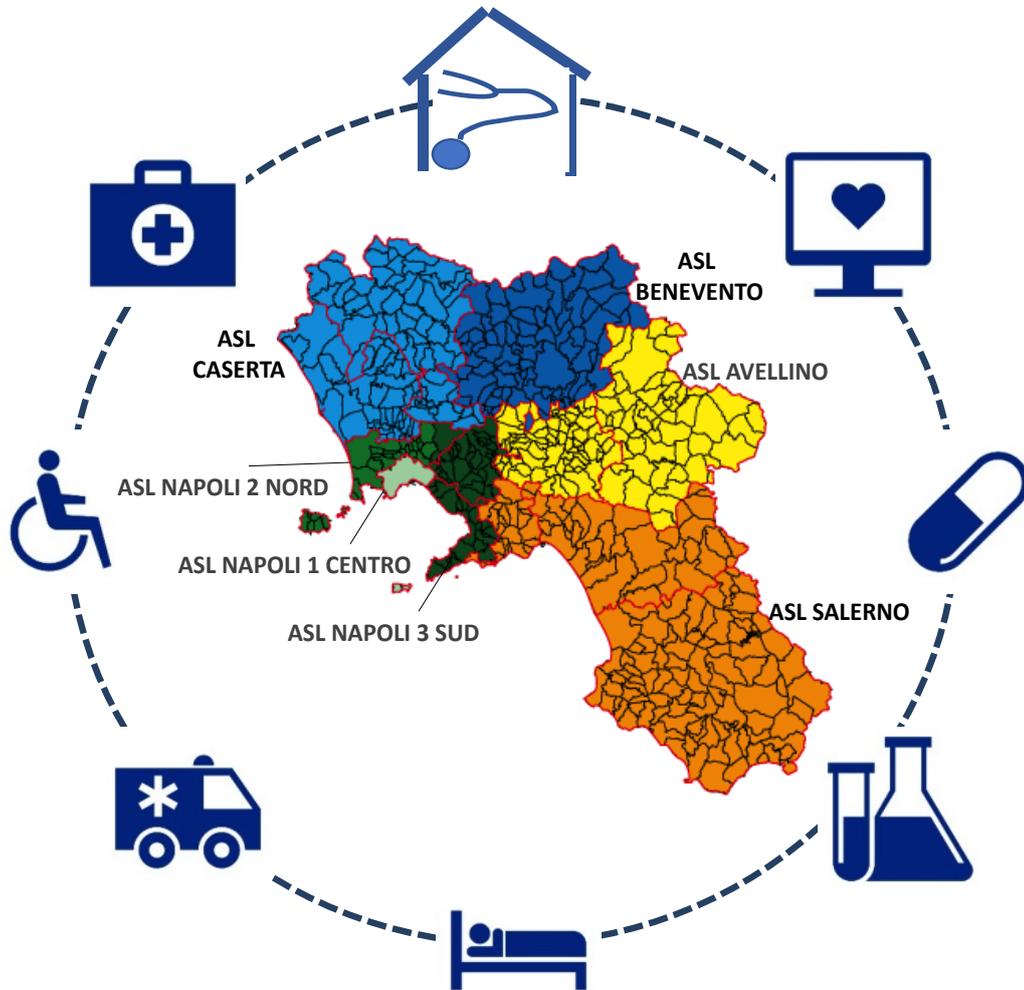




REGIONE CAMPANIA



PIANO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE 2016-2018

INDICE

PREMESSA

	Pag.
CAPITOLO 1 - Caratteristiche del territorio e organizzazione dell'assistenza	Pag.
1.1 - Il territorio	Pag.
1.2 - La popolazione	Pag.
1.3 - L'assistenza territoriale e l'allineamento degli ambiti	Pag.
1.4 - L'integrazione socio-sanitaria	Pag.
CAPITOLO 2 - Le nuove Articolazioni Organizzative del Distretto Sanitario.	Pag.
2.1 - Introduzione	Pag.
2.2 - Definizione, ruolo e normativa di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)	Pag.
2.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale	Pag.
2.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale	Pag.
2.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	Pag.
2.5.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.
2.5.2 - Bacino di utenza, numero di AFT e orario di attività	Pag.
2.5.3 - Compiti e funzioni	Pag.
2.5.4 - Scopi	Pag.
2.5.5 - Coordinamento	Pag.
2.5.6 - Sistema informatico e informativo	Pag.
2.5.7 - Fondo di AFT	Pag.
2.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)	Pag.
2.6.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.
2.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività	Pag.
2.6.3 - Compiti e funzioni	Pag.
2.6.4 - Modalità di Accesso	Pag.
2.6.5 - Scopi	Pag.
2.6.6 - Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie	Pag.
2.6.7 - Coordinamento	Pag.
2.6.8 - Sistema informatico ed informativo	Pag.
2.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato	Pag.
2.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree	Pag.
2.6.11 - Standard di attrezzature	Pag.
2.6.12 - Standard di personale	Pag.
2.6.13 - Criteri per l'individuazione delle sedi per le UCCP e le SPS	Pag.
2.6.14 - Le UCCP programmate	Pag.
2.7 - La Unità Complessa di Cure Primarie Pediatrica	Pag.
2.7.1 - Caratteristiche generali	Pag.

