

prodotto l'auspicata radicale e virtuosa inversione di marcia gestionale nel senso del rigore e dell'appropriatezza della spesa.

La ristrutturazione del debito, opportuna in linea di principio ed iniziata con la cd. operazione So.Re.Sa., non ha potuto sortire gli effetti sperati in ragione di una mancata effettiva, reale e veritiera ricognizione puntuale del debito, non tanto quale dato aggregato, bensì per ogni singola partita debitoria, con ciò determinando, da un lato, la paradossale creazione, a volte fittizia, di nuovo debito e, dall'altro, risultando assolutamente insufficiente, anche in termini di quantità, ad abbattere il debito regionale e porre le basi per avviare una nuova era gestionale.

Presenta ancora gravi carenze l'organizzazione contabile, che avrebbe dovuto portare all'introduzione di modelli di amministrazione trasparenti e corretti.

Anche la disposizione normativa, recentemente prorogata, recante l'impignorabilità dei beni delle ASL, comunque lesiva degli interessi dei creditori, avrebbe potuto trovare giustificazione solo nella eccezionalità della situazione e a condizione di essere associata ad una fase di celere ricognizione e pianificazione dei debiti e dei pagamenti.

Nonostante i numerosi interventi e gli indubitabili miglioramenti in termini di contenimento della sua tendenza espansiva, notevoli difficoltà si sono verificate nel controllo della spesa: nel 2011, da parte di dieci aziende sanitarie è stato mancato il pareggio economico e non sono stati rispettati, per varie voci di costo, gli obiettivi di *budget*. Le presenti osservazioni, unite alle ricorrenti relazioni negative da parte dei revisori di tali enti, sembrano ancora una volta confermare una difficoltà nel monitorare, sia nel momento programmatico, sia in quello esecutivo, i conti sanitari regionali.

A tal proposito una sintetica analisi dell'esposizione debitoria della sanità regionale evidenzia la continua crescita di tale aggregato: infatti il debito totale del settore, sia a carico delle ASL, sia della Regione, a fine 2011 ha raggiunto i 9,456 milioni di euro.

La pesante riduzione delle risorse umane in servizio (dal 2007 ad oggi per circa 7.000 unità), conseguente al blocco totale del *turn over* dovrebbe indurre ad interrogarsi sia sulla situazione di gravissima criticità per la garanzia dei livelli minimi di assistenza, sia sugli effetti economici per il continuo ricorso agli straordinari, il cui costo è di gran lunga superiore a quello sufficiente all'assunzione dell'ulteriore personale necessario. Le pesanti disfunzioni e diseconomie rilevate dovrebbero, quindi, indurre il legislatore ad inserire nella normativa almeno una limitata deroga per posizioni indispensabili del personale interno.

Da ultimo va considerato che la ripartizione del trasferimento statale per quota capitaria ha penalizzato fortemente la Campania ed in genere le regioni del Sud. Infatti tale quota capitaria, secondo i criteri di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, viene corretta con parametri che attribuiscono maggior peso alla popolazione ultrasessantacinquenne, penalizzando, in tal modo le regioni giovani come appunto la Campania, sebbene caratterizzata da critiche condizioni socio economiche.

Tali criteri sono tutt'ora vigenti, nonostante, negli anni, le regioni meridionali abbiano rivendicato la necessità di integrare i parametri

con criteri socio economici (il cosiddetto indice di deprivazione). Dalla tabella sulla ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni – anni 2005/2011 – si rileva che la Campania, ancora nell'anno 2011, è la regione con la quota capitaria più bassa.

**RIPARTIZIONE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE TRA LE REGIONI: 2005 - 2011**

**QUOTA EURO PRO CAPITALE**

REGIONI e Province autonome	FSN 2005	FSN 2006	FSN 2007	FSN 2008	FSN 2009	FSN 2010	FSN 2011
PIEMONTE	1.541	1.544	1.660	1.711	1.777	1.767	1.770
V.D'AOSTA	1.500	1.525	1.635	1.692	1.740	1.742	1.738
LOMBARDIA	1.453	1.503	1.591	1.645	1.701	1.732	1.729
BOLZANO	1.409	1.472	1.603	1.666	1.723	1.689	1.685
TRENTO	1.443	1.503	1.591	1.649	1.705	1.725	1.715
VENETO	1.457	1.508	1.586	1.643	1.700	1.727	1.724
FRIGILI	1.540	1.551	1.572	1.725	1.786	1.773	1.775
LIGURIA	1.549	1.595	1.768	1.845	1.856	1.862	1.865
EROMAGNA	1.548	1.551	1.654	1.725	1.784	1.780	1.763
TOSCANA	1.559	1.557	1.673	1.729	1.750	1.781	1.775
UMBRIA	1.555	1.555	1.673	1.730	1.794	1.782	1.770
MARCHE	1.524	1.542	1.649	1.704	1.766	1.769	1.781
LAZIO	1.476	1.501	1.504	1.671	1.698	1.727	1.723
ABRUZZO	1.510	1.525	1.605	1.661	1.721	1.745	1.744
MOLISE	1.536	1.530	1.535	1.683	1.735	1.741	1.774
<b>CAMPANIA</b>	<b>1.375</b>	<b>1.445</b>	<b>1.545</b>	<b>1.594</b>	<b>1.640</b>	<b>1.652</b>	<b>1.675</b>
PUGLIA	1.422	1.471	1.573	1.616	1.667	1.682	1.686
BASILICATA	1.477	1.500	1.606	1.674	1.730	1.733	1.733
CALABRIA	1.445	1.482	1.609	1.649	1.711	1.659	1.712
SICILIA	1.450	1.475	1.553	1.603	1.648	1.685	1.697
SARDEGNA	1.433	1.495	1.594	1.642	1.693	1.707	1.719
<b>ITALIA</b>	<b>1.477</b>	<b>1.508</b>	<b>1.610</b>	<b>1.664</b>	<b>1.716</b>	<b>1.730</b>	<b>1.732</b>

