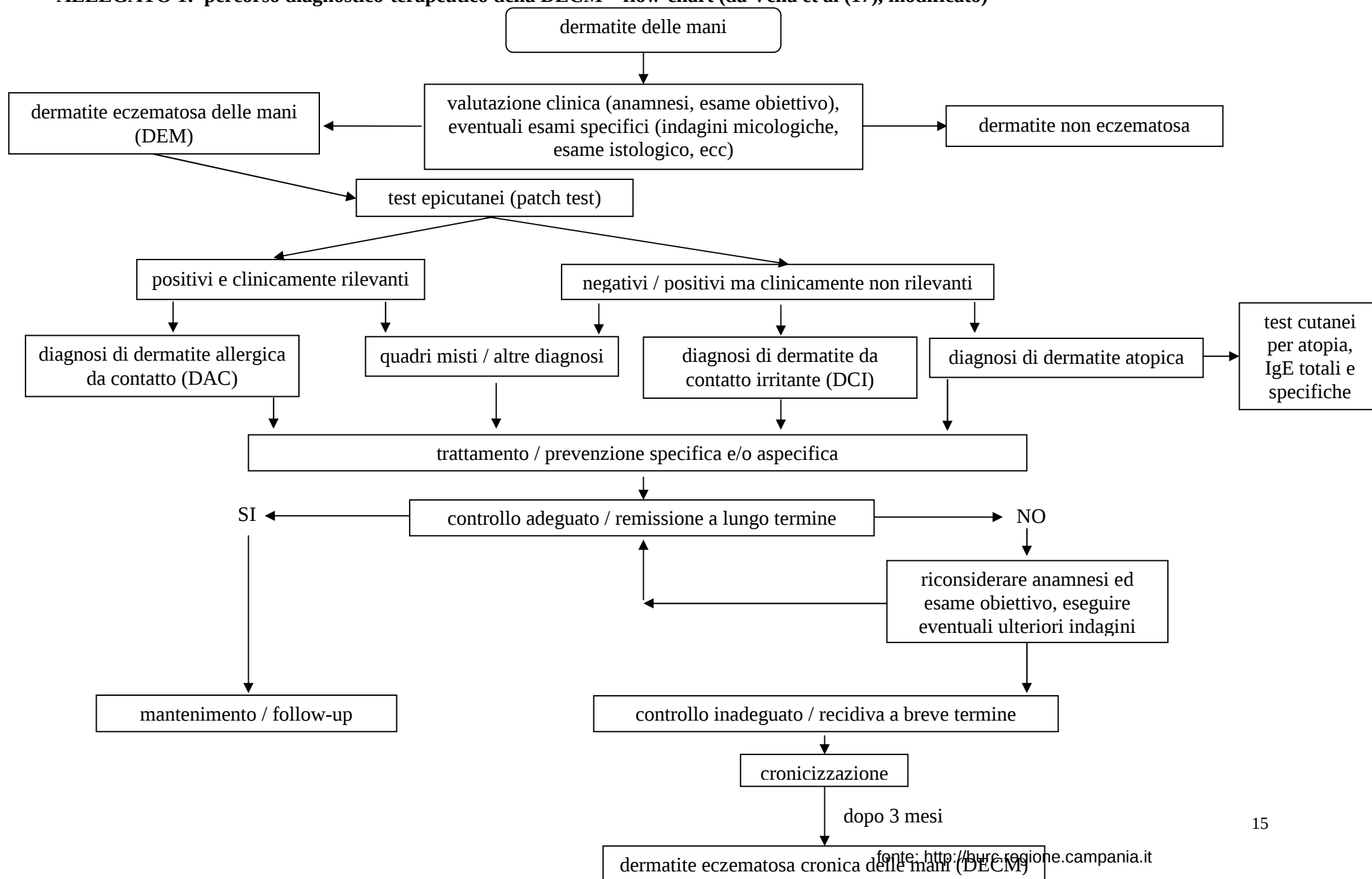
(città) _____, li _____

(firma)

Confermo di aver personalmente spiegato alla persona sopra indicata quanto in precedenza esposto, la quale accetta volontariamente quanto ha sottoscritto.

(firma e timbro del medico specialista della struttura)

ALLEGATO 1: percorso diagnostico-terapeutico della DECM – flow-chart (da Vena et al (17), modificato)





Decreto Dirigenziale n. 22 del 16/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 3 Gestione ruolo personale Serv.San.Reg.le proc.concors. rapp. con le OO.SS.

Oggetto dell'Atto:

PRESA DI ATTO DELLE RISULTANZE DELLA PROCEDURA DELLO ART. 81 DELLA L.R. 1 DEL 2008. APPROVAZIONE DELLA MODIFICA ALLA GRADUATORIA DI MERITO RELATIVA AL RUOLO TECNICO, PROFILO OPERATORE TECNICO ADDETTO ALLA ASSISTENZA.

IL DIRIGENTE

Premesso:

- a. che l'art. 81 della L.R. n. 1/08 e s.m.i. ha previsto la trasformazione delle posizioni di lavoro a tempo determinato, già ricoperte da personale precario dipendente degli enti del servizio sanitario regionale, in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- b. che l'art. 81 comma 5 della legge citata ha previsto l'istituzione presso l'assessorato regionale alla sanità di elenchi regionali del personale precario dipendente degli enti del servizio sanitario regionale distinti per ruolo, profilo e posizione funzionale;
- c. che con decreto assessorile n. 179 del 11.9.2008 e successive integrazioni, è stata nominata la commissione giudicatrice per l'esame delle domande, la valutazione dei titoli e la stesura della graduatoria finale;

Viste l'ordinanza emessa dal Giudice del Lavoro con la quale è stata disposta l'ammissione della ricorrente Pellecchia Sonia;

Ritenuto di dover dare esecuzione all'ordinanza emessa dal Giudice del Lavoro e per l'effetto, di dover procedere alla modifica dell'elenco allegato al DD n. 179 dell'8.11.2010 aggiungendo il nominativo citato con il punteggio attribuito alla stessa;

Visto il verbale n. 87 del 14.3.2012 della commissione giudicatrice;

Vista la nota prot. n. 208965 del 16.3.2012 del Presidente della Commissione con la quale ha rimesso a questo Settore la nuova graduatoria di merito della candidata secondo l'ordine di votazione complessiva riportata dalla stessa;

Vista la regolarità delle procedure seguite dalla commissione giudicatrice e la graduatoria di merito della candidata dichiarata idonea formata dalla citata commissione esaminatrice;

Ritenuto di dover prendere atto delle risultanze dei lavori della commissione, e procedere all'approvazione della nuova graduatoria di merito, ed alla conseguente pubblicazione relativa al ruolo tecnico, profilo operatore tecnico addetta all'assistenza;

Visti

- a. l'art. 81 della L.R. 1/08;
- b. il DPR 220/2001;
- c. il decreto assessorile n. 179 del 11.9.2008 e successive integrazioni;
- d. il decreto dirigenziale n. 179 dell'8.11.2010;
- e. l'ordinanza di riammissione del Giudice del Lavoro;
- f. il verbale della commissione giudicatrice;
- g. la delibera di Giunta Regionale n. 3466 del 3.6.2000 di attribuzione di funzioni ai dirigenti;
- h. il decreto dirigenziale n. 1 del 28.2.2006 di delega del Coordinatore dell'Area 19 al Dirigente del Settore Gestione Ruolo Personale SSR.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio Procedure Concorsuali nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dalla stessa

DECRETA

per i motivi esposti in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

1. è approvata la nuova graduatoria, costituente parte integrante del presente provvedimento, relativa al ruolo tecnico, profilo operatore tecnico addetto all'assistenza;

2. di notificare il presente decreto di modifica alla graduatoria relativa al profilo di operatore tecnico addetto all'assistenza, alle AAOO, alle AAOOUU e all'IRCCS;
3. di inviare il presente provvedimento al Settore Stampa, Documentazione ed Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione.

Aw. Antonio Postiglione

RUOLO: Tecnico - PROFILO: Operatore tecnico addetto all'assistenza

GRADUATORIA

Prog.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Totale punteggio	Titoli di preferenza Art.5 DPR 487/94*	Num. figli*
1	FERRARA MARIANNA	SALERNO (SA)	13/04/77	2,06	**	
2	VECCHIO MARIA	EBOLI (SA)	16/06/68	1,9	**	
3	SIERVO ANNA	MONTREAL (CANADA)	12/05/70	1,8	**	
4	CARPENTIERI GIULIANA	SALERNO (SA)	22/09/63	1,67	**	
5	IVONE ANGELINA	BATTIPAGLIA (SA)	01/01/62	1,55	**	
6	RONDINELLI ANNA MARIA	CAMPAGNA (SA)	12/06/62	1,48	**	
7	GRIMALDI EMIDIO	SALERNO (SA)	05/05/67	1,4	**	
8	PERSICO ANNA MARIA	SALERNO (SA)	25/05/49	1,39	**	
9	GALZERANO SABATINA	PONTECAGNANO FAIANO (SA)	18/08/62	1,35	**	
10	MARZULLO ILENIA	CALABRITTO (AV)	07/10/72	1,32	**	
11	ROSSOMANDO VERONICA	POLLA (SA)	04/11/84	1,31	**	
12	SESSA MICHELA	PAGANI (SA)	16/09/85	1,3	**	
13	PARADISO ROSANNA	EBOLI (SA)	08/11/60	1,2	**	
14	DE RUBERTO LOREDANA	EBOLI (SA)	14/04/60	1,1	**	
15	TUZZA MARIA	S.AGATA DI MILITELLO (ME)	29/09/65	1,02	**	
16	SOMMA ANTONIA	SALERNO (SA)	01/01/54	1	**	comma 4 punto 17
17	ROSSOMANDO PAOLA	MONTECORVINO ROVELLA (SA)	23/08/82	1	**	comma 5 lett. c
18	MUNZIO COSIMINA ANTONIETTA	ALBANELLA (SA)	04/02/59	1	**	
19	ALIBERTI ENRICO	NOCERA INFERIORE (SA)	16/12/75	0,92	**	
20	FASANO ANGELA	SALERNO (SA)	01/03/71	0,9	**	
21	CITRO ANNA	LAGONEGRO (PZ)	22/01/56	0,89	**	
22	PUCCIARELLI ANNA	SALVITELLE (SA)	14/05/67	0,85	**	
23	CARRINO PASQUALINA	SALERNO (SA)	04/08/64	0,81	**	comma 5 lett. c
24	FORESE GIULIANA	BATTIPAGLIA (SA)	27/01/57	0,81	**	
25	NADDEO ALESSANDRA	SALERNO (SA)	11/02/76	0,8	**	comma 5 lett. c

* I titoli di preferenza ed il numero dei figli sono elencati solo per i candidati a pari merito.