2.7.2 – Scopi	Pag.
2.7.3 – Funzioni della UCCP Pediatrica	Pag.
2.7.4 – UCCP Pediatriche programmate	Pag.
2.8 - La Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS)	Pag.
2.9 - L’Ospedale di Comunità (OdC)	Pag.
2.9.1 - Definizione e caratteristiche generali	Pag.
2.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero	Pag.
2.9.3 – Scopi	Pag.
2.9.4 - Modalità di ammissione	Pag.
2.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave	Pag.
CAPITOLO 3 - Area della Cronicità	Pag.
3.1 - La presa in carico del paziente fragile	Pag.
3.1.1 - Introduzione	Pag.
3.1.2 - La promozione della salute, l’educazione sanitaria e la diagnosi precoce	Pag.
3.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale	Pag.
3.1.4 - Il sistema informativo	Pag.
3.1.5 - Il ruolo del distretto sanitario e le cure domiciliari	Pag.
3.1.6 - La presa in carico dell’assistito	Pag.
3.1.7 - Finalità	Pag.
3.2 - Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	Pag.
CAPITOLO 4 - Area dell'Infanzia	Pag.
4.1 - L’Ambulatorio di Continuità Assistenziale Pediatrica (ACAP)	Pag.
4.1.1 - Introduzione	Pag.
4.1.2 - Orari, target, responsabilità	Pag.
4.1.3 - Personale	Pag.
4.1.4 - Attività	Pag.
4.1.5 - Scopi	Pag.
4.1.6 - Requisiti e dotazione dell’ambulatorio	Pag.
4.1.7 - Fasi della sperimentazione e verifica dei risultati	Pag.
4.1.8 - Modalità di finanziamento	Pag.
CAPITOLO 5 - Area della Disabilità	Pag.
5.1 - Presa in carico e valutazione del bisogno dei soggetti adulti	Pag.
5.1.1- Introduzione	Pag.
5.1.2 -Presa in carico riabilitativa precoce e continuità assistenziale	Pag.
5.2 - L’Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo ospedale-territorio	Pag.
5.2.1 - Introduzione	Pag.
5.2.2 - Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali	Pag.
5.2.3 - La unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale - territorio	Pag.
5.2.4 - Composizione	Pag.
5.2.5 - Scopi	Pag.
5.3 – La presa in carico dei soggetti in età evolutiva	Pag.
5.3.1 - Introduzione	Pag.
5.3.2 – La presa in carico	Pag.

5.4 - I disturbi dello spettro autistico	Pag.
5.3.1 - Introduzione	Pag.
5.3.2 – La realizzazione della rete di assistenza	Pag.
5.3.3 – Scopi della rete	Pag.
5.3.4 – Il ruolo della scuola del pediatra e della famiglia	Pag.
5.3.5 – La funzione esercitata dalla Regione e il sostegno alle famiglie	Pag.
5.3.6 – Il coordinamento aziendale	Pag.
5.3.7 – Il ruolo del territorio	Pag.
5.3.8 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie	Pag.
CAPITOLO 6 - Area della Salute Mentale	Pag.
6.1 - I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)	Pag.
6.1.1 – Introduzione	Pag.
6.1.2 – La realizzazione della rete di assistenza e il coordinamento regionale	Pag.
6.1.3 – Scopi della rete	Pag.
6.1.4 – I nodi della rete	Pag.
CAPITOLO 7 - Area delle Dipendenze	Pag.
7.1 - Il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)	Pag.
7.1.1 - Introduzione	Pag.
7.1.2 – L’osservatorio regionale e aziendale	Pag.
7.1.3 - Scopi	Pag.
7.1.4 – Importanza dei sintomi “sentinella”	Pag.
7.1.5 – L’assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze	Pag.
7.1.6 – Il ruolo delle associazioni di volontariato e del terzo settore	Pag.
7.1.7 – L’attivazione di posti residenziali	Pag.
CAPITOLO 8 - Area della Fase di fine vita	Pag.
8.1 - I Centri residenziali per le cure palliative: gli Hospice	Pag.
8.1.1 - Introduzione	Pag.
8.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato	Pag.
8.1.3 – L’uniforme sviluppo territoriale degli Hospice	Pag.
8.1.4 – La rete di assistenza al paziente pediatrico	Pag.
8.1.5 – Scopi	Pag.
CAPITOLO 9 – Area della Non Autosufficienza	Pag.
10.1 - Introduzione	Pag.
10.2 – La domiciliarità	Pag.
10.3 – La residenzialità	Pag.
10.4 – Le RSA e i Centri Diurni	Pag.
CAPITOLO 10 - L’utilizzo dei Fondi Strutturali Europei 2014-2020 e dei Finanziamenti Europei Diretti	Pag.
10.1 - Introduzione	Pag.
10.2 - Il contesto di riferimento	Pag.
10.3 - Le linee programmatiche	Pag.

10.4 - Procedure attuative

Pag.

ALLEGATI

Allegato A - Scheda Sinottica ASL di Avellino

Pag.

Pag.

Allegato B - Scheda Sinottica ASL di Benevento

Pag.

Allegato C - Scheda Sinottica ASL di Caserta

Pag.

Allegato D - Scheda Sinottica ASL di Napoli 1 Centro

Pag.

Allegato E - Scheda Sinottica ASL di Napoli 2 Nord

Pag.

Allegato F - Scheda Sinottica ASL di Napoli 3 Sud

Pag.

Allegato G - Scheda Sinottica ASL di Salerno

Pag.