**2.6. L'organizzazione sanitaria.**

**2.6.1. Il riassetto della rete ospedaliera.**

La regione Campania ha adottato, con il decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 49 del 27 settembre 2010, il riassetto della rete ospedaliera.

Nel definire il riassetto della rete ospedaliera ha fissato un indice programmatico di posti letto pari a 3,4 per mille abitanti (di cui 0,5 per riabilitazione e/o lungodegenza). Il valore di tale indice programmatico riflette il fabbisogno di posti letto, pubblici e privati, idoneo a soddisfare la domanda appropriata di ricovero della regione.

I principi ed i criteri che hanno guidato le scelte programmatiche sono stati:

- l'indice programmatico regionale fissato in 3,4 posti letto per mille abitanti (di cui 0,5 per riabilitazione e/o lungodegenza);
- il fabbisogno di posti letto per singole discipline stimato sulla base dei ricoveri appropriati effettuati nella regione nell'anno 2008;
- l'individuazione del modello a rete: per la prima volta nella regione è stato pianificato un fabbisogno di posti letto per particolari « reti assistenziali » quali:

- a) rete dell'emergenza cardiologica;
- b) rete dell'ictus cerebrale acuto (*stroke unit*);
- c) rete del trauma grave (*trauma center*);
- d) rete delle cure psichiatriche;

e) rete materno-infantile;

f) rete delle cure riabilitative e di lungodegenza;

– la congruità dimensionale: nel caso di presidi di ricovero ospedalieri pubblici per acuti il valore minimo è stato fissato in 100 posti letto; nel caso di presidi di lungodegenza e/o riabilitazione tale valore minimo è fissato a 80 posti letto;

– la riorganizzazione funzionale delle strutture con la quale si è conseguita la finalità di accorpate unità operative della medesima disciplina, nonché di razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche e di riordinare i processi di acquisto di beni e servizi;

– l'introduzione di modelli assistenziali innovativi tra cui emergono fortemente le « nuove strutture polifunzionali per la salute (SPS) », quale modalità di riconversione dei piccoli ospedali tesa a fornire risposte plurime ai bisogni dei cittadini;

– l'incremento dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza da sempre carenti nel sistema di offerta assistenziale pubblica della regione.

Con il riassetto della rete il numero di posti letto programmati rispetto ai posti letto esistenti nell'anno 2008 si è ridotto di circa 1.500 unità. Tale dato rappresenta il saldo tra la riduzione dei posti per acuti e l'incremento dei posti letto per assistenza riabilitativa.

#### 2.6.2. Stato di realizzazione del riassetto.

Alle aziende è stato demandato il compito di adottare un documento di programmazione aziendale con il quale definire nello specifico le attività necessarie ed i tempi (nel rispetto del crono programma regionale) necessari alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri per acuti secondo il dettato della pianificazione regionale ed alla riconversione delle strutture dove previsto.

Tutte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno provveduto all'invio dei suddetti atti, ad eccezione delle aziende ospedaliere Monaldi, Cotugno, Centro Traumatologico Ortopedico, Ruggi D'Aragona e Santobono: per tali aziende, coinvolte in processi di accorpamento ed annessione, infatti, sono stati adottati specifici decreti commissariali che, tra l'altro, hanno fissato il termine entro il quale esse dovranno provvedere alla rielaborazione dell'atto aziendale con la precisazione che questo assorbirà la pianificazione attuativa.

È opportuno a questo proposito rappresentare che l'attuazione degli obiettivi di riorganizzazione è fortemente ostacolato dalla difficoltà a reperire risorse da impegnare in tale processo e più in particolare dalla sempre maggiore carenza di personale derivante dall'applicazione del blocco totale del *turn over*. Si tratta naturalmente di difficoltà maggiormente sentite lì dove è prevista la riconversione di intere strutture a nuove funzioni, come è il caso della trasformazione degli ospedali per acuti in strutture con funzioni riabilitative.

### 2.6.3. *Protocolli d'intesa Regione/università.*

Lo stato di attuazione della sottoscrizione dei protocolli d'intesa tra la Regione e le università è il seguente:

– *Università degli Studi Federico II e Seconda Università di Napoli:*

i protocolli di intesa sono stati adottati rispettivamente con decreto commissariale n. 60 del 15.10.2010 e n. 61 del 15.10.2010. Gli stessi sono stati sottoscritti in data 27.01.2012 e 20.04.2012 e sono attualmente vigenti.

– *Azienda Ospedaliera Universitaria Ruggi di Aragona di Salerno:*

con decreto commissariale n. 136 del 19.10.2012, in sinergia ed a superamento dei rilevati precedentemente mossi dal Tavolo ministeriale, è stata proposta la costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria « San Giovanni di Dio e Ruggi di Aragona – scuola medica salernitana ». Il predetto provvedimento è stato inviato ai Ministeri vigilanti per la successiva validazione.