** Candidato ammesso in virtù di pronuncia giudiziaria.

RUOLO: Tecnico - PROFILO: Operatore tecnico addetto all'assistenza

GRADUATORIA

Prog.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Totale punteggio		Titoli di preferenza Art.5 DPR 487/94*	Num. figli*
26	SAGGESE ELVIRA	SALERNO (SA)	16/03/65	0,8	**	comma 5 lett. c	
27	NITTO NICOLINA	BUCCINO (SA)	21/04/62	0,8	**	comma 5 lett. c	
28	GUARIGLIA ANNA MARIA	SALERNO (SA)	05/04/60	0,8	**	comma 5 lett. c	
29	LETTERA GIULIA	BATTIPAGLIA (SA)	06/11/53	0,8	**		
30	BERTOLINO GABRIELLA	ERICE (TP)	13/01/70	0,78	**		
31	CONTE GERARDA	PONTECAGNANO FAIANO (SA)	31/12/58	0,72	**		
32	VENTRE LIDIA	CAVA DEI TIRRENI (SA)	25/11/61	0,7	**	comma 4 punto 18	1
33	CALIANO ROSA	NOCERA INFERIORE (SA)	09/08/79	0,7	**	comma 5 lett. c	
34	MARCIANO ROMEO	BATTIPAGLIA (SA)	20/02/73	0,7	**	comma 5 lett. c	
35	CARRINO GIUSEPPE	SALERNO (SA)	18/07/63	0,7	**	comma 5 lett. c	
36	BASSINI NADIA	FERRARA (FE)	01/10/58	0,7	**		
37	CAPONE VIRGINIO	OLEVANO SUL TUSCIANO (SA)	03/12/78	0,69	**		
38	LA MONICA PAOLA	EBOLI (SA)	28/01/66	0,65	**	comma 4 punto 18	2
39	FALCONE GIOCONDA	BATTIPAGLIA (SA)	29/03/60	0,65	**		
40	FORLENZA ROSA	EBOLI (SA)	01/08/61	0,63	**		
41	SALZANO ANNA MARIA	AVIGLIANA (TO)	13/03/61	0,62	**		
42	GEMINI RAFFAELLA	NOCERA INFERIORE (SA)	30/07/78	0,61	**		
43	BARBARIA FIORINA	SALERNO (SA)	09/01/84	0,6	**	comma 5 lett. c	
44	DE VIVO IMMACOLATA	SALERNO (SA)	03/10/70	0,6	**	comma 5 lett. c	
45	SABETTA ROSALIA	CASTEL S. LORENZO (SA)	23/01/63	0,6	**	comma 5 lett. c	
46	GIANNATTASIO VINCENZINA	SOLOFRA (AV)	02/03/54	0,6	**		
47	CRUOGGIO CARMELA	PALOMONTE (SA)	24/05/63	0,56	**		
48	MAZZEO VITO	ANZIO (RM)	03/06/71	0,54	**		
49	ROSA MASSIMO	CONTURSI TERME (SA)	02/11/63	0,53	**		
50	ROSA ANGELINA	CONTURSI TERME (SA)	28/12/67	0,52	**	comma 4 punto 18	2
51	MARINO MARIA CRISTINA	SALERNO (SA)	08/08/62	0,52	**		

* I titoli di preferenza ed il numero dei figli sono elencati solo per i candidati a pari merito.

** Candidato ammesso in virtù di pronuncia giudiziaria.

RUOLO: Tecnico - PROFILO: Operatore tecnico addetto all'assistenza

GRADUATORIA

Prog.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Totale punteggio	Titoli di preferenza Art.5 DPR 487/94*	Num. figli*
52	SPINGI ANNA MARIA	CONTURSI TERME (SA)	26/02/57	0,51	**	
53	ANNUNZIATA RAFFAELE	SARNO (SA)	10/11/52	0,47	**	
54	SALVIO MARIA PIA	IMPERIA (IM)	06/12/69	0,41	**	
55	MONETTI CATERINA	BATTIPAGLIA (SA)	02/05/62	0,4	** comma 5 lett. c	
56	SPISSO GIUSEPPINA	SALERNO (SA)	14/04/55	0,4	**	
57	AULETTA MARIA LUISA	SALERNO (SA)	08/05/68	0,33	**	
58	VECCHIO RAFFAELA	EBOLI (SA)	16/12/70	0,32	**	
59	APICELLA IMMACOLATA	SALERNO (SA)	15/05/64	0,22	** comma 5 lett. c	
60	MOCCALDI LILIANA	EBOLI (SA)	01/08/58	0,22	**	
61	PELLECCHIA SONIA	SALERNO (SA)	12/11/83	0,1	** comma 5 lett. c	
62	BREGLIA MARIA TERESA	ROCCADASPIDE (SA)	15/09/62	0,1	**	
63	DE SIO MARIO	SALERNO (SA)	16/08/74	0,04	**	
64	MUCCIONE CONCETTINA	BUCCINO (SA)	01/01/59	0,01	**	
65	TIANO MANUELA	SALERNO (SA)	03/03/86	0	**	

* I titoli di preferenza ed il numero dei figli sono elencati solo per i candidati a pari merito.

** Candidato ammesso in virtù di pronuncia giudiziaria.



Decreto Dirigenziale n. 23 del 19/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 3 Gestione ruolo personale Serv.San.Reg.le proc.concors. rapp. con le OO.SS.

Oggetto dell'Atto:

L.R. 1 DEL 30.01.2008. AMMISSIONE NON AMMISSIONE CANDIDATI. MODIFICA ELENCO A AL DECRETO DIRIGENZIALE N. 55 DEL 27.5.2009.

IL DIRIGENTE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

- a. che l'art. 81 della L.R. n. 1/08 e s.m.i. ha previsto la trasformazione delle posizioni di lavoro a tempo determinato, già ricoperte da personale precario dipendente degli enti del servizio sanitario regionale, in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- b. che con il DD n. 55 del 27.5.2009 è stato approvato l'elenco allegato "B" di non ammessi alla procedura di stabilizzazione di cui alla precedente legge regionale, relativamente al profilo collaboratore professionale sanitario – personale infermieristico – posizione funzionale infermiere pediatrico;

VISTI i ricorsi presentati dalle Sig.re De Fenza Angelica, Esposito Roberta, Mammano Lucia e Sommella Margherita avverso l'esclusione dalla citata procedura;

VISTA l'ordinanza emessa dal Tribunale di Napoli – Giudice del Lavoro del 14.12.2011 con la quale è stata disposta l'ammissione delle citate ricorrenti;

RITENUTO di dover dare esecuzione all'ordinanza emessa dal Tribunale di Napoli – Giudice del Lavoro in data 14.12.2011 per l'effetto, di dover procedere alla modifica degli elenchi allegati al DD n. 55 del 27.5.2009 eliminando i nominativi delle ricorrenti dall'elenco allegato "B" dei candidati non ammessi e conseguentemente iscrivere le ricorrenti nell'elenco allegato "A" ammessi procedendo all'approvazione e pubblicazione dello stesso;

VISTI:

- a. la delibera di Giunta Regionale n. 3466 del 3.6.2000 di attribuzione di funzioni ai dirigenti della Giunta Regionale;
- b. il decreto dirigenziale n. 1 del 28/2/2006 di delega del Coordinatore dell'Area 19 al Dirigente del Settore Gestione Ruolo Personale SSR;

DECRETA

per i motivi esposti in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

1. di modificare gli elenchi allegati al DD. n. 55 del 27.5.2009 eliminando i nominativi della Sig.re De Fenza Angelica, Esposito Roberta, Mammano Lucia e Sommella Margherita dall'elenco dei non ammessi - e conseguentemente iscrivere le ricorrenti nell'elenco degli ammessi procedendo all'approvazione e pubblicazione dello stesso;
2. di ammettere le ricorrenti alla procedura di cui all'art. 81 della L.R. 1/08;
3. di inviare copia del presente decreto al Settore Stampa, Documentazione ed Informazione, Bollettino Ufficiale Regione Campania, per la relativa pubblicazione;
4. di notificare il presente decreto all'interessata;
5. di notificare il presente decreto, per il seguito di competenza, alla Commissione per l'attuazione dell'art. 81 della L.R. 1/08.

Avv. Antonio Postiglione



Decreto Dirigenziale n. 24 del 13/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 2 Aggiornamento e formazione del personale

Oggetto dell'Atto:

AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI TUTOR DEL CORSO DI FORMAZIONE
SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE - VII PROVVEDIMENTO.

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

- che il D.Lgs. n°368 del 17/8/1999, al titolo IV, Capo I, detta norme in materia di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- che l'art. 25, del precitato Decreto Legislativo 368/99 stabilisce che le Regioni e le Province autonome emanino ogni anno, entro il 28 febbraio, i Bandi di Concorso per l'ammissione al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, in conformità ai principi fondamentali definiti dal Ministero della Salute, per la disciplina unitaria del sistema;
- che il percorso formativo del corso in questione prevede che i discenti frequentino a partire dal secondo anno di corso lo studio di un medico di medicina generale;
- che l'art. 27 del citato D.Lgs. 368/99 stabilisce altresì che i medici tutori in questione siano medici di medicina generale convenzionati con il servizio sanitario nazionale con un'anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il servizio sanitario nazionale, nonché debbano possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente e operare in uno studio professionale accreditato;
- che, al fine di garantire il livello omogeneo della formazione impartita ai discenti, lo stesso D.Lgs. 368/99 prevede la necessità dell'istituzione di un apposito elenco, dal quale le AA.SS.LL. sedi di formazione possano attingere, nel quale siano inseriti i medici di medicina generale che abbiano manifestato la propria disponibilità ad ospitare i discenti presso i propri studi professionali e per i quali sia stato verificato il possesso dei necessari requisiti strutturali, organizzativi e professionali;

RILEVATO che:

- con D.P.G.R.C. n. 11403 del 15.07.1996 venne approvato l'Elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- con Determinazione Dirigenziale n. 116 del 25/07/2003, si è provveduto alla modifica ed integrazione dell'Elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui al D.P.G.R.C. n. 11403 del 15.07.1996;

RILEVATO che,

- in conseguenza del lungo lasso di tempo trascorso, molti dei medici inseriti nell'elenco, a seguito di pensionamento, decesso, trasferimento o altro, non risultavano più disponibili per l'attività di formazione in questione, per cui si è reso necessario provvedere alla ricognizione delle disponibilità esistenti, procedendo alla conseguente modifica ed integrazione di detto Elenco;

CONSIDERATO:

- che con la deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 2239 del 7.6.2002 fu, tra l'altro, approvato il progetto formativo relativo al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale per il biennio 2001/2003;
- che il citato progetto formativo dettava le modalità ed i criteri per l'accesso all'Elenco in questione, riportando, fra l'altro, il fac-simile della domanda che doveva essere prodotta dagli interessati;

RILEVATO:

- che con decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 2 del 15/01/2009 fu deciso di procedere alla modifica ed integrazione dell'Elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, di cui al D.P.G.R.C. n. 11403 del 15.07.1996 e alla Determinazione Dirigenziale n. 116 del 25/07/2003, invitando tutti i medici interessati all'inserimento nell'Elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale – ivi compresi quanti già inseriti negli elenchi di cui al D.P.G.R.C. n. 11403 del 15.07.1996 e alla Determinazione Dirigenziale n. 116

del 25/07/2003 - a produrre apposita istanza, entro il termine di gg. 30 dalla data di pubblicazione del provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, secondo lo schema allegato allo stesso decreto unitamente ad una apposita scheda informativa relativa alle strutture ed attrezzature in possesso degli studi professionali presso cui i medici interessati operano;

- che il citato decreto è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 7 del 2/2/2009 e che il termine di scadenza, così come previsto dal bando, è stato fissato per il giorno 3/3/09;

RILEVATO, altresì, che

- sulla base delle istanze prodotte dai medici di Medicina Generale, che erano pervenute entro il previsto termine e per le quali era stato verificato il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti normative, fu redatto un apposito elenco del quale fu disposta l'approvazione e la pubblicazione con il decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 46 del 6/7/2009, integrato e rettificato con il decreto dirigenziale n. 50 del 28/7/2009;