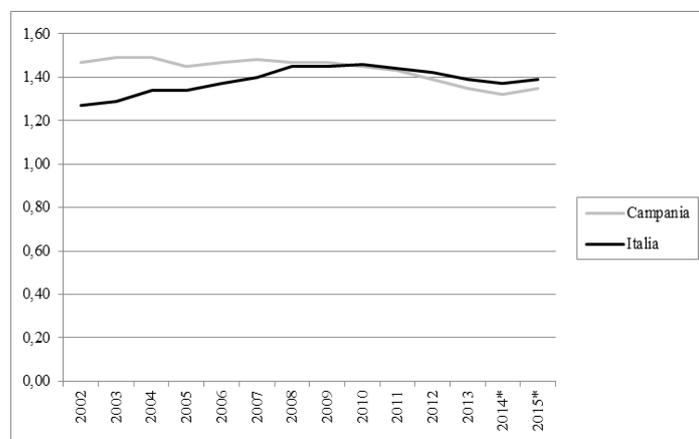
PREMESSA

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

Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza e a tale cambiamento del quadro nosologico si è affiancato il crescente progresso registrato in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

Di seguito si riportano i risultati relativi alla Campania per alcuni indicatori demografici selezionati tra le aree tematiche analizzate nel Rapporto OsservaSalute 2015. Questi, da un lato dimostrano come anche in Campania il ricambio generazionale non sia più garantito e, dall'altro, come a livello regionale la speranza di vita alla nascita e il tasso di mortalità siano ancora sensibilmente lontani dal valore nazionale.

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



*Dati non presenti nel Rapporto OsservaSalute 2015

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

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

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

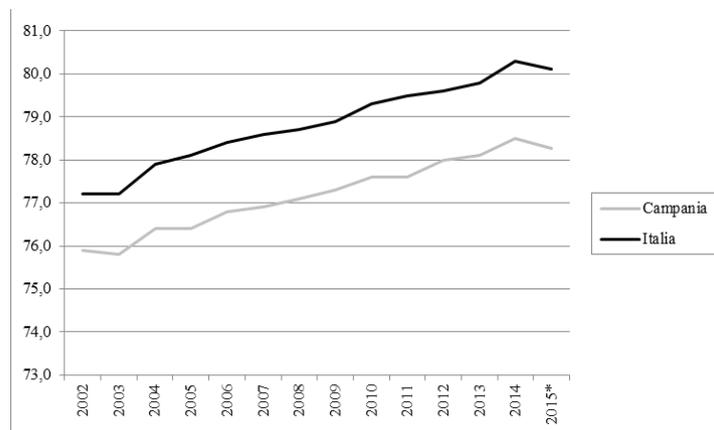
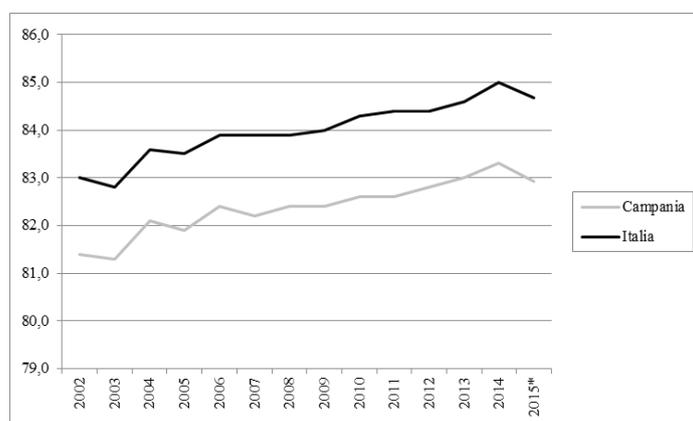


Fig. 3 - Speranza di vita (anni) alla nascita (Femmine) - Anni 2002/15



*Dati provvisori non presenti nel Rapporto Osservasalute 2015

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

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

Fig. 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità (Maschi) - Anni 2006/12

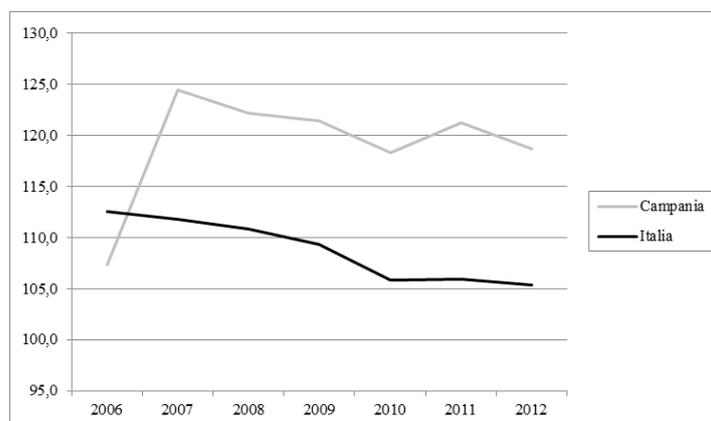
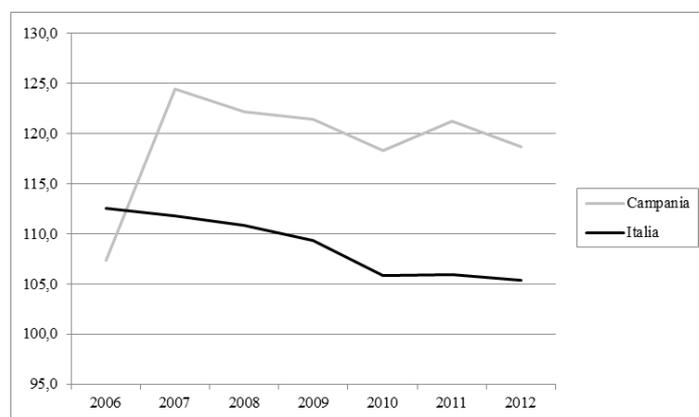


Fig. 5 Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità (Femmine) – Anni 2006/2012



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

La lettura dei riportati indici suggerisce che diventa sempre più pressante l'esigenza di favorire il cambiamento adottando modalità assistenziali focalizzate sullo sviluppo delle cure primarie, senza considerare che la riorganizzazione ed il riequilibrio del sistema ne garantiranno anche la sostenibilità arginando sprechi e

inefficienze. Esistono, infatti, ampi margini di miglioramento dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche conseguibili, non tanto attraverso la somministrazione di un farmaco innovativo o l'erogazione di sempre più sofisticate prestazioni diagnostiche, ma, attraverso anche la revisione dei processi assistenziali che devono essere improntati alla ricerca di una sempre maggiore appropriatezza del luogo di cura ed alla gestione integrata e multidisciplinare.