Per quanto attiene allo stato del decreto commissariale n. 16 del 11 marzo 2011 di approvazione del protocollo d'intesa per la costituzione dell'Azienda universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi di Aragona – scuola medica salernitana, è opportuno evidenziare che con recente pronuncia n. 04425/2012, il TAR Campania – Sez. Napoli, su ricorso promosso da Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani – Fe.S.Me.D., ne ha dichiarato la caducazione unitamente, per diretta incidenza, ai decreti commissariali n. 9 e n. 14 del 2012. Allo stato attuale, pertanto, non si è ancora concluso il procedimento di costituzione dell'Azienda.

### 2.6.4. *Posti letto pubblico/privato e definizione del fabbisogno.*

Per quanto attiene al rapporto tra posti letto pubblici e privati, lo stesso decreto del Commissario *ad acta* n. 49/2010 prevede che, su 19.480 posti letto ritenuti congrui a soddisfare il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero, 13.336 posti letto siano attribuiti alle strutture pubbliche e 6.144 alle strutture private. Nello stesso decreto è stato anche declinato il fabbisogno di posti letto pubblici e privati per singola provincia e per singola disciplina, con l'obiettivo di realizzare una piena integrazione pubblico-privato.

La definizione del fabbisogno non ha riguardato solo i posti letto ospedalieri ma anche il fabbisogno di posti per tutte le strutture che erogano assistenza residenziale (RSA, SIR, *hospice*, tossicodipendenze ecc.).

### 2.6.5. *Centralizzazione degli acquisti.*

Con la legge regionale n. 28 del 24 dicembre 2003, modificata ed integrata dalla legge regionale n. 24 del 29 dicembre 2005, la Regione Campania ha costituito e poi affidato alla Società regionale per la sanità (So.Re.Sa. S.p.A), posseduta al 100 per cento dalla Regione, le

funzioni di centrale di committenza (ex articolo 33 del decreto legislativo n. 163 del 12 aprile 2006), assegnando alla stessa la titolarità « in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle aziende sanitarie e ospedaliere ».

Purtroppo, storicamente, sono state registrate numerose disfunzioni in termini di efficienza nella gestione corrente degli ordini e pagamenti So.Re.Sa., alimentati significativamente dalla pratica impropria condotta da diverse aziende sanitarie di inoltrare ordini attraverso canale esterno alla piattaforma informatica (c.d. « ordini fuori piattaforma »), con le conseguenti difficoltà sotto vari profili:

– nell'adeguato controllo della corretta esecuzione del contratto da parte del fornitore, anche per il rispetto della tempistica di esecuzione;

– nel costante monitoraggio del contingente contrattuale ordinabile;

– nel pronto riscontro della conformità al fornito della fatturazione prodotta dal fornitore, ai fini della liquidazione del credito nei tempi contrattualmente compatibili.

L'acquisizione di un ordine fuori piattaforma So.Re.Sa. perviene alla centrale acquisti nella maggior parte dei casi dopo che il fornitore ha fatto pervenire la fattura per la fornitura effettuata, spesso su istanza di So.Re.Sa. stessa verso l'azienda sanitaria interessata dalla fornitura, a seguito della ricezione da parte del fornitore del documento contabile esigente il pagamento, al fine di supportare tale richiesta con documentazione adeguata alla liquidazione del credito. Una volta poi che l'azienda sanitaria ha prodotto copia dell'ordine inviato al fornitore in nome e per conto So.Re.Sa. e la dichiarazione di conformità della fornitura avvenuta, generalmente su supporto cartaceo, un operatore So.Re.Sa. provvederà a caricare « a sanatoria » l'ordinativo sulla piattaforma informatica, valorizzando contemporaneamente anche l'avvenuta consegna, onde poter procedere alla liquidazione del credito di fornitura. L'atto di liquidazione rappresenterà il presupposto utile per poter fare richiesta all'ente finanziatore delle risorse necessarie a poter disporre il pagamento della fatturazione della fornitura. Tale iter, appesantito e non funzionale, concorre ad alimentare i ritardi nei pagamenti, con il connesso prodursi di oneri accessori<sup>(26)</sup>.

Il fenomeno degli "ordini fuori piattaforma", seppure di notevole criticità e bisognoso di totale azzeramento in tempi brevi a causa delle descritte difficoltà, ha fatto tuttavia nel tempo registrare un *trend* positivo, frutto della campagna di sensibilizzazione e formazione svolta da So.Re.Sa. verso le aziende sanitarie.

---

(26) Per un'interessante lettura degli effetti della cartolarizzazione dei titoli del debito sanitario campano, nonché della reale capacità di risparmio generata dalla Centrale unica di acquisti, cfr. l'audizione del Procuratore regionale della Corte dei conti per la Campania, in *Resoconto stenografico della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, 30 ottobre 2012, pagg. 21-23 e 28-30.

### 2.6.6. Tariffe.

I decreti del Presidente Consiglio dei ministri di nomina del Commissario *ad acta* per la sanità, del 24 luglio 2009 e del 24 aprile 2010 definiscono le linee di intervento cui dare attuazione e prevedono, rispettivamente al punto 16 e alla lettera *p*), « adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie ».