CONSIDERATO, altresì, che,

- a seguito di numerose richieste pervenute in tal senso, con ulteriore decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 65 del 24/09/2009, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 61 del 12/10/2009, è stato stabilito:
 - a) di confermare l'elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui al decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 46 del 6/7/2009, così come integrato e rettificato con il decreto dirigenziale n. 50 del 28/7/2009;
 - b) di prevedere l'aggiornamento dell'elenco stesso non appena si fosse proceduto alla valutazione e alla verifica delle istanze pervenute in data successiva alla scadenza del bando prevista dal decreto dirigenziale n. 2 del 15/1/2009;
 - c) di invitare a produrre apposita istanza tutti i medici interessati all'inserimento nell'Elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, che non risultassero già inseriti nell'elenco di cui al decreto dirigenziale n. 46 del 6/7/2009, così come integrato e rettificato con il decreto dirigenziale n. 50 del 28/7/2009 e che fossero in possesso dei requisiti professionali e tecnico-strutturali previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo 368/99:
 - 1) avere un'anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il servizio sanitario nazionale,
 - 2) possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente,
 - 3) operare in uno studio professionale accreditato dal S.S.N.;
 - d) di stabilire che tale istanza dovesse essere redatta secondo lo schema allegato al decreto stesso;
 - e) di ribadire che i successivi aggiornamenti dell'elenco sarebbero avvenuti con cadenza trimestrale;

PRESO ATTO che

- in ossequio a quanto previsto dal succitato decreto dirigenziale n. 65/2009, con i decreti dirigenziali a firma dello scrivente n. 75 del 16/12/2009, n. 51 del 26/05/2010, n. 62 del 29/07/2010, n. 1 del 17/01/2011, n. 335 del 23/05/2011 e n. 404 del 7/12/2011, si è provveduto all'aggiornamento dell'elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale approvato con decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 46 del 6/7/2009, integrato e rettificato con il decreto dirigenziale n. 50 del 28/7/2009;
- in data successiva alla pubblicazione del decreto dirigenziale n. 404 del 07/12/2011 sono pervenute, a seguito di richiesta da parte dello scrivente Settore, integrazioni di documentazione da parte di medici che già avevano prodotto istanza di inserimento nell'elenco dopo la scadenza del bando prevista dal decreto dirigenziale n. 2 del 15/1/2009, nonché nuove istanze prodotte da medici ai sensi dello stesso decreto dirigenziale n. 65/2009;

RITENUTO, pertanto,

- di dover provvedere all'aggiornamento dell'elenco regionale dei tutor del corso di formazione specifica in medicina generale, così come previsto dal decreto dirigenziale n. 65/2009;

VISTE:

- la L.R. 4.7.1991 n. 11;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 3466 del 3.6.2000;
- la Circolare dell'Assessore al Personale della Giunta Regionale n. 5 del 12.6.2000;

VISTO il Decreto dirigenziale di delega a firma del Coordinatore dell'A.G.C. Piano Sanitario Regionale n. 1 del 12/7/2005;

ALLA STREGUA dell'istruttoria compiuta dal Dirigente del competente Servizio e dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dallo stesso,

D E C R E T A

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

- di approvare il nuovo elenco dei tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale – che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale - aggiornato con le integrazioni di documentazione e le nuove istanze pervenute dopo la pubblicazione del decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 404 del 07/12/2011;
- di ribadire che, così come previsto dal citato decreto dirigenziale n. 65/2009, i successivi aggiornamenti avverranno con cadenza trimestrale sulle base delle istanze che perverranno in data successiva alla pubblicazione del presente decreto;
- di evidenziare che - in considerazione del fatto che, a seguito del presente aggiornamento, il numero dei medici tutor inseriti in elenco risulta in larga misura sufficiente a far fronte alle esigenze formative dei discenti - i medici che produrranno le ulteriori istanze verranno di volta in volta inseriti nell'elenco, ma i corsi, per quanti risultassero privi del previsto attestato di formazione, saranno organizzati sulla base di modalità e tempistica di volta in volta oggetto di valutazione da parte dello scrivente Settore;
- di confermare, per quanto restante, il decreto dirigenziale a firma dello scrivente n. 65 del 24/09/2009;
- di trasmettere copia del presente provvedimento ai Presidenti degli Ordini dei Medici delle Province della Campania, nonché ai Direttori Generali e ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali, perché ne sia assicurata la massima diffusione agli interessati;
- di trasmettere copia del presente provvedimento all'ARSAN, cui è demandato il compito di determinare, di concerto con lo scrivente Settore, tempi e termini per la formazione dei medici inseriti nell'elenco che risultano non aver ancora acquisito il previsto attestato di formazione;
- di inviare il presente provvedimento al Sig. Assessore alla Sanità e al Settore Stampa e Documentazione per la prevista pubblicazione sul B.U.R.C.;
- di trasmettere il presente provvedimento al Settore 01 - Attività di assistenza alle sedute di Giunta, Comitati Dipartimentali – Servizio 04 – Registrazione atti monocratici –Archiviazione decreti dirigenziali.