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, richiede però di abbandonare la visione ospedalocentrica, che ancora oggi contraddistingue la sanità campana, realizzando un distretto socio-sanitario forte in grado di essere leader della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

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

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

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

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

Appare, pertanto, non ulteriormente rinviabile rimodulare l'offerta assistenziale territoriale sviluppando nuovi modelli organizzativi delle cure primarie che siano in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla

globalità dell'approccio superando l'attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l'assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie.

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

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

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

1.1 - Il territorio

Il territorio della Regione Campania si sviluppa a ovest lungo il litorale della costa tirrenica e a est lungo l'Appennino Campano. La zona costiera comprende quattro golfi separati tra loro da grandi promontori (golfo di Gaeta, golfo di Napoli, golfo di Salerno e golfo di Policastro); nel golfo di Napoli sono presenti le isole di Capri, Ischia, e Procida; la zona montuosa comprende l'altopiano del Matese, i monti del Sannio, quelli dell'Irpinia, i Picentini, i Lattari e l'altopiano del Cilento. Le coste e le isole campane hanno una spiccata vocazione turistica per cui, nei mesi più temperati dell'anno, la popolazione effettiva aumenta considerevolmente; in particolare l'isola di Ischia, che già normalmente ha una popolazione residente di 64.028 ab, rappresenta la terza isola più popolosa d'Italia dopo la Sicilia e la Sardegna.

Al considerevole sviluppo delle coste si affianca la presenza di numerosi piccoli porti turistici e da diporto e di due grandi porti che rivestono un ruolo importante per il sistema industriale, commerciale e turistico. Questi ultimi si affacciano sulle città di Napoli e di Salerno e rappresentano importanti scali internazionali per la movimentazione delle merci, per il traffico petrolifero e quello crocieristico. Entrambi sono dotati di importanti stazioni marittime di cui quella di Napoli con i suoi 12 Km² di superficie e i dieci approdi per navi di medio e grande tonnellaggio è la più vasta dell'intero globo, mentre, quella di Salerno, di recente realizzazione, rappresenta un prestigioso monumento di architettura moderna progettato dall'architetto e designer iracheno Zaha Hadid.

La Campania è tra le regioni italiane a più alta biodiversità e tra le più interessanti dal punto di vista naturalistico e paesaggistico. Il 50,4% dei comuni della Campania è incluso nel sistema delle aree protette, per complessivi 367.548 ettari che rappresentano circa il 27% del territorio regionale.

Il territorio della regione si suddivide in cinque province, Napoli, Avellino, Benevento, Caserta, e Salerno; si estende su un suolo di 13.670,95 km² e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e a est con la Puglia e la Basilicata. La Campania è la 12^a regione italiana per superficie, il suo territorio rappresenta il 4,51% dell'intero territorio nazionale ed è per il 50,8% collinare, per il 34,6% montuoso e per il restante 14,6% pianeggiante

1.2 - La popolazione

La popolazione totale residente è pari a 5.850.850 abitanti (dato Istat all'01/01/2016), è ripartita in 550 comuni ed ha una densità media di 427,98 abitanti per km² (media italiana: 200,84 ab/Km²), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità.

Tabella n.1 - Popolazione residente ripartita per provincia

Provincia	N. comuni	Estensione territoriale (km ²)	Popolazione (N. Abitanti)	Densità abitativa (N. ab/km ²)
Avellino	118	2.806,07	425.325	151,57
Benevento	78	2.080,44	280.707	134,93
Caserta	104	2.651,35	924.414	348,66
Napoli	92	1.178,93	3.113.898	2.642,59
Salerno	158	4.954,10	1.106.506	223,35
Totale	550	13.670,89	5.850.850,00	427,98

Fonte: tuttitalia.it

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

Fig. 6 - Densità abitativa della Regione Campania

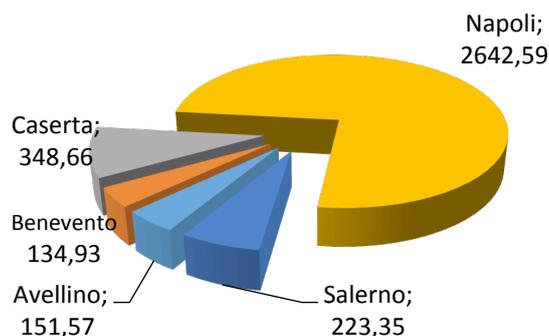
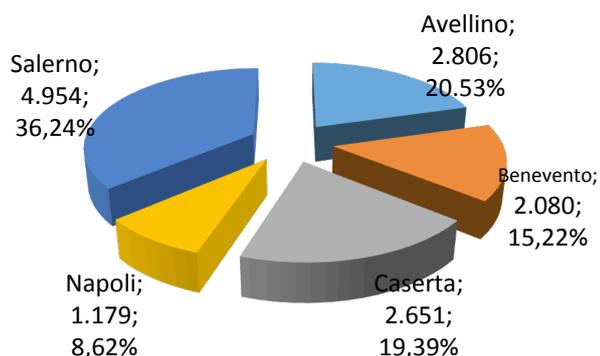


Fig. 7 - Estensione territoriale della Regione Campania



Si evidenzia, altresì, che all'interno delle diverse province la popolazione residente varia considerevolmente anche in relazione allo sviluppo delle attività presenti sul territorio, per cui risultano particolarmente popolate le zone dell'area metropolitana di Napoli, le aree contermini, e alcune zone del casertano.