A ciò si è provveduto con:

– decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 6 del 4 febbraio 2010 per la determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003;

– decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 4 del 10 gennaio 2011 per la determinazione delle tariffe delle prestazioni residenziali per l'assistenza al malato terminale;

– decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 5 del 10 gennaio 2011 per la determinazione delle tariffe per le prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per persone affette da patologie psichiatriche;

– decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 70 del 25 giugno 2012 per la determinazione delle tariffe delle attività sanitarie per persone in stato vegetativo in speciali unità di accoglienza permanente (SUAP).

Permangono criticità nella definizione delle tariffe della riabilitazione territoriale e della specialistica ambulatoriale; le prime per un contenzioso in corso e le seconde per l'attesa delle tariffe ministeriali.

La definizione delle tariffe costituisce un momento essenziale del percorso, disciplinato dall'articolo 1, comma 237-*octodecies*, della legge regionale n. 23 del 2011, volto all'accreditamento delle strutture che operano in tali specifici ambiti assistenziali al fine di colmare la carenza regionale.

### 2.6.7. Stato di avanzamento delle procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture.

Con il citato decreto n. 49, il Commissario *ad acta* ha provveduto al riassetto della rete ospedaliera e territoriale fissando, tra l'altro, il fabbisogno di posti letto pubblici e privati per singole province e definendo, altresì, il fabbisogno di posti per tutte le strutture territoriali che erogano assistenza di tipo residenziale (RSA, SIR, *hospice*, tossicodipendenze, ecc.), rivalutati anche alla luce delle programmate dismissioni degli ospedali pubblici.

La normativa regionale vigente in materia di accreditamento istituzionale è stata quindi riformata anche tenendo conto del nuovo contesto, caratterizzato dallo stato di commissariamento della Regione Campania, e dei rilevanti provvedimenti adottati dal Com-

missario *ad acta* per la sanità, che hanno profondamente inciso sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.

La revisione ha tenuto conto dei seguenti criteri:

a) restituire alla Regione il governo del processo che, con l'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16, era stato interamente delegato alle aziende sanitarie locali;

b) semplificare l'iter di valutazione dei requisiti per indurre una forte accelerazione, senza, tuttavia, comprometterne le garanzie di sicurezza e qualità, delegando le aziende sanitarie a tale verifica;

c) prevedere percorsi specifici di accreditamento per accompagnare ed agevolare la programmata riconversione di alcune strutture private (case di cura, centri di riabilitazione), la quale rappresenta un obiettivo strategico del servizio sanitario regionale e, nel contempo, un vincolo derivante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania;

d) tener conto delle pronunce della giustizia amministrativa, per evitare che il contenzioso sia di ostacolo all'attuazione del processo.

La revisione del preesistente assetto normativo è contenuto nella legge regionale n. 23 del 14 dicembre 2011, di modifica alla legge regionale n. 4 del 15 marzo 2011, recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania – Legge finanziaria regionale 2011 », che, nell'ottica di una compiuta riforma del sistema previgente, ha apportato significativi elementi di novità, anche in adesione agli indirizzi formulati dai Ministeri vigilanti.

La nuova normativa ha previsto la definizione delle procedure di accreditamento istituzionale con priorità rispetto alle strutture socio sanitarie private già provvisoriamente accreditate ai sensi dell'articolo 6 della legge n. 724 del 1994 e solo successivamente a quelle in esercizio e mediante l'utilizzo di una piattaforma informatica applicativa messa a disposizione da SORESA s.p.a. (articolo 1, comma 237-*quater*, della legge regionale n. 23/2011).

Il percorso per l'accREDITAMENTO delle strutture ha quindi preso concretamente avvio con l'adozione dei decreti del Commissario *ad acta* per la sanità n. 90 e 91 del 9 agosto 2012, con cui si approvano la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie ai sensi della citata legge regionale n. 23 del 2011, nonché la *check list* per la verifica dei requisiti generali e le *check list* per la verifica dei requisiti specifici di tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie per avviare il controllo da parte delle aziende territorialmente competenti.

#### 2.6.8. Rete dell'emergenza – urgenza.

Al fine di colmare la carenza relativamente alla componente territoriale del sistema di emergenza, la regione ha adottato il decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 57 del 14 giugno 2012, con il quale approva i seguenti documenti di indirizzo relativi all'emergenza.

genza — urgenza territoriale e definisce alcuni aspetti organizzativi dell'emergenza ospedaliera non sufficientemente chiariti nel decreto di riassetto della rete ospedaliera:

— linee di indirizzo regionali per la pianificazione attuativa aziendale per l'emergenza — urgenza;

— schema dell'atto di intesa interaziendale per la costituzione dei dipartimenti integrati dell'emergenza e l'attuazione del coordinamento regionale del sistema integrato dell'emergenza;

— linee di indirizzo regionali per l'organizzazione dell'OBI (osservazione breve intensiva);

— nuove linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del *triage* ospedaliero.

Rimangono difficoltà nel settore in fase di attuazione dei provvedimenti in alcune ASL (es. Salerno) che si stanno affrontando, cui si aggiunge la necessità di promuovere la comunicazione per il corretto uso del 118.

#### 2.6.9. *Andamento dei ricoveri dei cittadini Campani dal 2006 al 2011, assistiti negli ospedali della Campania e del resto d'Italia (tasso di ospedalizzazione).*

Dai dati sui ricoveri per cittadini della Campania effettuati negli anni dal 2006 al 2001 negli ospedali della Campania e delle altre regioni risulta evidente come, nel corso del quinquennio analizzato, i ricoveri siano complessivamente diminuiti e come, in particolare, siano diminuiti quelli per acuti.