Dott. Francesco P. Iannuzzi

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
1	ALAIA	Maria	Avellino	DS06	72067/8	SI'
2	AMODEO	Espedito	Avellino	DS04	72075/8	SI'
3	ARCHIDIACONO	Carmine	Avellino	DS05	20966/0	SI'
4	AUFIERO	Carmine	Avellino	DS05	20724	SI'
5	BRUNO	Paolo	Avellino	DS04	20235	SI'
6	CAMPANILE	Arturo	Avellino	DS01	20780/1	SI'
7	CAPODANNO	Aldo	Avellino	DS05	20849/6	SI'
8	CARBONE	Luigi	Avellino	DS04	72115/8	SI'
9	CARPENITO	Fiore	Avellino	DS04	20558/7	SI'
10	CIASULLO	Michele	Avellino	DS01	20028/4	SI'
11	CIONE	Antonio	Avellino	DS03	20691	SI'
12	CITRO	Rosario	Avellino	DS05	72041AV	SI'
13	CLEMENTE	Antonio	Avellino	DS05	20741/4	SI'
14	CORBO	Gennaro	Avellino	DS04	72050/8	SI'
15	CRISTIANO	Patrizia	Avellino	DS04	20372AV	SI'
16	DALIA	Luciano Eligio	Avellino	DS06	20562AV	NO
17	DE CARO	Giovanni Michele	Avellino	DS05	20661/1	SI'
18	de ROGATIS	Angelo	Avellino	DS03	20212/2	SI'
19	DE STEFANO	Gerardo	Avellino	DS05	72098	SI'
20	FAMIGLIETTI	Emilio	Avellino	DS03	72025/7	SI'
21	FUSCO	Vincenza	Avellino	DS06	72079AV	SI'
22	GENUA	Saverio	Avellino	DS02	20705/9	SI'
23	GUERRIERO	Federico	Avellino	DS04	20860/0	SI'
24	IUNI	Vito	Avellino	DS03	20158/4	SI'
25	LANDI	Vincenzo	Avellino	DS04	20514	SI'
26	LANNI	Anna Maria	Avellino	DS04	20828/0	SI'
27	MAIOLI	Giovanni	Avellino	DS05	20743	SI'
28	MARINO	Mario	Avellino	DS05	20895/2	NO
29	MARRA	Edmondo	Avellino	DS05	20321/6	SI'
30	MATARAZZO	Carmine	Avellino	DS04	20542/av	SI'
31	MEMMOLO	Aldo	Avellino	DS02	20066/AV	SI'
32	MORELLI	Mario	Avellino	DS02	72016/6	SI'
33	NITTOLI	Mario	Avellino	DS03	20689/1	SI'
34	ORECCHIO	Gianfranco	Avellino	DS04	72093/0	SI'
35	PACIFICO	Augusta	Avellino	DS04	72094/1	SI'
36	PICONE	Odris Maria	Avellino	DS04	20878/1	SI'
37	PIZZILLO	Carlo	Avellino	DS01	10808/6	SI'
38	PREZIOSI	Carmine	Avellino	DS05	20944	NO
39	RAGANO	Carmine	Avellino	DS05	20293	SI'
40	RIZZOLO	Giovanni	Avellino	DS03	20796/0	SI'
41	ROBERTO	Michele	Avellino	DS05	20300/0	SI'
42	ROSSI	Angelo	Avellino	DS03	72152/3	SI'
43	SABATINO	Eustachio	Avellino	DS05	20771/0	SI'
44	SELLITTO	Francesco	Avellino	DS05	72159/1	SI'
45	SEVERINO	Massimo	Avellino	DS04	20830	SI'
46	VELARDI	Maria	Avellino	DS05	20739/0	SI'
47	VITALE	Nicola Gennaro Pasquale	Avellino	DS02	20718/5	NO
48	ABBATE	Luigi	Benevento	DS07	073272/5	SI'
49	CALICCHIO	Claudio	Benevento	DS07	30504/7	SI'
50	CAPONE	Angelina	Benevento	DS09	30174/9	SI'
51	CASALE	Caterina	Benevento	DS08	30688/2	NO
52	CATALANO	Antonio	Benevento	DS07	30582/2	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
53	COLUCCIELLO	Gerardo	Benevento	DS08	30408/8	SI'
54	DE BLASIO	Domenico	Benevento	DS10	30584/5	SI'
55	DE MATTEIS	Giuseppe Maria	Benevento	DS07	73162/0	SI'
56	DE NIGRIS	Francesco	Benevento	DS08	30492/1	SI'
57	DI MEZZA	Giuseppe	Benevento	DS10	30589/0	SI'
58	DI SANTO	Alessandro	Benevento	DS10	73215/6	SI'
59	GIANGREGORIO	Maria Antonietta	Benevento	DS08	73230/4	NO
60	GRIMALDI	Pasquale	Benevento	DS07	30073/5	SI'
61	IANNOTTI	Claudio	Benevento	DS07	30648/13	SI'
62	LAUDANNA	Enrico	Benevento	DS09	30643/8	SI'
63	LAVORGNA	Filomeno	Benevento	DS10	30485/2	SI'
64	LUCIANI	Vincenzo	Benevento	DS07	30088/2	SI'
65	MARCARELLI	Alfonso	Benevento	DS07	73250/9	SI'
66	MARTINI	Domenico Antonio	Benevento	DS11	30397/3	SI'
67	MONTEFUSCO	Alfredo	Benevento	DS10	30258/2	SI'
68	PANA'	Angelo	Benevento	DS10	30695/1	NO
69	PAONE	Raffaele	Benevento	DS11	30559/3	SI'
70	PASTORE	Antonio	Benevento	DS09	30489/7	SI'
71	PETRETTI	Mario Rosario	Benevento	DS07	30128/3	SI'
72	PETROCCIA	Mariolina	Benevento	DS08	30625/6	SI'
73	RICCI	Fiorina Flora Gerarda	Benevento	DS07	73259/9	SI'
74	SIMONE	Crescenzo	Benevento	DS10	30245/7	SI'
75	SMERIGLIO	Abele	Benevento	DS10	30314/3	SI'
76	BERNARDO	Giuseppe	Caserta	DS13	41462/5	NO
77	BUONO	Nicola	Caserta	DS15	41482/9	SI'
78	BURRELLI	Giancarlo	Caserta	DS23	74252/5	SI'
79	CADUTO	Rosa Maria Vincenzina	Caserta	DS17	40948/9	SI'
80	CAMPANILE	Anna	Caserta	DS12	74078/0	SI'
81	CAMPANILE	Giacomo	Caserta	DS18	74274/1	SI'
82	CAPASSO	Alfonso	Caserta	DS20	41563/9	SI'
83	CARUSONE	Mario	Caserta	DS22	742935	SI'
84	CATERINO	Raffaele	Caserta	DS18	40887/3	SI'
85	CAVALLOTTI	Carlo	Caserta	DS17	40960/4	SI'
86	CHIERCHIA	Biagina	Caserta	DS18	41359/7	SI'
87	CIOFFI	Angelo	Caserta	DS13	40623/9	SI'
88	CONSOLI	Angelo	Caserta	DS14	40013/7	SI'
89	CORBISIERO	Carmine	Caserta	DS14	40022/8	SI'
90	CORVINO	Pasquale	Caserta	DS12	74063/2	SI'
91	COSTARELLA	Attilio	Caserta	DS15	41526/3	SI'
92	CRISPINO	Luigi	Caserta	DS17	40966	NO
93	CUCCARI	Achille	Caserta	DS22	41368	SI'
94	D'ALESSANDRO	Pasquale	Caserta	DS19	41092/8	NO
95	D'ANDREA	Roberto	Caserta	DS12	41254/8	SI'
96	D'ARGENZIO	Rosa	Caserta	DS12	74049/4	SI'
97	DE CESARE	Giovanni	Caserta	DS12	40372/9	SI'
98	DE LUCIA	Aida	Caserta	DS13	74080/3	NO
99	de SIRE	Giustino	Caserta	DS12	74070/1	SI'
100	DEL PRETE	Rosa	Caserta	DS18	07202/9	NO
101	DELL'AQUILA	Anna Maria	Caserta	DS12	074064/3	SI'
102	DELL'AVERSANA	Giuseppe	Caserta	DS18	41102CE	SI'
103	DI GRAZIA	Donato	Caserta	DS17	40982/1	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
104	DI SORBO	Stefano	Caserta	DS15	40548/6	SI'
105	DIANA	Salvatore	Caserta	DS21	41605/1	SI'
106	FABOZZI	Roberto	Caserta	DS17	40989/9	SI'
107	FABOZZI	Vincenzo	Caserta	DS20	74238/8	SI'
108	FERRAIUOLO	Pietropaolo	Caserta	DS20	40840/7	SI'
109	FRANZESE	Luigi	Caserta	DS18	41549/1	SI'
110	GAGLIARDI	Emilio	Caserta	DS20	74204/7	SI'
111	GIGLIOFIORITO	Arturo	Caserta	DS12	40408	SI'
112	GRECO	Agostino	Caserta	DS12	74266/2	SI'
113	IANNICELLI	Federico	Caserta	DS18	41002/8	SI'
114	IMPROTA	Bruno Vincenzo	Caserta	DS12	40424/4	SI'
115	IOVINE	Federico	Caserta	DS23	74287/8	SI'
116	IULIANO	Antonio	Caserta	DS15	74264/0	SI'
117	IULIANO	Maurizio	Caserta	DS15	74264/0	SI'
117	LA VEDOVA	Michele	Caserta	DS15	40145/3	SI'
118	LANZARA	Filomena	Caserta	DS18	41119	SI'
119	LETIZIA	Maria	Caserta	DS13	41319/6	SI'
120	LETTERA	Giuseppe	Caserta	DS18	41475/0	NO
121	LO GRECO	Pietro	Caserta	DS14	74070/8	SI'
122	MAISTO	Pietro	Caserta	DS19	40922/8	NO
123	MARROCCO	Antonio	Caserta	DS14	40065	SI'
124	MARROCCO	Angelo	Caserta	DS14	40065	SI'
124	MASSI	Roberto	Caserta	DS16	41519/5	SI'
125	MATERAZZO	Carmela	Caserta	DS13	40564/6	NO
126	MEROLA	Carmela	Caserta	DS22	41365/5	SI'
127	MINGIONE	Antonio	Caserta	DS22	41365/5	SI'
127	MINGIONE	Francesco	Caserta	DS12	74076/8	SI'
128	MIRAGLIA	Giovanni	Caserta	DS23	40200/CE	NO
129	MISSO	Michele	Caserta	DS19	74190-9	SI'
130	MORRA	Michele	Caserta	DS12	40462/0	SI'
131	MORRA	Vittoria	Caserta	DS12	40462/0	SI'
131	NATALE	Renato Franco	Caserta	DS20	40850	NO
132	NUBI	Carlo	Caserta	DS17	41452/2	SI'
133	NUGNES	Mario	Caserta	DS19	415822	SI'
134	OLIVA	Vincenzo	Caserta	DS18	74261/7	SI'
135	ORLANDO	Vincenzo	Caserta	DS18	74261/7	SI'
135	ORLANDO	Valerio	Caserta	DS12	74250/3	SI'
136	PAOLO	Mario	Caserta	DS23	41315/4	SI'
137	PAPA	Mario	Caserta	DS23	41315/4	SI'
137	PAPA	Domenico	Caserta	DS23	74290/2	SI'
138	PASCARELLA	Domenico	Caserta	DS23	74290/2	SI'
138	PASCARELLA	Giuseppe	Caserta	DS13	40657/CE	SI'
139	PERONE	Giuseppe	Caserta	DS12	74047/2	SI'
140	PERROTTA	Vincenzo	Caserta	DS12	74047/2	SI'
140	PERROTTA	Mariacarmela	Caserta	DS22	74002/8	SI'
141	PERROTTA	Pasquale	Caserta	DS18	41124	SI'
142	PETRAZZUOLI	Pasquale	Caserta	DS18	41124	SI'
142	PETRAZZUOLI	Ferdinando	Caserta	DS15	74214/9	SI'
143	POMMELLA	Luigi	Caserta	DS17	41040/5	SI'
144	POZZUOLI	Luigi	Caserta	DS17	41040/5	SI'
144	POZZUOLI	Raffaella	Caserta	DS22	41484/1	SI'
145	PULCINI	Raffaella	Caserta	DS22	41484/1	SI'
145	PULCINI	Donato	Caserta	DS14	07263/3	SI'
146	PULCINO	Donato	Caserta	DS14	07263/3	SI'
146	PULCINO	Lupo Giacomo	Caserta	DS12	074303/9	SI'
147	ROMANO	Lupo Giacomo	Caserta	DS12	074303/9	SI'
147	ROMANO	Franco	Caserta	DS21	41464/7	SI'
148	ROSCILLI	Franco	Caserta	DS22	40020/6	SI'
149	SAURO	Franco	Caserta	DS22	40020/6	SI'
149	SAURO	Alfonso	Caserta	DS12	41566/2	SI'
150	SAVIGNANO	Alfonso	Caserta	DS12	41566/2	SI'
150	SAVIGNANO	Lucia Carla	Caserta	DS12	41377/9	SI'
151	SCALZITTI	Lucia Carla	Caserta	DS15	40529/2	SI'
151	SCALZITTI	Fausto	Caserta	DS15	40529/2	SI'
152	SCIALLA	Fausto	Caserta	DS15	40529/2	SI'
152	SCIALLA	Francesco Paolo	Caserta	DS16	74281/1	NO
153	SIBILLO	Francesco Paolo	Caserta	DS16	74281/1	NO
153	SIBILLO	Antonio	Caserta	DS12	41430/6	SI'
154	SIMONETTI	Antonio	Caserta	DS12	41430/6	SI'
154	SIMONETTI	Bartolomeo	Caserta	DS15	40135/7	SI'
155	STRANGES	Bartolomeo	Caserta	DS15	40135/7	SI'
155	STRANGES	Mario	Caserta	DS12	41211/6	SI'
155	STRANGES	Pasqualino	Caserta	DS12	41211/6	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
156	TAMBURRINO	Angelo Raffaele	Caserta	DS19	41114/6	SI'
157	TAMMARO	Crescenzo	Caserta	DS18	41421/5	SI'
158	TANCREDI	Giovanni	Caserta	DS20	40908/0	SI'
159	TONDO	Giuseppe	Caserta	DS19	41156/7	SI'
160	TREGLIA	Assunta	Caserta	DS23	41397/3	SI'
161	ULLUCCI	Giovanni	Caserta	DS23	40166/5	SI'
162	ZACCARIA	Francesco	Caserta	DS13	40637/6	SI'
163	AIELLO	Nadia	Napoli 1 Centro	DS29	70855/1	NO
164	ALOIA	Antonio	Napoli 1 Centro	DS26	70723/9	SI'
165	AMBROSANIO	Rosa	Napoli 1 Centro	DS27	00083/0	SI'
166	ANNUNZIATA	Saverio	Napoli 1 Centro	DS24	07268/9	SI'
167	ARCARI	Francesco	Napoli 1 Centro	DS34	4915/5	SI'
168	ASSENTATO	Maria Grazia	Napoli 1 Centro	DS33	07536/0	SI'
169	BELLUCCI	Luisa	Napoli 1 Centro	DS24	00254/2	SI'
170	BENEDETTO	Enrico	Napoli 1 Centro	DS32	00257/5	SI'
171	BENEDUCE	Luigi	Napoli 1 Centro	DS33	07442/6	NO
172	BERNARDI	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS25	06459/0	SI'
173	BEVILACQUA	Bruno	Napoli 1 Centro	DS33	07158/3	SI'
174	BONCOMPAGNI	Salvatore	Napoli 1 Centro	DS25	70038/3	SI'
175	CAIFFA	Gennaro	Napoli 1 Centro	DS26	71044/6	SI'
176	CAMPOBASSO	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS27	70751/5	NO
177	CAPECE	Salvatore	Napoli 1 Centro	DS31	07250/8	SI'
178	CARCASOLE	Lorenzo	Napoli 1 Centro	DS33	07541/1	SI'
179	CARLINO	Saverio	Napoli 1 Centro	DS25	00516/5	SI'
180	CASTALDO	Angelo	Napoli 1 Centro	DS28	00557/5	SI'
181	CERRACCHIO	Alessandro	Napoli 1 Centro	DS25	00600/9	SI'
182	CIOTOLA	Giovanni	Napoli 1 Centro	DS25	70034/9	SI'
183	CIOTTA	Angelo	Napoli 1 Centro	DS29	00659/0	SI'
184	COSTANTINO	Angelo	Napoli 1 Centro	DS27	07253/1	SI'
185	CRISPANO	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS32	70214/1	SI'
186	D'ANNA	Vincenzo	Napoli 1 Centro	DS32	00963/6	SI'
187	DE FALCO	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS33	70227/7	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
188	DE LEO	Eliseo	Napoli 1 Centro	DS32	07368/2	NO
189	DE MARIA	Eugenio	Napoli 1 Centro	DS24	00836/9	SI'
190	DELLA CALCE	Mario	Napoli 1 Centro	DS33	07475/4	SI'
191	FALCO	Raffaele	Napoli 1 Centro	DS33	6608/5	SI'
192	FARESE	Almerico Gino	Napoli 1 Centro	DS33	01244/4	SI'
193	FELICELLI	Gianni	Napoli 1 Centro	DS27	70871-1	SI'
194	FICCO	Corrado	Napoli 1 Centro	DS26	01299/0	SI'
195	GATTOLA	Giuseppina	Napoli 1 Centro	DS31	71036/6	NO
196	GIORDANO	Cinzia	Napoli 1 Centro	DS33	07537/1	NO
197	GIORDANO	Maria Rosaria	Napoli 1 Centro	DS33	07164/1	SI'
198	GIRARDI	Vincenzo	Napoli 1 Centro	DS27	70725/1	SI'
199	GRIMALDI	Alfredo	Napoli 1 Centro	DS24	01528/5	SI'
200	GRIMALDI	Giancarlo	Napoli 1 Centro	DS33	07686/4	SI'
201	GUILLARO	Bruno	Napoli 1 Centro	DS26	01559/1	SI'