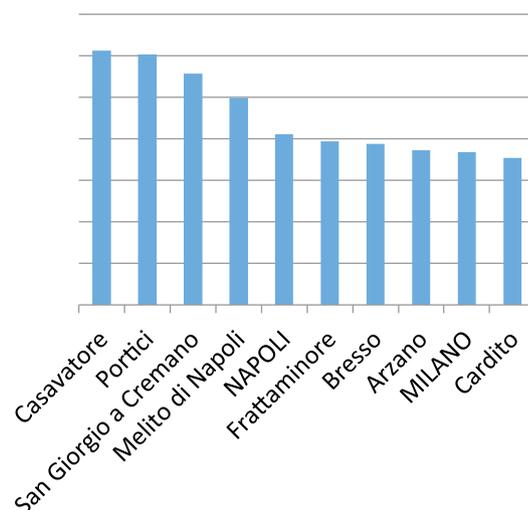
Da un'elaborazione dei dati ISTAT presentata sul sito <http://www.tuttitalia.it>

emerge che tra i primi 50 Comuni italiani per densità demografica sono compresi 29 comuni Campani appartenenti alle province di Napoli (inclusa la città di partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

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

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

Fonte:tuttitalia.it



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

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

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

Provincia	Popolazione 0-14 a.		Popolazione 15-64 a.		Popolazione > 65 a.		Popolazione totale
	numero	%	numero	%	numero	%	
Avellino	54.582	12,8	281.145	66,1	89.598	21,1	425.325
Benevento	35.702	12,7	182.975	65,2	62.030	22,1	280.707
Caserta	145.844	15,8	624.054	67,5	154.516	16,7	924.414
Napoli	501.204	16,1	2.091.210	67,2	521.484	16,7	3.113.898
Salerno	153.422	13,9	735.628	66,5	217.456	19,7	1.106.506
Totale	890.754	15,2	3.445.474	66,9	1.045.084	17,9	5.850.850

Fonte:dati ISTAT 2016

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e

indice di dipendenza strutturale) ripartiti per ASL e per singolo comune (cfr. anche schede di dettaglio negli Allegati) è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionale, regionale e del mezzogiorno. Tali disomogeneità si registrano sia tra le diverse province della regione che tra i comuni appartenenti alla stessa provincia risultando che il beneventano e l'avellinese comprendono realtà che si caratterizzano per valori degli indici strutturali di gran lunga superiori a quelli sotto riportati. Tali differenze offrono utili spunti di riflessione da avere a riferimento per orientare una corretta programmazione sociale e sanitaria.

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

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

Fonte: dati ISTAT 2016

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

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

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

L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto percentuale tra gli individui in età non attiva (0-14 anni + over 65 anni) e gli individui in età attiva (14-64 anni); indica quante persone ci sono in età non attiva ogni 100 di età attiva e fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Valori superiori al 50 % indicano una condizione di squilibrio generazionale.

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

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

perseguire l'omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi, l'uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, al tempo stesso, l'omogeneità del sistema di gestione, organizzazione ed erogazione dei servizi territoriali di natura sociosanitaria, con la Deliberazione n. 320 del 03/07/2012 e successive modifiche (D.G.R. n 144/2016) la Giunta regionale ha disposto il processo di riallineamento tra gli Ambiti Territoriali (n.68) e i Distretti Sanitari.

1.4 - L'integrazione socio-sanitaria

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

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

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

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

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

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

dei cittadini.

Se poi a tali diseguaglianze si aggiungono l'invecchiamento della popolazione (marcato soprattutto nelle province di Avellino e Benevento, a sud di Salerno e nell'alto casertano), l'adozione di stili di vita non salutari (quali la diffusione del fumo, la sedentarietà, l'eccesso ponderale, il tasso di obesità infantile) e l'aumento delle patologie croniche, si comprende come risulti strategico adottare politiche integrate per la salute che consentano di superare definitivamente gli interventi di tipo settoriale e la frammentazione e duplicazione della risposta assistenziale, causa di inappropriatezza e spreco di risorse.

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: dati ISTAT 2016

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

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

Fonte: dati ISTAT 2016

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

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

Fonte: dati ISTAT 2016

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

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

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

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

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

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

<i>ASL Napoli 3 Sud</i>							
Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni n.	Pop. 0-14 a.	Pop. 15-64 a.	Pop. > 65 a.	Pop. totale
Ambito N 11	Distretto n. 34	Portici	1	7.881	34.936	12.457	55.274
Ambito N 22	Distretto n. 48	Mariglianella	6	17.621	71.137	15215	103.973
Ambito N 23	Distretto n. 49	Nola	14	16.454	74.686	18.750	109.890
Ambito N 24	Distretto n. 50	Volla	4	10.470	42.190	8.368	61.028
Ambito N 25	Distretto n. 51	Pomigliano d'Arco	2	10.499	45.203	11.891	67.593
Ambito N 26	Distretto n. 52	Palma Campania	7	22.042	92.159	17.601	131.802
Ambito N 27	Distretto n. 53	Castellammare di Stabia	1	10.576	43.255	12.635	66.466
Ambito N 28	Distretto n. 54	San Giorgio a Cremano	2	7.964	34.736	12.053	54.753
Ambito N 29	Distretto n. 55	Ercolano	1	8.768	35.285	9.656	53.709
Ambito N 30	Distretto n. 56	Torre Annunziata	4	14.869	58.758	16.694	90.321
Ambito N 31	Distretto n. 57	Torre del Greco	1	13.802	56.529	15.944	86.275
Ambito N 32	Distretto n. 58	Pompei	8	19.030	73.466	17.202	109.698
Ambito N 33	Distretto n. 59	Vico Equense	6	12.295	53.582	16.260	82.137
TOTALI			47	172.271	715.922	184.726	1.072.919

Fonte: dati ISTAT 2016

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

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

Fonte: dati ISTAT 2016

CAPITOLO 2 - Le nuove articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario

2.1 - Introduzione

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

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

Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente differenziazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, determina la frammentazione e duplicazione degli interventi con allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali più elevati.