Il calo complessivo è stato di 130.000 ricoveri. Si è passati infatti dai 1.270.070 ricoveri del 2006 ai 1.094.045 del 2011. Pertanto, dal tasso standardizzato di 232,51 ricoveri per 1.000 abitanti registrato nel 2006, si arriva nel 2011 al tasso di 195,38 per 1.000 abitanti, con un decremento netto di 31,5 ricoveri per 1.000 abitanti negli ultimi sei anni.

#### 2.6.10. *Andamento della mobilità sanitaria passiva per ricoveri (mobilità passiva).*

La tabella che segue riporta il numero di ricoveri fuori regione dei residenti in Campania per gli anni 2006 – 2010 ed il relativo tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti standardizzato sulla popolazione italiana 2011 (i dati relativi alla mobilità 2011 non sono ancora consolidati). La mobilità passiva mostra un *trend* in costante diminuzione e complessivamente nei cinque anni considerati sono diminuiti di 6.541 i ricoveri dei cittadini campani che sono ricorsi alle cure presso ospedali delle altre regioni italiane.



## Mobilità sanitaria passiva per ricoveri dei cittadini campani

anno	n. ricoveri	tasso di osp.
2006	95.965	16,88
2007	95.834	16,81
2008	93.439	16,26
2009	91.669	15,89
2010	89.424	15,41

2.6.11. *Posti letto di terapia intensiva neonatale.*

Considerato che la Campania è ancora una regione con un alto tasso di natalità, il decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 49 del 2010 ha provveduto a riprogrammare il numero di posti letto pubblici portandolo a 158 unità (di cui il 50 per cento da destinare alla terapia subintensiva) e collocandoli, di norma, nelle aziende ospedaliere e nei presidi del III livello dell'emergenza.

Una riconsiderazione della distribuzione dei posti letto sul territorio ha messo in luce una carenza di offerta in alcuni territori ed in particolare in quello della ASL Napoli 3 Sud, ove tale disciplina è del tutto assente sia nei posti letto pubblici che privati. È in corso di adozione un provvedimento che integri la dotazione programmata di tali posti letto nelle aree ove è maggiore la carenza di offerta.

2.6.12. *Il presidio ospedaliero « Maresca » di Torre del Greco.*

Il decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 49/2010 prevede che il presidio ospedaliero Maresca di Torre del Greco sia riconvertito in struttura ospedaliera ad indirizzo riabilitativo e possa ospitare una struttura polifunzionale per la salute (SPS). Le unità operative per acuti del presidio devono confluire nell'ospedale di Boscotrecase.

Il Commissario Straordinario *pro tempore* della ASL Napoli 3 sud ha adottato, con la deliberazione n. 440 del 30 marzo 2011, il proprio piano attuativo di riordino della rete ospedaliera aziendale, approvato, con prescrizioni, con il decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 34 del 27 maggio 2011.

Tale pianificazione attuativa per il Presidio ospedaliero Maresca di Torre del Greco ha previsto in due anni il completamento del processo di riconversione in ospedale con funzioni riabilitative ed ha stabilito che, al termine del processo la struttura, oltre ad essere destinata alle attività riabilitative ospedaliere, dovrà ospitare anche una Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) nella quale l'azienda intende attivare:

- un ambulatorio di cure primarie;
- un centro di nutrizione artificiale e centro disturbi alimentari;
- un ambulatorio infermieristico distrettuale;

- un *hospice* con 12 posti letto;
- servizi socio sanitari.

Tuttavia, considerata la complessità del processo di riconversione e la necessità di riorganizzare gli spazi nel presidio di Boscotrecase, il Commissario Straordinario *pro tempore* della ASL ha adottato un atto di riprogrammazione che modifica il crono-programma e prevede che, in una fase intermedia, l'attivazione della unità operativa di gastroenterologia, prevista presso il presidio ospedaliero di Boscotrecase, avverrà solo contestualmente alla disponibilità di nuovi spazi, e nel frattempo manterrà la propria attività presso il presidio di Torre del Greco.

Inoltre, considerata l'impossibilità di allocare presso il Presidio di Boscotrecase, nell'immediato, i 25 posti letto della disciplina di chirurgia generale, 16 posti letto programmati restano presso il presidio Maresca.

Infine, presso il presidio di Torre del Greco vengono temporaneamente allocati 16 posti letto di servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), con competenza sull'intero territorio aziendale, per la necessità di rinviare il trasferimento dell'SPDC di Pollena presso il presidio di Nola, come previsto dal decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 49 del 2010. Infatti, allo stato, tale spostamento risulta impraticabile, vista la carenza di spazi disponibili presso il presidio di Nola.

Di conseguenza il presidio, nella pianificazione aziendale intermedia, risulta così configurato:

	P.L. Totali
Medicina generale	22
Recupero e riabilitazione	50
Lungodegenti	20
Chirurgia generale	16
Gastroenterologia	10
S.P.D.C.	16
Totale	134

La temporanea allocazione dei posti letto dell'SPDC, dei posti letto previsti per la gastroenterologia e di una parte della chirurgia « comportano presso il presidio di Torre del Greco anche il mantenimento delle attività di pronto soccorso ».