202	IASELLI	Carlo	Napoli 1 Centro	DS27	70141/1	SI'
203	INDICE	Elisabetta	Napoli 1 Centro	DS27	70163/8	SI'
204	IZZO	Raffaella	Napoli 1 Centro	DS25	07298/6	NO
205	KNOWLES	Fausto	Napoli 1 Centro	DS32	07272/5	SI'
206	LA TORRE	Angelo	Napoli 1 Centro	DS25	01699/3	SI'
207	LANNA	Enrico	Napoli 1 Centro	DS33	71053/7	SI'
208	LARINGE	Matteo	Napoli 1 Centro	DS25	70045/2	SI'
209	LIGUORI	Mario	Napoli 1 Centro	DS27	71100/6	SI'
210	LONGO	Domenico	Napoli 1 Centro	DS34	5030/8	SI'
211	LORELLO	Marcello	Napoli 1 Centro	DS33	71003/6	SI'
212	LOSACCO	Eligio Renato	Napoli 1 Centro	DS 25	01793/0	SI'
213	MARCHETTI	Vezio	Napoli 1 Centro	DS34	6178-3	NO
214	MAROTTA	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS29	6469/2	SI'
215	MAROTTA	Salvatore	Napoli 1 Centro	DS25	01946/9	SI'
216	MASALA	Giannando	Napoli 1 Centro	DS27	19652	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
217	MAZZA	Federico	Napoli 1 Centro	DS29	07317/0	SI'
218	MINIELLO	Francesco Carmine	Napoli 1 Centro	DS32	07274-7	SI'
219	MOLEA	Carla	Napoli 1 Centro	DS24	02094/3	SI'
220	MONTEFUSCO	Silvana	Napoli 1 Centro	DS27	02114/8	SI'
221	MUNDO	Francesco	Napoli 1 Centro	DS26	07381/9	NO
222	NAPOLI	Luigi	Napoli 1 Centro	DS25	0274/1	SI'
223	NICOIS	Raffaele	Napoli 1 Centro	DS28	02210/7	SI'
224	PACILIO	Carlo	Napoli 1 Centro	DS33	7280/5	SI'
225	PAGANO	Gaetano	Napoli 1 Centro	DS33	70135	SI'
226	PAPULINO	Francesco	Napoli 1 Centro	DS25	71067/3	SI'
227	PECORARO	Matteo Roberto	Napoli 1 Centro	DS28	02524/6	SI'
228	PICA	Claudio	Napoli 1 Centro	DS34	5074-1	SI'
229	PICCINOCCHI	Gaetano	Napoli 1 Centro	DS26	02010/0	SI'
230	POLISTINA	Claudio	Napoli 1 Centro	DS24	70230/1	SI'
231	PORCARO	Salvatore	Napoli 1 Centro	DS30	70158/2	SI'
232	RUSSO	Maria	Napoli 1 Centro	DS29	07502/9	SI'
233	RUSSO	Mario	Napoli 1 Centro	DS32	02654/4	NO
234	SALTALAMACCHIA	Policarpo	Napoli 1 Centro	DS32	02805/0	SI'
235	SANSONE	Fulvia	Napoli 1 Centro	DS29	70863-1	SI'
236	SANTORO	Michele	Napoli 1 Centro	DS33	07257/6	SI'
237	SARDU	Antonio	Napoli 1 Centro	DS28	02853/9	SI'
238	SAVARESE	Aniello	Napoli 1 Centro	DS33	70765-0	SI'
239	SCEBBA	Sergio	Napoli 1 Centro	DS31	70185/1	SI'
240	SCOGNAMIGLIO	Antonietta	Napoli 1 Centro	DS32	02931-6	SI'
241	SCOTTI	Fabio Carlo	Napoli 1 Centro	DS34	70891/5	SI'
242	SICA	Gennaro	Napoli 1 Centro	DS27	70991/9	SI'
243	SOVERINA	Patrizio	Napoli 1 Centro	DS25	07398-9	SI'
244	SPARANO	Luigi	Napoli 1 Centro	DS33	07544/0	SI'
245	SPINUSO	Antonio	Napoli 1 Centro	DS29	7121/1	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
246	STABILE	Luigi	Napoli 1 Centro	DS27	03071/9	SI'
247	TESTA	Alberto	Napoli 1 Centro	DS29	03121/2	SI'
248	TOMMASIELLI	Giuseppina	Napoli 1 Centro	DS26	07252-0	NO
249	TORRE	Salvatore	Napoli 1 Centro	DS31	03150/7	SI'
250	TORTORA	Giuseppe	Napoli 1 Centro	DS33	03153/0	SI'
251	TOZZOLI	Alfonso	Napoli 1 Centro	DS25	70035/0	SI'
252	TULINO	Carmine	Napoli 1 Centro	DS33	07398/8	SI'
253	UCCELLO	Vincenzo	Napoli 1 Centro	DS29	70140/0	NO
254	VIOLA	Dario	Napoli 1 Centro	DS25	70039/5	SI'
255	VISCUSI	Bruno	Napoli 1 Centro	DS25	03301/4	SI'
256	VOLPE	Augusto	Napoli 1 Centro	DS26	3316/1	SI'
257	ADINOLFI	Domenico	Napoli 2 nord	DS35	05133/5	SI'
258	ARENA	Margherita	Napoli 2 nord	DS37	4204/8	SI'
259	BIANCO	Andrea	Napoli 2 nord	DS46	3421/1	SI'
260	BOEMIO	Luigi	Napoli 2 nord	DS44	70300/8	NO
261	BOVE	Filippo	Napoli 2 nord	DS35	70882/4	SI'
262	CARFORA	Vincenzo	Napoli 2 nord	DS43	70331-6	SI'
263	CARPENTIERI	Rodolfo	Napoli 2 nord	DS40	04506/0	SI'
264	CASO	Giovanni	Napoli 2 nord	DS45	71137/0	SI'
265	CASOLARO	Laura	Napoli 2 nord	DS 43	70316/7	SI'
266	CIARNELLI	Bruno	Napoli 2 nord	DS41	70268/7	SI'
267	CICCARELLI	Mario	Napoli 2 nord	DS40	07422/0	SI'
268	DE LUCIA	Luigi	Napoli 2 nord	DS45	06606/2	SI'
269	DEL PRETE	Luigi	Napoli 2 nord	DS41	70275/6	NO
270	DELLE DONNE	Pietro	Napoli 2 nord	DS38	06899/2	SI'
271	DI GIROLAMO	Pietro	Napoli 2 nord	DS37	71049/1	SI'
272	DI MARIA	Giovanni	Napoli 2 nord	DS39	03730/2	SI'
273	DI MASO	Angelo	Napoli 2 nord	DS42	06717-9	NO
274	DI MASO	Antonio	Napoli 2 nord	DS44	03516/8	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
275	DI PASQUALE	Pasquale	Napoli 2 nord	DS41	6396/2	SI'
276	DI TOTA	Gennaro	Napoli 2 nord	DS37	71133/6	NO
277	FALCO	Pietro Paolo	Napoli 2 nord	DS39	07459/4	NO
278	FATIGATI	Domenico	Napoli 2 nord	DS44	03519/1	SI'
279	FRANZESE	Domenico	Napoli 2 nord	DS41	71089/0	SI'
280	FRANZESE	Pasquale	Napoli 2 nord	DS41	414211	SI'
281	FUSCO	Antonio	Napoli 2 nord	DS40	07050-8	NO
282	GIUGLIANO	Roberto	Napoli 2 nord	DS35	7090	SI'
283	MALLARDO	Raffaele	Napoli 2 nord	DS37	70643-0	NO
284	MAZZARELLA	Luigi	Napoli 2 nord	DS41	4153/5	SI'
285	MAZZEO	Salvatore	Napoli 2 nord	DS41	05612/6	SI'
286	MOSCA	Antonio	Napoli 2 nord	DS44	06414/6	NO
287	MOSCA	Luigi	Napoli 2 nord	DS44	3539/6	SI'
288	PALOMBA	Antonio	Napoli 2 nord	DS44	70796/8	SI'
289	PAPA	Antonio	Napoli 2 nord	DS38	07045/5	SI'
290	PARASCANDOLA	Tullio	Napoli 2 nord	DS35	07087/6	SI'
291	PESAPANE	Emilio	Napoli 2 nord	DS47	07237/1	NO
292	PEZZELLA	Pasquale	Napoli 2 nord	DS41	71024/1	SI'
293	PEZZULLO	Vincenzo	Napoli 2 nord	DS41	4168/2	SI'
294	PIRO	Umberto	Napoli 2 nord	DS37	04258/4	SI'
295	RINALDI	Berardina	Napoli 2 nord	DS42	06712/3	SI'
296	RUSSO	Vincenzo	Napoli 2 nord	DS35	7208/6	NO
297	SCAMARDELLA	Anna Maria	Napoli 2 nord	DS35	06626/7	SI'
298	SCHIANO DI COLA	Agostino	Napoli 2 nord	DS35	07508/6	SI'
299	SCILLA	Alfonso	Napoli 2 nord	DS35	07107/1	SI'
300	SCIMIA	Giuseppe	Napoli 2 nord	DS39	07066/0	NO
301	SCOTTO DI MINICO	Tommaso	Napoli 2 nord	DS35	07209/7	SI'
302	SELVA	Stefano	Napoli 2 nord	DS40	04520/8	SI'
303	SICIGNANO	Alessandro	Napoli 2 nord	DS46	06896/9	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
304	SMALDONE	Massimo	Napoli 2 nord	DS35	71165/4	SI'
305	SPAGNOLO	Roberto	Napoli 2 nord	DS37	07010/3	NO
306	VARRIALE	Antonio	Napoli 2 nord	DS37	07370/6	SI'
307	VERRAZZO	Vincenzo	Napoli 2 nord	DS40	04579/9	SI'
308	VITALE	Orazio	Napoli 2 nord	DS41	4183/1	SI'
309	ABAGNALE	Gennaro	Napoli 3 Sud	DS59	07533/7	SI'
310	ALFIERI	Pasquale	Napoli 3 Sud	DS49	00057-8	NO
311	APICELLA	Angela	Napoli 3 Sud	DS58	07363/7	SI'
312	ARENA	Giuseppe	Napoli 3 Sud	DS49	04586-9	SI'
313	BARRACCHINI	Paolo	Napoli 3 Sud	DS52	03665/1	SI'
314	BOCCHINO	Caterina	Napoli 3 Sud	DS48	07027/2	SI'
315	BOCCIA	Pasquale	Napoli 3 Sud	DS52	04671/3	SI'
316	BRIGNOLA	Giovanni	Napoli 3 Sud	DS51	71123/3	SI'
317	BUONOCORE	Maria Rosaria	Napoli 3 Sud	DS50	00379-5	SI'
318	CACCAVALE	Giuseppe	Napoli 3 Sud	DS56	05777/8	SI'
319	CALAMARO	Corrado	Napoli 3 Sud	DS57	70476/3	SI'
320	CEPPARULO	Emilio	Napoli 3 Sud	DS52	74378	SI'
321	CONTIERO	Luigi	Napoli 3 Sud	DS58	04295/9	SI'
322	COZZOLINO	Bernardo	Napoli 3 Sud	DS55	70814/1	SI'
323	COZZOLINO	Ciro	Napoli 3 Sud	DS54	70458/1	SI'
324	D'AMORA	Umberto	Napoli 3 Sud	DS59	07152/7	SI'
325	D'APICE	Giuseppe	Napoli 3 Sud	DS53	03946/8	SI'
326	D'ARCO	Raffaele	Napoli 3 Sud	DS53	03947/9	SI'
327	DE ANGELIS	Sergio	Napoli 3 Sud	DS54	70953-2	SI'
328	DE BLASIO	Raffaele	Napoli 3 Sud	DS48	04463-7	SI'
329	DE LIGUORO	Francesco Paolo	Napoli 3 Sud	DS55	07348/8	SI'
330	DE SANTIS	Gennaro	Napoli 3 Sud	DS58	06721/5	SI'
331	DELLA MONICA	Angelantonio	Napoli 3 Sud	DS58	71074/2	SI'
332	DI MARTINO	Pasquale	Napoli 3 Sud	DS53	70961/2	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
333	ESPOSITO	Antonio	Napoli 3 Sud	DS56	07362/6	NO
334	ESPOSITO SOMMESE	Vincenzo	Napoli 3 Sud	DS48	70302/3	SI'
335	FEDELE	Enrico	Napoli 3 Sud	DS49	70368/0	SI'
336	FORMISANO	Dante	Napoli 3 Sud	DS53	70719/3	SI'
337	FRESA	Umberto	Napoli 3 Sud	DS53	70570/0	SI'
338	GALLI	Vittorio	Napoli 3 Sud	DS57	05950-2	SI'
339	GENTILUOMO	Francesco	Napoli 3 Sud	DS55	5310/4	SI'
340	GIORDANO	Leonardo	Napoli 3 Sud	DS53	70554/0	SI'
341	GIUGLIANO	Pasquale	Napoli 3 Sud	DS52	70504-9	SI'
342	GIULIANO	Salvatore	Napoli 3 Sud	DS48	05797/9	SI'
343	GUARINO	Angiolina	Napoli 3 Sud	DS48	04472/8	SI'
344	IACCARINO	Girolamo	Napoli 3 Sud	DS59	07041/0	SI'
345	IADICICCO	Daniele Arcangelo	Napoli 3 Sud	DS53	03987/8	SI'
346	IMPROTA	Luciano	Napoli 3 Sud	DS56	07555/3	SI'
347	LIPPIELLO	Antonietta	Napoli 3 Sud	DS49	70810-7	SI'
348	MAGLIO	Luigi	Napoli 3 Sud	DS48	04478/5	SI'
349	MERCURIO	Agostino	Napoli 3 Sud	DS58	07175/5	SI'
350	MOLLICA	Nicola	Napoli 3 Sud	DS59	70838/0	NO
351	MONDA	Giuseppina	Napoli 3 Sud	DS48	06987/1	SI'
352	NOTARO	Domenico	Napoli 3 Sud	DS49	7114/0	SI'
353	PADUANO	Rosalba Rita	Napoli 3 Sud	DS58	70774/1	SI'
354	RAGONE	Pasquale	Napoli 3 Sud	DS53	04011/0	SI'
355	RAIA	Francesco	Napoli 3 Sud	DS48	04485/3	SI'
356	RANIERI	Antonio	Napoli 3 Sud	DS52	70887/0	SI'
357	RINALDI LANDOLINA	Luigi	Napoli 3 Sud	DS59	70591/5	SI'
358	SCHIAVO	Vincenzo	Napoli 3 Sud	DS57	70490/1	SI'
359	SCOLA	Vincenzo	Napoli 3 Sud	DS58	71160/9	SI'
360	SICIGNANO	Antonio	Napoli 3 Sud	DS53	70553/9	SI'
361	SOMMA	Stefano	Napoli 3 Sud	DS58	06726-0	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
362	TARANTINO	Silvana	Napoli 3 Sud	DS 49	04657/6	NO
363	TERRACCIANO	Antonio	Napoli 3 Sud	DS55	05355/8	SI'
364	TORRI	Ugo	Napoli 3 Sud	DS57	70472/9	SI'
365	TRERE'	Caterina	Napoli 3 Sud	DS53	04030/4	SI'
366	VIBRATI	Oreste	Napoli 3 Sud	DS48	71168/8	SI'
367	VITALE	Sabatino	Napoli 3 Sud	DS49	7016-9	SI'
368	ZENO	Giuseppe	Napoli 3 Sud	DS55	07159/5	SI'
369	ALBANO	Ferdinando	Salerno	DS67	50024-6	SI'
370	BARBARISI	Marcello	Salerno	DS66	50134/1	SI'
371	BELLINO	Antonio	Salerno	DS66	50165/9	SI'
372	BENEVENTO	Francesco	Salerno	DS 60	050170/6	SI'
373	BOTTIGLIERI	Gennaro	Salerno	DS65	52607/3	SI'
374	BREGLIA	Maria Rosaria Celestina	Salerno	DS72	52403/2	SI'
375	BRUNO	Giuseppe	Salerno	DS69	50217/4	SI'
376	BUONOCORE	Alberto	Salerno	DS62	75354/5	SI'
377	BUONOCORE	Mario	Salerno	DS62		SI'
378	CALABRESE	Domenico	Salerno	DS60	75060/3	SI'
379	CALIFANO	Mario	Salerno	DS60	50258/3	NO
380	CAPODANNO	Giovanni	Salerno	DS65	50287/SA	SI'
381	CAPUANO	Giovanni	Salerno	DS63	75022	SI'
382	CASCONE	Enrico	Salerno	DS62	75385	SI'
383	CATURANO	Giuseppe	Salerno	DS66	52114/6	SI'
384	CAVALIERE	Pasquale	Salerno	DS67	75011/3	SI'
385	CITRO	Amodio	Salerno	DS66	75151/5	SI'
386	CONTALDI	Pasquale	Salerno	DS61	521516/1	SI'
387	CRACAS	Giovanni Luigi	Salerno	DS66	50470/6	SI'
388	D'AMATO	Luigi	Salerno	DS69	50510/6	SI'
389	D'AMORA	Aniello	Salerno	DS62	50522/0	NO
390	D'ANGELO	Maria Rosaria	Salerno	DS66	75134/4	SI'
391	D'APUZZO	Giuseppe	Salerno	DS62	75071/7	SI'
392	DE PASCALE	Augusto	Salerno	DS66	75282/6	SI'
393	DE ROSA	Antonio	Salerno	DS69	50630/3	SI'
394	DE SANTIS	Mario	Salerno	DS66	75340/9	SI'
395	DE VIRGILIO	Raffaele	Salerno	DS62		SI'
396	DESTINO	Alfonso	Salerno	DS66	50694/1	SI'
397	DI CHIARA	Germano	Salerno	DS64	50701/1	SI'
398	DI DONATO	Mario	Salerno	DS64	50709/1	SI'
399	DI FEO	Antonio	Salerno	DS65	52120/4	SI'
400	DI FILIPPO	Gerardo	Salerno	DS66	75146/9	SI'
401	DI MAIO	Vito	Salerno	DS66	50728/3	SI'
402	EVANGELISTI	Lucio	Salerno	DS61	75321/5	SI'
403	FAIELLA	Eduardo	Salerno	DS61	50779/5	SI'
404	FERZOLA	Maria Teresa	Salerno	DS72	50827	SI'
405	FIERRO	Umberto	Salerno	DS70	75252/6	SI'
406	FISCHETTI	Antonio	Salerno	DS64	75216/5	SI'
407	FOGLIAME	Antonio	Salerno	DS61		SI'
408	FORTINO	Antonio	Salerno	DS60	75044/3	SI'
409	FORTUNATO	Angela	Salerno	DS66	75123-1	SI'