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

Inoltre, ancora oggi è alquanto carente l'azione di filtro esercitata dal territorio per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al pronto soccorso ospedaliero bypassando del tutto il livello delle cure primarie.

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

Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 08.11.2012 le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica,

tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

Le stesse Regioni, ai sensi del Patto per la Salute 2014/2016 (art. 5 co. 1), al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie.

Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale.

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

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

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

l'obiettivo di:

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

2.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

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

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

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

Il governo dell'intero sistema è affidato al Direttore di Distretto che lo esercita, anche per il tramite dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD). Ed è attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell'assistito, dell'integrazione professionale ed organizzativa che il territorio esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al pronto soccorso, dei ricoveri inappropriati, dei ricoveri ripetuti e/o prolungati.

La programmazione distrettuale che si estrinseca nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) include, dunque, le nuove forme organizzative previste dal presente Piano anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e

frammentazione dei servizi e relative attività. In particolare, per la UCCP è previsto un sistema di finanziamento a budget e nell'ambito del processo sono definiti obiettivi di salute da perseguire, indicatori, frequenza del monitoraggio, tempi di verifica intermedia e finale con possibilità di apportare modifiche in corso d'opera.

La presente programmazione impegna le Direzioni Generali delle Asl ad adottare, in linea con le indicazioni ivi presenti, il PAT entro 60 giorni dalla data di pubblicazione di questo Piano sul BURC. Entro 90 giorni dalla pubblicazione le stesse Aziende sono impegnate ad adottare specifico cronoprogramma operativo del PAT con la esplicitazione specifica di responsabilità e scadenze

2.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

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

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri inappropriati e i ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche e relative complicanze,
- assicurare l'appropriatezza dell'ambito di cura, la permanenza della persona al proprio domicilio, la continuità assistenziale e le dimissioni protette,
- implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per le cronicità garantendo l'addestramento del paziente all'autogestione consapevole della malattia e l'adozione della medicina di iniziativa,
- perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale e l'assunzione di più corretti stili di vita,
- effettuare una maggiore azione di contrasto al fenomeno della migrazione sanitaria nelle aree di confine con altre regioni,
- mirare al recupero in efficacia ed in efficienza a garanzia di una maggiore sostenibilità delle cure.

2.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

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

2.5.1 - Definizione e caratteristiche generali

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

Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT.

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

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

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

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

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

Il presente Piano prevede che tale forma di aggregazione sia realizzata anche per i pediatri di famiglia. L'Azienda deve attivare almeno una AFT pediatrica per ciascun distretto sanitario e, comunque, nella definizione del numero, adotta i seguenti ulteriori criteri di contesto:

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

Per le isole e le zone cosiddette disagiate, ove il numero di PLS non consente di realizzare le relative AFT, al fine di garantire l'equità nell'accesso e fruibilità dei servizi, il presente Piano prevede la possibilità che siano attivate AFT della pediatria di libera scelta integrate con le AFT della medicina generale i cui medici partecipano annualmente a specifica attività formativa inerente all'età pediatrica. Considerato quanto sopra, si stima di realizzare in ambito regionale 84

AFT pediatriche.

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

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

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

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

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a rapporto orario (continuità assistenziale) costituiscono per gli assistiti un preciso riferimento a cui rivolgersi negli orari di chiusura dello studio del MMG o del PLS, ovvero dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni della settimana, dalle ore 10.00 alle ore 20.00 del sabato e dalle ore 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni festivi.

La descritta articolazione degli orari di attività della AFT dovrà essere adeguata dalle ASL in caso di eventuale diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata **e/o in presenza di specifici accordi aziendali ai sensi del co.6 dell'art.5 – capo 4° del vigente AIR, anche in relazione alla istituzione del numero unico per le chiamate mediche non urgenti (116 117).**

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

2.5.3 - Compiti e funzioni

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

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

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

La AFT dei PLS, inoltre, si impegna principalmente:

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

2.5.4 - Scopi

Di seguito si riportano i principali scopi perseguiti dalla AFT:

- equità di accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- diffusione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM;
- appropriatezza clinica ed organizzativa;
- comportamenti che valorizzano la qualità;

- miglior uso possibile delle risorse applicando i principi dell'efficienza e dell'efficacia nell'ambito dell'esercizio delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

2.5.5 - Coordinamento

I medici che compongono la AFT individuano al loro interno un coordinatore, resosi disponibile a svolgere tale funzione, che abbia specifica esperienza e formazione nell'ambito del governo clinico, dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione e gestione dei processi di cura.

Al coordinatore di AFT, individuato dai MMG o dai PLS, l'Azienda, oltre ad affidare la responsabilità organizzativa della AFT, assegna il compito di:

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

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

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

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

2.5.6 - Sistema informatico e informativo

Il successo del modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in regione Campania dipende anche dallo sviluppo di adeguati sistemi informatici ed informativi e, a tal fine, i MMG costituiscono la rete della AFT e garantiscono che

questa sia in grado di interfacciarsi con i sistemi operativi della Azienda Sanitaria (CUP - Sistema TS - ricetta elettronica). Inoltre, per ciascun assistito di AFT deve essere attivata la scheda sanitaria informatizzata individuale e il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e i medici di ciascuna aggregazione condividono, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy e di sicurezza, i dati clinici degli assistiti che ne fanno parte. Ciò consente di garantire la continuità delle cure, di supportare le previste attività di peer review e di monitorare l'attività dell'aggregazione.