Si ravvisa, peraltro, la necessità di attivare quanto prima il previsto punto *hospice* con 12 posti letto, per garantire assistenza a pazienti bisognosi di cure palliative in quella che risulta essere una delle ASL più popolose del territorio nazionale.

Ai sensi della legge n. 38 del 2012, e del successivo accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012, è altresì auspicabile la sollecita istituzione del Coordinamento Regionale per le cure palliative e la terapia del dolore, contestualmente all'attivazione, presso ogni ASL, di una unità operativa centralizzata di cure palliative: tutti gli indicatori ministeriali confermano, infatti, che la Regione Campania è l'ultima regione italiana per numero di *hospice* attivi e di medici palliativisti,

a fronte della sempre crescente incidenza delle patologie tumorali e del numero di pazienti oncologici che muore in ospedale nei reparti di degenza ordinaria o per acuti.

#### 2.6.13. *Ospedale del Mare e realizzazione del policlinico universitario a Caserta.*

Nel processo di realizzazione di tale nuovo presidio ospedaliero si sono verificate, nel corso degli anni, una serie di vicende che hanno comportato l'intervento sia della Procura della Repubblica di Napoli che della Corte dei conti. Di fatto, la mancata approvazione di una « perizia di variante e suppletiva » ha determinato l'insorgere di un contrasto tra la ASL Napoli 1 e la concessionaria con conseguente blocco dei lavori in corso. La Regione è intervenuta nominando un Commissario *ad acta* per consentire, in via sostitutiva, la ripresa delle attività.

Su proposta di quest'ultimo si è raggiunta una risoluzione consensuale del contratto di concessione per definire il pesante contenzioso che dovrebbe consentire la ripresa dei lavori.

Anche per la vicenda della realizzazione in Caserta di un policlinico universitario a gestione diretta annesso alla facoltà di medicina e chirurgia della Seconda Università di Napoli, si prende atto della dichiarazione della Regione, secondo cui « risultano superate tutte le criticità che hanno notevolmente ritardato la realizzazione dell'opera e che pertanto, la fine dei lavori è prevista per il 29 dicembre 2015, mentre l'entrata in funzione dell'opera è prevista per 30 giugno 2017 ».

#### 2.6.14. *Qualità e appropriatezza delle prestazioni.*

L'appropriatezza delle cure è una delle principali componenti della qualità del servizio sanitario oltre ad essere un importante strumento per un utilizzo più efficiente delle risorse. La Regione Campania ha intrapreso un percorso di promozione della appropriatezza delle prestazioni centrato in particolare su quelle in ambito ospedaliero.

I due provvedimenti più significativi in tal senso sono l'adozione del decreto del Commissario *ad acta* per la sanità (n. 58 del 30 settembre 2010) che, in applicazione di quanto previsto dal Patto per la salute 2010-2012, definisce le soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio in appropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna, e l'adozione del decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 6 del 17 gennaio 2011, che definisce obiettivi e metodologie per il controllo delle cartelle cliniche con la finalità di:

- promuovere la qualità della documentazione clinica;
- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;

- individuare in maniera sistematica le prestazioni che hanno un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre identificare modalità più idonee di erogazione;
- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG;
- valutare degli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

#### 2.6.15. *Accelerazione del turn over nei reparti per acuti – Azienda ospedaliera Cardarelli.*

Al fine di migliorare l'efficienza operativa degli ospedali campani e soprattutto evitare il sovraffollamento dei reparti per acuti, la regione ha elaborato nuove linee guida post acuzie con l'intento, tra l'altro, di disegnare le modalità organizzative utili ad accelerare il *turn over* dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti. Allo stesso scopo, considerato che la problematica in questione affligge in modo particolare l'Azienda ospedaliera « Cardarelli », frequentemente in « emergenza barelle », con decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 17 del 2 marzo 2012 si è provveduto ad incrementare la dotazione dei posti letto di lungodegenza, affinché sia possibile garantire qualificata assistenza ai pazienti non dimissibili, ma con quadro clinico stabilizzato o in via di stabilizzazione, e tale quindi da non richiedere la permanenza in reparti per acuti.

#### 2.6.16. *Parti cesarei.*

La Regione Campania risulta essere al primo posto in Italia per l'incidenza di tagli cesarei, senza che vi siano condizioni epidemiologiche tali da giustificare una frequenza così elevata. Per intervenire su tale fenomeno, evidentemente in buona parte ascrivibile a comportamenti inappropriati, si è cercato, nel corso degli anni, di intervenire anche a livello normativo introducendo norme finalizzate a promuovere il parto naturale, tra cui:

- la delibera di Giunta regionale n. 2413 del 25 luglio 2003 con la quale sono state approvate le linee guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania, che delineano il percorso della gestante con il fine di garantirle la migliore assistenza dal momento della presa incarico fino al parto ed oltre;
- la delibera di Giunta regionale n. 118 del 2 febbraio 2005 che fornisce indicazioni per il contenimento del fenomeno del ricorso improprio al taglio cesareo;
- la legge regionale n. 2 del 2 marzo 2006 « Norme per la promozione del parto fisiologico » con la quale la Regione ha inteso promuovere, da parte della donna partoriente, una scelta consapevole circa le modalità secondo le quali deve svolgersi il parto, una volta che il medico abbia indicato l'opzione più idonea secondo il proprio

giudizio professionale e scientifico. Sono stati anche definiti compiti, funzioni e requisiti di cui devono essere in possesso tutti gli attori del sistema;