Elenco tutor Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

N.ro	Cognome	Nome	ASL	Distretto	Nro codice regionale	Già in possesso dell'attestato di frequenza del corso per tutor di MG
410	GALDERISI	Rosanna	Salerno	DS66	75147/0	NO
411	GARGANO	Maria	Salerno	DS61	52645	NO
412	GIFFONI	Silvia	Salerno	DS71	52477/2	SI'
413	GIUSTO	Elio	Salerno	DS61	52536/6	SI'
414	GRANATO	Anna	Salerno	DS60	52128/SA	SI'
415	GRECO	Enrico	Salerno	DS66	75163/0	SI'
416	GRIMALDI	Giovanni	Salerno	DS67	50991/8	NO
417	GRIMALDI	Marcello	Salerno	DS62	75065	SI'
418	INFANTE	Maria	Salerno	DS67	52711/2	SI'
419	LA MARCA	Giuseppe	Salerno	DS61	52133/9	SI'
420	LA PADULA	Giancarlo	Salerno	DS66	75162/9	SI'
421	LAMBERTI	Pasquale	Salerno	DS63	51052	SI'
422	LO MONTE	Enrico Vito	Salerno	DS71	75279/SA	NO
423	LONGO	Francesco	Salerno	DS69	52437/3	SI'
424	MAIORINO	Francesco	Salerno	DS67	4949	NO
425	MANCUSI	Costantino	Salerno	DS62	51160/8	SI'
426	MANZO	Matteo	Salerno	DS66	51173/3	SI'
427	MARTINO	Silvio	Salerno	DS65	75347/6	NO
428	MAURO	Francesco	Salerno	DS69	52621/1	SI'
429	MICHACI	Theano	Salerno	DS61	52077/9	SI'
430	NICASTRO	Corrado	Salerno	DS65	52060/9	SI'
431	PADOVANO	Luigi	Salerno	DS61	525958	SI'
432	PASSARO	Vincenzo	Salerno	DS70	75253/1	SI'
433	PASTORE	Maria Luisa	Salerno	DS66	52615/3	SI'
434	PECORARO	Lorenzo	Salerno	DS62	51458/4	SI'
435	PELLEGRINO	Luisa	Salerno	DS66	75139	SI'
436	PEPE	Giuseppe	Salerno	DS68	51472	SI'
437	PERSICO	Giuseppe	Salerno	DS61	52209/9	NO
438	PETROSINO	Maria	Salerno	DS60	52141	SI'
439	RAGNI	Guglielmo	Salerno	DS63	51591/9	SI'
440	RENNA	Alessandro	Salerno	DS66	52610/8	SI'
441	RISPOLI	Matteo	Salerno	DS66	75375/1	SI'
442	RIZZO	Maria	Salerno	DS70	51631/9	SI'
443	ROMANO	Gianpiero	Salerno	DS63	52457/8	NO
444	ROMEI	Gennaro	Salerno	DS66	75156/1	SI'
445	ROTUNNO	Bruna	Salerno	DS72	75373/9	SI'
446	SABATINO	Vincenzo	Salerno	DS68	52288/9	NO
447	SADA	Fernando	Salerno	DS64	52701	SI'
448	SANTONICOLA	Vincenzo	Salerno	DS61	52317/6	NO
449	SANTORO	Luigi	Salerno	DS66	51732/3	SI'
450	SAVARESE	Vincenzo	Salerno	DS62	52494/5	SI'
451	SCORZELLI	Mario Rosario	Salerno	DS69	52475/0	SI'
452	SELLITTO	Raffaele	Salerno	DS60	75007/8	SI'
453	SIRICO	Luigi	Salerno	DS64	52555/9	SI'
454	TARALLO	Nicola	Salerno	DS69	51875/9	SI'
455	TELESE	Salvatore	Salerno	DS66	52611/9	SI'
456	TORRE	Mario	Salerno	DS69	53241/2	NO
457	TORTORIELLO	Raffaele	Salerno	DS71	52487/4	SI'
458	VITIELLO	Giuseppe	Salerno	DS64	52014	SI'
459	VITOLO	Matteo	Salerno	DS60	75296/3	SI'
460	VIVIANI	Salvatore	Salerno	DS66	52023/4	SI'



Decreto Dirigenziale n. 24 del 19/03/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 3 Gestione ruolo personale Serv.San.Reg.le proc.concors. rapp. con le OO.SS.