Relativamente alla gestione della cronicità il sistema informativo deve prevedere:

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

2.5.7 - Fondo di AFT

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

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

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

2.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

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

2.6.1 - Definizione e caratteristiche generali

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

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

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

2.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività

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

La UCCP dovrà essere di norma a sede unica, ma potrà avere anche una sede di riferimento con eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in rete tra loro.

Per definire concretamente l'area territoriale di riferimento di ciascuna struttura ciascuna ASL dovrà considerare la distanza dell'assistito dalla sede della UCCP e i tempi di percorrenza che, in considerazione delle diverse condizioni orografiche e individuata l'automobile come mezzo di trasporto principalmente utilizzato, di norma, possono essere al massimo di 30/40 minuti.

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

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

Le Aziende Sanitarie dovranno adeguare la descritta articolazione degli

orari di attività della UCCP in caso di diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata.

2.6.3 - Compiti e funzioni

La UCCP assicura i seguenti compiti e funzioni:

- intercetta e decodifica la domanda di salute;
- garantisce l'equità e facilità di accesso attraverso l'attivazione del Punto Territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) per il recepimento unitario della domanda;
- effettua l'attività di prevenzione ;
- prevede la partecipazione attiva dei MMG alle campagne di screening promosse dalle Aziende;
- assicura la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili (c.d. codici bianchi);
- adotta un approccio proattivo di iniziativa ed il modello del disease management per le principali patologie croniche (diabete, piede diabetico e ulcere cutanee, scompenso cardiaco, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, demenze) prevedendo che agli ambulatori dedicati per patologia tenuti dal MMG sia presente anche lo specialista ambulatoriale;
- persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
- sviluppa l'assistenza domiciliare, le ammissioni/dimissioni protette e la terapia del dolore, nonché, la risposta al bisogno sociosanitario di natura complessa adottando gli strumenti della valutazione multidimensionale e della definizione del progetto assistenziale personalizzato;
- garantisce la continuità delle cure e la presa in carico con follow-up multidisciplinare dei bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento della regione Campania.

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

Di seguito si riportano per l'area clinico-assistenziale i servizi e le attività standard che la UCCP di norma dovrà assicurare a regime:

- Ambulatorio MMG;
- Ambulatorio PLS;
- Continuità Assistenziale;
- Ambulatori specialistici;

- Centro Vaccinale;
- Consultorio Familiare;
- Promozione della salute – educazione sanitaria;
- Screening;
- Assistenza riabilitativa;
- Assistenza protesica;
- Ambulatorio infermieristico;
- Punto prelievi;
- Punto di Accesso Territoriale e Servizio sociale;
- Unità di Valutazione Integrata (UVI).

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

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

2.6.4 - Modalità di Accesso

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

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

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

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

2.6.5 - Scopi

Di seguito si riportano i principali obiettivi perseguiti dalla UCCP:

- favorire la presa in carico integrata dell'assistito;
- assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette;
- garantire l'appropriatezza prescrittiva sia per quanto attiene all'assistenza farmaceutica che quella specialistica;
- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati;
- implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio.

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

La UCCP deve operare in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili - RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale - SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale / Ambito Sociale di Zona.

Tali sinergie sono raggiunte con l'attività assicurata dal Coordinatore di UCCP e attraverso la condivisione di specifiche intese definite dal Direttore di Distretto.

2.6.7 - Coordinamento

La responsabilità organizzativa e gestionale della UCCP è affidata dall'Azienda ad un coordinatore individuato tra i medici in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie.

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

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

2.6.8 - Sistema informatico ed informativo

Anche per la UCCP la presente programmazione sottolinea l'importanza di un adeguato sistema informatico e informativo con le medesime caratteristiche e

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

2.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle Associazioni di volontariato

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

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

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

2.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree

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

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

Il Piano individua una articolazione degli spazi in 3 aree:

area clinico-assistenziale: deputata alle attività di prevenzione e alla erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

area di supporto: deputata alle attività di accoglienza - informazione - CUP - gestione delle agende dei MMG/PLS - ticket - attesa, all'attività di coordinamento medico e delle professioni sanitarie, a quella amministrative di back-office e agli spazi per le riunioni e per le attività formative degli operatori

area dei servizi: da destinare ad archivio – depositi – spogliatoi – servizi igienici.

2.6.11 – Standard di attrezzature

Al fine di assicurare equità di trattamento ai cittadini, di seguito si indica la dotazione ottimale di attrezzature sanitarie presenti in ciascuna UCCP:

- elettrocardiografo ambulatoriale;
- elettrocardiografo portatile;
- ECG-MAP (monitoraggio ambulatoriale della pressione);
- ecografo ambulatoriale con color-doppler dotato di sonda cardiologica, lineare e convex;
- ecografo portatile;
- spirometro;
- pulsossimetro;
- glucometro;
- coagulometro;
- lettore per urine;
- bilancia pesa-persone;
- sfigmomanometro con bracciali standard, bambini e obesi;
- attrezzature per ambulatorio oculistico (proiettore ottometrico - lampada a fessura - autorefrattometro - oftalmoscopio diretto ed indiretto - lente da 90 e 20 diottrie - tonometro a soffio e ad applanazione - frontifocometro e retinografo - sgorbie e frese per corpi estranei);
- attrezzature per ambulatorio otorino (riunito ORL - endoscopia a fibre ottiche - speculi auricolari - speculi nasali - pinze - cabina audiometrica con apparecchio per esame tonale e vocale - impedenzometro);
- poltrona ginecologica;
- lampada scialitica;
- strumentazione chirurgica;
- carrello per emergenza con pallone ambu;
- autoclave o sterilizzatrice a secco e imbustatrice;
- dermatoscopio;
- defibrillatore automatico;
- frigorifero per stoccaggio farmaci e vaccini con registrazione della temperatura con gruppo elettrogeno o di continuità a servizio;
- strumentazione per teleconsulto e telemedicina;
- attrezzatura informatica;
- tecnologia per proiezioni;
- totem interattivo.