– infine, la deliberazione n. 2161 del 14 gennaio 2008 con la quale è stato adottato un sistema di disincentivazione tariffaria finalizzato al contenimento dei parti cesarei basato sulla valutazione del contenuto informativo della schede di dimissione ospedaliera. Si tratta di un sistema che consente di:

a) valutare la « necessità di ricorso al parto cesareo attraverso la verifica delle diagnosi riportate dal medico curante sulla scheda di dimissione ospedaliera dalle quali si evince la condizione di rischio che costituisce indicazione al parto cesareo »;

b) adottare, sulla base di quanto indicato dalle linee guida internazionali, nazionali e regionali, l'elenco delle diagnosi e dei relativi codici ICD9CM che possono comportare la necessità di ricorso al parto cesareo ed in assenza delle quali i parti possono essere considerati « a basso rischio di taglio cesareo »;

c) applicare a tutti i ricoveri per parto cesareo che non presentano annotata nelle relative SDO, alla voce di diagnosi principale o a quella di diagnosi secondarie, almeno una delle tipologie di rischio, la tariffa prevista per il DRG « parto vaginale senza cc. ».

Purtroppo, nonostante questi interventi, i dati sui parti registrati nelle strutture pubbliche e accreditate mostrano un andamento costante negli anni nel quale la percentuale del numero di parti cesarei sul totale di quelli spletati non accenna a diminuire:

Anno	n. totale parti	% parti cesarei
2006	61952	60,6
2007	62236	61,4
2008	61347	61,9
2009	60664	62,0
2010	58900	61,8
2011	57685	62,4

Considerate le difficoltà a conseguire risultati, con l'adozione del piano sanitario adottato con decreto del commissario *ad acta* n 22 del 22 marzo 2011, la regione ha assunto un ulteriore, specifico impegno a sviluppare un piano per diffondere linee guida ed elaborare percorsi organizzativi e protocolli diagnostico-terapeutici che le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono tradurre in azioni concrete mirate a promuovere gli interventi assistenziali nel percorso nascita. Per quanto riguarda lo specifico problema dell'alto numero di tagli cesarei, il piano prevede inoltre che le direzioni aziendali identifichino le principali criticità e i fattori ostativi all'inversione di tendenza attraverso l'adozione di momenti formativi specifici, nonché corsi di formazione accreditati per l'educazione continua in medicina e *audit* periodici.

Con particolare riferimento all'ASL Napoli 3 Sud, il cui bacino demografico supera il milione di abitanti, si verificano circa 10 mila parti l'anno: di questi, 95 con peso neonatale al di sotto dei 1500 grammi, e 684 con peso tra i 1500 e i 2500 grammi. A fronte di ciò, l'assistenza è garantita da quattro presidi ospedalieri pubblici e nove punti nascita in case di cura private.

L'unica unità operativa complessa di neonatologia, in grado di assistere quindi neonati patologici senza necessità di UTIN, si trova presso il presidio ospedaliero San Leonardo di Castellammare di Stabia, ricettivo anche di neonati trasferiti tramite trasporto neonatale da altre strutture: ciononostante, essa conta una dotazione di soli sette posti letto, permanentemente occupati.

Di contro, nell'ambito della medesima ASL Napoli 3 Sud, non appare possibile garantire un'adeguata assistenza ai neonati che necessitano di terapia intensiva, né a quelli nati prima della trentaduesima settimana di gestazione o con peso inferiore ai 1500 grammi, che pertanto devono essere trasferiti anche al di fuori della provincia.

L'accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 prevede, nell'ambito della riorganizzazione dei punti nascita, due soli livelli assistenziali: al secondo livello è demandata l'assistenza a tutte le partorienti, indipendentemente dai fattori di rischio, nonché a tutti i neonati, compresi quelli bisognosi di terapia intensiva. Lo stesso accordo raccomanda, tra i criteri di programmazione dei punti nascita di secondo livello, la corrispondenza ad un bacino di utenza con almeno 5 mila parti annui e mille nati annui in ciascuna struttura.

Ne consegue che l'esigenza di una struttura di terapia intensiva neonatale con almeno 6/8 posti letto, in un territorio popoloso come quello della suddetta ASL, appare assolutamente irrinunciabile, nonché di razionale collocazione presso l'ospedale di Castellammare, dove, come detto, è già operativo un reparto di neonatologia e dove l'incidenza dei tagli cesarei è in linea con gli standard europei, attestandosi al di sotto del 30 per cento.

#### 2.6.17. *Procreazione medicalmente assistita.*

Un obiettivo che la regione si pone è il contrasto alla mobilità passiva per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita. Attualmente, infatti, circa il 50 per cento di tali prestazioni vengono effettuate fuori regione.

Il conseguimento del predetto obiettivo presuppone, tuttavia, una strategia di programmazione sanitaria, auspicabile in tempi brevi, che privilegi innanzitutto una razionale distribuzione sul territorio delle strutture che erogano prestazioni di PMA, soprattutto quelle di II° livello, la cui collocazione dovrebbe rispondere a criteri che tengano conto di « bacini di utenza » corrispondenti, per esempio, agli ambiti provinciali, unitamente ad ulteriori iniziative che disincentivino concretamente la migrazione, che la regione dovrebbe delineare.