Oggetto dell'Atto:

L.R. 1 DEL 30.01.2008. AMMISSIONE NON AMMISSIONE CANDIDATI. MODIFICA ELENCO A AL DECRETO DIRIGENZIALE N. 58 DEL 27.5.2009.

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

- a. che l'art. 81 della L.R. n. 1/08 e s.m.i. ha previsto la trasformazione delle posizioni di lavoro a tempo determinato, già ricoperte da personale precario dipendente degli enti del servizio sanitario regionale, in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- b. che con il DD n. 58 del 27.5.2009 è stato approvato l'elenco allegato "B" di non ammessi alla procedura di stabilizzazione di cui alla precedente legge regionale, relativamente al profilo collaboratore professionale sanitario – personale infermieristico - infermiere;

VISTO il ricorso presentato dalla Sig.ra De Fazio Filomena avverso l'esclusione dalla citata procedura;

VISTA l'ordinanza emessa dal Tribunale di Napoli – Giudice del Lavoro del 14.12.2011 con la quale è stata disposta l'ammissione della citata ricorrente;

RITENUTO di dover dare esecuzione all'ordinanza

emessa dal Tribunale di Napoli – Giudice del Lavoro in data 14.12.2011 per l'effetto, di dover procedere alla modifica degli elenchi allegati al DD n. 58 del 27.5.2009 eliminando il nominativo della ricorrente dall'elenco allegato "B" dei candidati non ammessi e conseguentemente iscrivere la ricorrente nell'elenco allegato "A" ammessi procedendo all'approvazione e pubblicazione dello stesso;

VISTI:

- a. la delibera di Giunta Regionale n. 3466 del 3.6.2000 di attribuzione di funzioni ai dirigenti della Giunta Regionale;
- b. il decreto dirigenziale n. 1 del 28/2/2006 di delega del Coordinatore dell'Area 19 al Dirigente del Settore Gestione Ruolo Personale SSR;

DECRETA

per i motivi esposti in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

1. di modificare gli elenchi allegati al DD. n. 58 del 27.5.2009 eliminando il nominativo della Sig.ra De Fazio Filomena dall'elenco dei non ammessi - e conseguentemente iscrivere la ricorrente nell'elenco degli ammessi procedendo all'approvazione e pubblicazione dello stesso;
2. di ammettere la ricorrente alla procedura di cui all'art. 81 della L.R. 1/08;
3. di inviare copia del presente decreto al Settore Stampa, Documentazione ed Informazione, Bollettino Ufficiale Regione Campania, per la relativa pubblicazione;
4. di notificare il presente decreto all'interessata;
5. di notificare il presente decreto, per il seguito di competenza, alla Commissione per l'attuazione dell'art. 81 della L.R. 1/08.

Avv. Antonio Postiglione



Decreto Dirigenziale n. 03 del 09.03.2012

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria

Settore: 03 - Interventi a Favore di Fasce Sociosanitarie Particolarmente Deboli

Oggetto:

Albo Regionale EE. AA. art.28, L. 162/90 ed art. 116 DPR 309/90 - DGR n. 6245/93.

Sospensione iscrizione sede operativa dell'Associazione Cat missione Onlus, sita in via Oplonti 4, 80147 Napoli

IL DIRIGENTE

PREMESSO

- che ai sensi della L. 162/90 ed il DPR 309/90, art. 116, la Regione Campania ha istituito, con DGR n. 6245/93, l'Albo degli Enti Ausiliari che gestiscono, senza fine di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti in forma residenziale e semiresidenziale;
- che l'Accordo Stato Regione del 5 agosto 1999 delinea i requisiti necessari delle strutture per essere riconosciute come Enti Ausiliari per l'iscrizione al relativo Albo Regionale;
- che la DGR n. 7301 del 31.12.2001, nel modificare ed integrare la delibera di Giunta regionale n. 3958 del 07.08.2001 definisce i "Requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione";

CONSIDERATO

- che la Associazione CAT Missione Onlus, iscritta all'Albo degli Enti Ausiliari Campania e, pertanto, secondo la normativa vigente, Ente provvisoriamente accreditato per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti in forma residenziale e semiresidenziale con sede operativa Pedagogico - Riabilitativa Semiresidenziale sita in via Oplonti 4, 80147 Napoli;
- che la stessa Associazione è tenuta all'osservanza di quanto richiesto dal DPR 309/90 per la gestione dei programmi terapeutici a favore di soggetti tossicodipendenti sottoposti a provvedimento giudiziario
- che la Associazione de qua, come da segnalazione nota prot. N.SIUS 2011/16085 del Magistrato del Tribunale di Sorveglianza di Napoli, si è resa responsabile della violazione dell'art. 94, comma 6 ter, del DPR 309/1990;

RITENUTO

- necessario disporre ispezione straordinaria e non concordata presso la sede operativa della Associazione CAT Missione Onlus, Napoli, per la verifica della sussistenza dei requisiti necessari alla autorizzazione ed al funzionamento delle attività socio-sanitarie, dandone mandato, con nota prot. 0940986 del 12/12/2011, al Commissario Straordinario ASL NA1 Centro;

PRESO ATTO

- della relazione trasmessa dal Direttore del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL NA 1 Centro, acquisita da questo Settore al prot. n. 0174138 del 06/03/2012, inerente la Ispezione Straordinaria e senza preavviso effettuata in data 22/12/2011;
- che con la suddetta relazione è stata dichiarata l'insussistenza dei requisiti sia strutturali che funzionali ed organizzativi della Comunità pedagogico riabilitativa semiresidenziale della Associazione CAT Missione Onlus sita alla via Oplonti, 4 - Napoli;

VISTO

- l'art. 4, comma 6, della L. R. n.24 del 29.12.2005, che disciplina i poteri dei Dirigenti
- le DDGGRR n. 7301/01 e n. 3958/01;
- il Regolamento n. 1 del 22.06.2007 del Consiglio Regionale della Campania;
- la legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni sul procedimento amministrativo;
- la nota prot. n. 921241 del 02.12.2011 trasmessa alla Associazione CAT Missione Onlus di Avvio del procedimento amministrativo;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dal Dirigente del Settore medesimo

DECRETA

Per tutto quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato

- di sospendere l'iscrizione all'Albo degli Enti Ausiliari della Regione Campania la struttura operativa Comunità pedagogico riabilitativa semiresidenziale della Associazione CAT Missione Onlus sita alla via Oplonti, 4 - Napoli;
- che avverso a tale provvedimento, è possibile presentare ricorso entro 30 gg. dalla sua pubblicazione sul BURC;
- che trascorso tale termine si provvederà alla definitiva cancellazione della Associazione CAT Missione Onlus dall'Albo degli Enti Ausiliari della Regione Campania;
- di inviare il presente provvedimento alla ASL NA 1 Centro ed al Comune di Napoli per gli adempimenti consequenziali;
- di inviare, per opportuna conoscenza, il presente provvedimento all'AGC 19 Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le AASSLL, Settore Programmazione, alle AASSLL della Regione Campania ed all'Associazione CAT Missione Onlus;
- di pubblicare tale provvedimento sul BURC;
- di inviare il presente atto alla Segreteria di Giunta - Servizio 04 "Registrazione Atti Monocratici-Archiviazione Decreti Dirigenziali".

Il Dirigente del Settore
Dr.ssa Rosanna ROMANO



Decreto Dirigenziale n. 44 del 20/03/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 1 Prevenzione, Assist. Sanitaria - Igiene sanitaria

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELLA GRADUATORIA ANNO 2011 DEI MEDICI ASPIRANTI ALLA REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI AI SENSI DELL'ART. 4 COMMA 7 DELLA L. 412/91. CON ALLEGATO.

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

che la legge n. 412/91 art. 4 comma 7, nonché il D.L. n. 324/93 art. 1 comma 16 convertito nella L. 423/93 hanno stabilito che “ Il medico che, abbia esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente, entro un anno dall'entrata in vigore della legge (31 dicembre 1992), con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata, ove venga a cessare il rapporto di lavoro dipendente, è, a domanda, reinserito negli anzidetti elenchi;

che l'A.C.N. di Medicina Generale vigente all'art. 39 comma 8 consente, ai medici che hanno optato per il rapporto di lavoro dipendente ai sensi della succitata legge, la reiscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'Assistenza Primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'opzione), alle condizioni e nei limiti dell'organizzazione sanitaria;

VISTO:

che la Giunta della Regione Campania, con Delibera n. 670 dell'08/10/2010, pubblicata sul B.U.R.C. n. 70 del 25/10/2010, ha approvato la bozza di accordo stipulata tra l'Amministrazione regionale e i sindacati maggiormente rappresentativi dei medici di medicina generale, con la quale viene regolamentata la procedura di reiscrizione dei medici “optanti”;

RITENUTO:

di dover provvedere all'approvazione e pubblicazione della graduatoria anno 2011 sulla base delle domande pervenute entro il 31 gennaio 2011 e delle integrazioni presentate, nonché l'elenco degli esclusi per le motivazioni descritte accanto ad ogni nominativo (Allegato A), parte integrante del presente decreto;

il Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria e Prevenzione alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio Medicina di Base

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

di approvare e pubblicare la graduatoria anno 2011 dei medici che hanno presentato istanza di reiscrizione ai sensi dell'art.4 comma 7 della legge 412/1991 - art. 1 comma 16 d.l. 324/1993 convertito nella legge 423/93, nonché elenco degli esclusi per le motivazioni descritte accanto ad ogni nominativo (Allegato A), parte integrante del presente decreto;

di trasmettere il presente decreto con allegati al Settore Stampa Documentazione ed Informazioni per la pubblicazione sul B.U.R.C., nonché per l'inserimento dello stesso sul sito internet www.regione.campania.it;

- di dare idonea informativa circa la pubblicazione sul B.U.R.C. e sul sito internet della Regione Campania a tutte le AA.SS.LL., nonché agli Ordini Provinciali dei Medici della Campania

Il Dirigente del Settore

GRADUATORIA ANNO 2011 MEDICI OPTANTI AI SENSI DELLA L. 412/91 ART. 4 COMMA 7

POS.	PUNT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA	AMBITO
1	65,10	PAUDICE	CIRO	22-mar-1949	NAPOLI	NAPOLI
2	58,90	CASELLI	ANGELO	11-apr-1951	NAPOLI	NAPOLI
3	54,30	CHIACCIO	GIUSEPPE	2-mag-1950	GRUMO NEVANO	GRUMO NEVANO
4	53,70	CASTALDO	FRANCESCO	27-set-1948	BRUSCIANO	BRUSCIANO
5	53,10	D'AGOSTINO	AGOSTINO	11-lug-1949	GRUMO NEVANO	GRUMO NEVANO
6	50,90	MORMILE	DOMENICO	1-mag-1951	FRATTAMAGGIORE	GRUMO NEVANO
7	50,70	FERRARA	ALESSANDRO	10-feb-1951	NAPOLI	NAPOLI
8	47,70	COLACURCIO	LUIGI	12-apr-1950	S. STEFANO DEL SOLE	S. STEFANO DEL SOLE
9	46,70	GIOCONDO	ANTONIO	22-mag-1952	SANTA MARIA LA CARITA'	SANTA MARIA LA C.
10	46,50	MARTELLINI	NADIA	16-set-1953	ROCCAMONFINA	ROCCAMONFINA