In regione Campania le tecniche oggi disponibili per la procreazione medicalmente assistita sono:

– di I livello (inseminazione semplice) erogate in regime ambulatoriale;

– di II livello (ICSI e FIV-ET) e di III livello (con prelievo testicolare dei gameti maschili), erogate in regime di ricovero, in *day hospital* e *day surgery* o comunque tecniche che prevedono l'anestesia totale come il prelievo laparoscopico degli ovociti.

Con delibera della Giunta della Regione Campania n. 518 del 2003 sono stati definiti i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e le procedure autorizzative per le strutture che erogano attività di biologia della riproduzione e sono state adottate le linee guida in materia di ottimizzazione delle procedure nell'ambito della medicina della riproduzione. La legge n. 40 del 2004 ha istituito un registro nazionale della PMA a cui obbligatoriamente sono iscritti i centri campani, pubblici e privati autorizzati.

In Campania risultano presenti 39 centri distribuiti come rappresentato nella tabella che segue (dati del registro nazionale PMA):

I LIVELLO			II LIVELLO			I-II-III
Pubblici	Privati	totale	Pubblici	Privati	totale	totale
2	12	14	10	15	25	39

Dei 10 centri pubblici eroganti tecniche di II livello (ICSI e FIVET), iscritti al registro, sono funzionanti solo 5: (A.O. Rummo (Benevento), A.O. Moscati (Avellino) P.O. di Vallo della Lucania (ASL Salerno), A.O.U. Policlinico Federico II, A.O.U. Policlinico Seconda Università di Napoli. I rimanenti cinque centri: P.O. S.Paolo (ASL Na1 centro), A.O. Cardarelli, A.O. Caserta, P.O. di Marcianise (ASL Caserta) P.O. S. Maria delle Grazie Pozzuoli (ASL Na2 nord) o effettuano solo interventi di I livello, o non sono stati mai attivati o sono stati chiusi per mancanza di requisiti, nonostante l'erogazione di una prima *tranche* di fondi stanziati in base alla legge n. 40 del 2004.

A tale ultimo riguardo, andrebbero chiarite le motivazioni della mancata erogazione dei fondi a decorrere dal 2005, la quale ha presumibilmente concorso in modo determinante all'inattività del 50 per cento dei centri pubblici: in particolare, poiché risultano erogate nel 2009 solo le risorse risalenti alla prima annualità (2005), si ravvisa un mancato stanziamento complessivo pari a circa 3 milioni di euro.

Con la delibera della Giunta regionale n. 2042 del 2005 sono state infatti ripartite le risorse di cui al comma 1 dell'articolo 18 della legge n. 40 del 2004, relativamente alla annualità 2004-2005. Sono state destinatarie dei finanziamenti le aziende sanitarie locali che risultavano aver già attivato procedure di PMA di II Livello, a cui è stato richiesto la presentazione di un progetto relativo alle attività da intraprendere. Il fondo è stato così ripartito:

– 55 per cento in funzione delle prestazioni erogate, alle strutture che abbiano effettuato almeno 100 cicli nel biennio 2003/2004;

– 30 per cento equamente distribuito per l'istituzione e/o il potenziamento delle strutture;

– 15 per cento per l'avvio dell'attività del centro regionale di riferimento.

Inoltre, la regione, per ovviare alla problematica della disomogeneità della codifica delle SDO, ha provveduto ad individuare, con l'adozione nelle linee guida per la codifica delle SDO (decreto del commissario *ad acta* per la sanità n. 6 del 2011), codici specifici per descrivere la diagnosi principale e le relative procedure, dando inoltre indicazione di utilizzare una sola SDO per tutto il ciclo di PMA (*pick-up e transfer*), da effettuare in *day surgery*.

In conclusione, in Campania, la mancata attivazione del 50 per cento dei centri pubblici, unitamente all'assenza di centri di PMA privati convenzionati con il Servizio sanitario regionale, concorrono a determinare il vistoso fenomeno della migrazione passiva: quest'ultima, oltre a creare disagio logistico e psichico alle coppie, costrette a soggiornare per alcuni giorni fuori della propria regione, con conseguente perdita di giornate lavorative, determina infatti oneri aggiuntivi alla regione stessa, costretta a rimborsare cicli di secondo e terzo livello a costi maggiori di quelli che si determinerebbero in proprie strutture territoriali.

#### 2.6.18. *Liste di attesa.*

Con delibera n. 271 del 12 giugno 2012, la Giunta regionale ha approvato il nuovo piano regionale e di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2010-2012, che integra gli interventi già previsti nel provvedimento adottato nel 2007 ed individua nuovi strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture.

#### 2.6.19. *Attività intramoenia.*

Per quanto riguarda gli interventi strutturali necessari per consentire l'espletamento della libera professione intramuraria, a seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute (decreto ministeriale 8 giugno 2001) del programma per la realizzazione delle strutture sanitarie destinate all'ALPI, con DGRC n. 1260 del 24 luglio 2008, la Regione Campania ha approvato il programma per la realizzazione di interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico dedicati all'ALPI, predisposto sulla base delle esigenze manifestate dalle aziende, assegnando alle aziende ospedaliere 41.658.568,45 euro (– 39.250.740,03 a carico del Ministero della salute e – 2.065.828,42 euro a carico della Regione).

Il programma prevede l'attuazione degli interventi proposti dalle aziende ospedaliere, dall'IRCCS Pascale e dall'azienda ospedaliera universitaria Federico II, rimandando ad altro provvedimento la definizione degli interventi proposti dalle aziende sanitarie locali.