ELENCO ESCLUSI ANNO 2011 MEDICI OPTANTI

1	ASCETTINO	MASSIMO	15-feb-1953	NAPOLI	Carenza assegnata nell'anno 2011
2	BRAIONE	DOMENICO	10-nov-1950	SALERNO	Carenza assegnata nell'anno 2011
3	CARBONE	VINCENZO	18-ago-1950	SALERNO	Carenza assegnata nell'anno 2011
4	DE CATALDIS	GIUSEPPE	6-feb-1950	SALERNO	Carenza assegnata nell'anno 2011
5	DOVINOLA	GIUSEPPE	25-ago-1951	SALERNO	Convenzione cessata nel 1987
6	IAPICCA	GIOVANNA	21-ott-1951	NAPOLI	carenza assegnata nell'anno 2011
7	LA GAMBINA	VITO	2-nov-1948	SANTA MARIA C.V.	carenza assegnata nell'anno 2011
8	LA ROCCA	LUIGI	4-gen-1950	NAPOLI	Carenza assegnata nell'anno 2011
9	MONTE	NOCOLA	14-ago-1951	SALERNO	Convenzione cessata nel 2002
10	RACIOPPI	NUNZIO	30-apr-1951	LAURENZANA	Convenzione cessata nel 1997
11	SANTORELLI	VINCENZO	6-ago-1951	NAPOLI	Convenzione cessata nel 1981
12	TAGLIA	CARMINE	10-mar-1947	RICIGLIANO	Carenza assegnata nell'anno 2011



Determina Dirigenziale n. 1 del 16/03/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 1 Prevenzione, Assist. Sanitaria - Igiene sanitaria

Oggetto dell'Atto:

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA N. 5 DEL 30.11.2012. RIPARTO FONDI.

IL DIRIGENTE

PREMESSO che:

- con deliberazione n. 858 dell'8 maggio 2009, la Giunta Regionale della Campania ha approvato, tra le altre, le seguenti linee di intervento per la realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'Accordo Stato – Regioni del 29 marzo 2007:
 - “Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative”
 - “Rete dell'assistenza ai malati terminali in età adulta e minori e assistenza domiciliare ai pazienti oncologici”
 - “Rete territoriale per la salute mentale”
- con Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro del Settore Sanitario n. 5 del 30/01/2012, pubblicato sul BURC n. 8 del 6 febbraio 2012, sono stati approvati i criteri di riparto tra le Aziende Sanitarie Locali dei fondi vincolati assegnati alla Regione Campania e finalizzati allo sviluppo della rete territoriale di assistenza a favore di soggetti fragili e non autosufficienti.

Ritenuto di ripartire i fondi da assegnare alle AASSLL in base alla popolazione ISTAT residente al 1° gennaio 2010, come da prospetti in allegato che formano parte integrante del presente provvedimento, tenuto conto dei criteri di cui al decreto commissariale suindicato.

VISTE:

- la L.R. n. 7/02
- la L.R. n. 2 del 27/01/2012 – Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2012 e bilancio pluriennale per il triennio 2012/2014
- la Delibera n. 24 del 14/02/2012 di approvazione del Bilancio Gestionale anno 2012
- il Decreto commissariale n. 5/2012

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento

DETERMINA

- di approvare il riparto dei fondi da assegnare alle AASSLL in base alla popolazione ISTAT residente al 1° gennaio 2010, come da prospetti in allegato che formano parte integrante del presente provvedimento, tenuto conto dei criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 5 del 30/01/2012;
- di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali e Commissari Straordinari delle AASSLL al fine della predisposizione dei piani operativi della durata non superiore ai dodici mesi, tenendo conto delle risorse assegnate per ciascuna linea progettuale;
- di stabilire che detti piani operativi, approvati con delibera del Direttore Generale/Commissario Straordinario, dovranno pervenire al Settore Fasce Deboli dell'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria entro e non oltre 30 giorni dalla data del presente provvedimento;

- di inviare al Settore Fasce Deboli, per quanto di competenza, ed alla Struttura Commissariale, per conoscenza.

Dr. Mario Vasco

LINEA PROGETTUALE 2: CURE PRIMARIE

RETE DELLE CURE DOMICILIARI AGLI ANZIANI FRAGILI E PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER E/O PATOLOGIE CRONICO - DEGENERATIVE

			Quota assegnata			
	colonna 1	colonna 2	colonna 3	colonna 4	colonna 5	colonna 6
ASL	Dati popolazione residente ISTAT 1 gennaio 2010	Dati popolazione residente > 65 ISTAT 1 gennaio 2010	50% attribuito in base a popolazione residente	50% attribuito in base a popolazione >65	totale col. 3 + 4	Vincolo del 50% per interventi a favore di anziani
Avellino	439.036	86.306	832.938	1.026.521	1.859.459	929.730
Benevento	288.283	59.975	546.930	713.341	1.260.271	630.136
Caserta	910.006	134.835	1.726.462	1.603.724	3.330.186	1.665.093
Napoli 1 Centro	1.031.445	183.385	1.956.856	2.181.177	4.138.033	2.069.016
Napoli 2 Nord	1.036.436	118.556	1.966.324	1.410.102	3.376.426	1.688.213
Napoli 3 Sud	1.011.804	147.365	1.919.593	1.752.756	3.672.349	1.836.174
Salerno	1.107.652	198.665	2.101.435	2.362.917	4.464.352	2.232.176
Totale	5.824.662	929.087	11.050.538	11.050.538	22.101.076	11.050.538

LINEA PROGETTUALE 2: CURE PRIMARIE

RETE DI ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI IN ETA' ADULTA E MINORI E ASSISTENZA DOMICILIARE AI PAZIENTI ONCOLOGICI

	colonna 1	colonna 2	colonna 3
ASL	Dati popolazione residente ISTAT 1 gennaio 2010	Quota assegnata su popolazione residente	Vincolo del 20% a favore di soggetti pediatrici
Avellino	439.036	781.524,11	156.304,82
Benevento	288.283	513.170,03	102.634,01
Caserta	910.006	1.619.893,65	323.978,73
Napoli 1 Centro	1.031.445	1.836.066,14	367.213,23
Napoli 2 Nord	1.036.436	1.844.950,58	368.990,12
Napoli 3 Sud	1.011.804	1.801.103,37	360.220,67
Salerno	1.107.652	1.971.721,55	394.344,31
Totale	5.824.662	10.368.429,44	2.073.685,89

LINEA PROGETTUALE 2: CURE PRIMARIE

RETE TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE

	Quota assegnata						
	colonna 1	colonna 2	colonna 3	colonna 4	colonna 5	colonna 6	colonna 7
ASL	Dati popolazione residente ISTAT 1 gennaio 2010	Dati popolazione residente >65 ISTAT 1 gennaio 2010	Dati popolazione residente 0 - 18 ISTAT 1 gennaio 2010	50% attribuito in base a popolazione residente	25% attribuito in base a popolazione >65	25% attribuito in base a popolazione 0 - 18	totale col. 4 + 5+6
Avellino	439.036	86.306	81.267	527.752,96	325.204,00	225.837,45	1.078.794,41
Benevento	288.283	59.975	53.643	346.536,97	225.987,88	149.071,56	721.596,41
Caserta	910.006	134.835	202.550	1.093.892,88	508.062,96	562.877,62	2.164.833,46
Napoli 1 Centro	1.031.445	183.385	217.516	1.239.871,33	691.001,04	604.467,48	2.535.339,85
Napoli 2 Nord	1.036.436	118.556	214.905	1.245.870,87	446.723,12	597.211,63	2.289.805,62
Napoli 3 Sud	1.011.804	147.365	258.323	1.216.261,43	555.276,43	717.868,36	2.489.406,21
Salerno	1.107.652	198.665	231.561	1.331.477,64	748.576,61	643.497,93	2.723.552,17
Totale	5.824.662	929.087	1.259.765	7.001.664,07	3.500.832,03	3.500.832,03	14.003.328,14



Determina Dirigenziale n. 2 del 21/03/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 4 Farmaceutico

Oggetto dell'Atto:

FISSAZIONE DELLE DATE PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE DI ESAME PER IL CONCORSO DI CUI AL BANDO APPROVATO CON D.D. NR. 13 DEL 6.2.2009 E D.D. NR. 17 DEL 17.2.2009 DI INTEGRAZIONE

IL DIRIGENTE

- VISTA** la delibera di Giunta Regionale nr. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto: "Attribuzione di funzioni ai dirigenti della Giunta Regionale";
- VISTA** altresì la circolare nr. 5 del 12.6.2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;
- VISTI** gli artt. 65 e 66 dello Statuto della Regione Campania approvato con L.R. nr. 6 del 28.5.2009;
- VISTA** la D.G.R. nr. 1337 del 31.7.2009 conferimento incarico di responsabile del Settore Farmaceutico;
- PREMESSO** che con D.D. nr. 13 del 6.2.2009 e D.D. nr. 17 del 17.2.2009, di integrazione, è stato bandito il concorso per la formazione di una graduatoria unica regionale di farmacisti idonei per l'assegnazione di sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti di titolare, dichiarate disponibili per il privato esercizio in Regione Campania;
1. che, tra le attività finalizzate all'espletamento del concorso di cui trattasi, rientra anche quella relativa alla fissazione delle date di svolgimento delle prove d'esame che dovranno sostenere i candidati;
 2. che a seguito dell'iter procedimentale, con D.D. nr. 9 del 9.2.2012, in accordo sia con la Commissione esaminatrice che con la Fondazione IDIS-Città della Scienza, è stato approvato lo schema di contratto per l'affidamento del servizio di locazione della Struttura per lo svolgimento delle prove d'esame e che tale attuazione va dal **25 maggio 2012** al **9 giugno 2012**;
- CONSIDERATO** che la data della prova d'esame ed ogni altra notizia utile, per ogni candidato, sarà comunicata, con avviso, per il tramite del sito internet **www.regione.campania.it** ed a mezzo pubblicazione sul B.U.R.C, così come previsto dal Bando stesso;
- VISTA** la normativa di Settore;

D E T E R M I N A

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte,

1. di stabilire che le prove d'esame del concorso per la formazione di una graduatoria unica regionale di farmacisti idonei per l'assegnazione di sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti di titolare, dichiarate disponibili per il privato esercizio in Regione Campania, di cui al Bando approvato con D.D. nr. 13 del 6.2.2009 e D.D. nr. 17 del 17.2.2009, di integrazione si svolgeranno presso la Fondazione IDIS-Città della Scienza dal **25 maggio 2012** al **9 giugno 2012**;
2. la data della prova d'esame ed ogni altra notizia utile, per ogni candidato, sarà comunicata, con avviso, per il tramite del sito internet **www.regione.campania.it** ed a mezzo pubblicazione sul B.U.R.C, così come previsto dal Bando stesso.

Il presente atto sarà comunicato al Settore "Stampa, Documentazione ed informazione e Bollettino Ufficiale" per la integrale pubblicazione.

- Dr.ssa Margherita DE FLORIO -

Regione Campania – Il Presidente - Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010) - **DECRETO n. 23 del 09.03.2012 - Istituzione del Tavolo Tecnico Regionale di Esperti per la definizione del documento istitutivo della rete dell'emergenza cardiologica regionale e nomina dei componenti - AVVISO DI RETTIFICA**

Si comunica che sul Bollettino Ufficiale n. 17 del 19 marzo 2012 è stato pubblicato il decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 23 del 9.3.2012 recante taluni errori materiali. Si procede, pertanto, alla sua ripubblicazione.