2.6.12 - Standard di personale

Il personale della UCCP è sia dipendente delle ASL sia convenzionato (MMG, PLS, Specialista Ambulatoriale che partecipa formalmente alle nuove forme organizzative), acquisito da una società di servizio o da una cooperativa di

medicina generale e di norma appartiene alle seguenti tipologie e profili professionali:

- medico di assistenza primaria
- pediatra di libera scelta
- medico di continuità assistenziale
- medico della medicina dei servizi
- medico specialista ambulatoriale o dipendente nelle branche di:
 - endocrinologia/diabetologia
 - oculistica
 - neurologia
 - nefrologia
 - cardiologia
 - pneumologia e allergologia
 - medicina interna
 - geriatria
 - fisioterapia
 - ortopedia
 - ginecologia
 - neuropsichiatria infantile
 - chirurgia
 - otorino-laringoiatria
 - dermatologia
 - altro
- medico con competenze in terapia del dolore (anche MMG o PLS esperto)
- farmacista (ove la farmacia territoriale sia ospitata all'interno della UCCP)
- infermiere
- fisioterapista
- ostetrica
- assistente sociale anche dell'Ente locale
- operatore socio-sanitario
- personale amministrativo

Gli specialisti d'organo che operano nella UCCP hanno anche specifica formazione pediatrica.

Il personale sia esso dirigente, convenzionato o del comparto assume specifiche responsabilità in ordine ai servizi e attività garantite nell'ambito della UCCP ivi incluse quelle relative alla gestione proattiva della cronicità.

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

Le UCCP e le **Strutture Polifunzionali per la Salute – SPS** (cfr. paragrafo 2.8) sono collocate in sedi facilmente riconoscibili e identificabili da parte della

comunità di riferimento.

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

Il presente Piano prevede che, a regime, ciascuna Azienda Sanitaria realizzi almeno una UCCP in ogni Distretto Sanitario.

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

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

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

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

2.6.14 – Le UCCP programmate

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

Tabella n. 14 – Elenco UCCP ASL di Avellino

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 1-PO Ariano Irpino	UCCP.	in programmazione.	Ariano Irpino
Distretto Sanitario 1 - Presidio Grottaminarda	UCCP	in programmazione	Grottaminarda

Distretto Sanitario 3 - SPS di Bisaccia	UCCP	in programmazione	Bisaccia
Distretto Sanitario 3 PO Sant'Angelo dei Lombardi	UCCP	in programmazione	Sant'Angelo dei Lombardi

Figura 8 – Geolocalizzazione UCCP ASL di Avellino

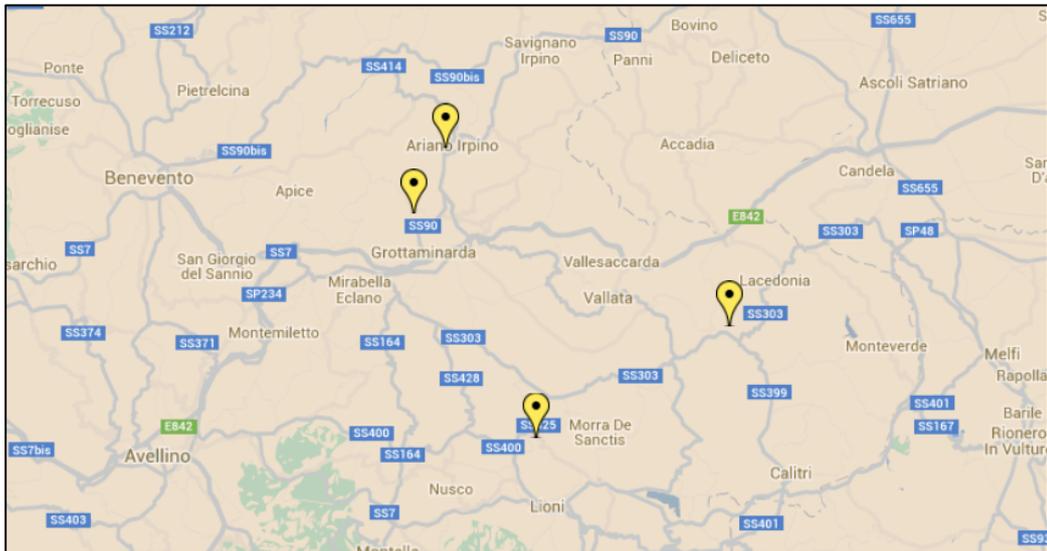


Tabella n. 15 – Elenco UCCP ASL di Benevento

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 7 (Via Minghetti)	UCCP	in programmazione	Benevento
Distretto Sanitario 8 (Via Manzoni)	UCCP	da potenziare	San Giorgio del Sannio
Distretto Sanitario 10 SPS di Cerreto Sannita	UCCP	da potenziare	Cerreto Sannita
Distretto Sanitario 11 SPS di San Bartolomeo in Galdo	UCCP	in programmazione	San Bartolomeo in Galdo

Figura 9 – Geolocalizzazione UCCP ASL di Benevento

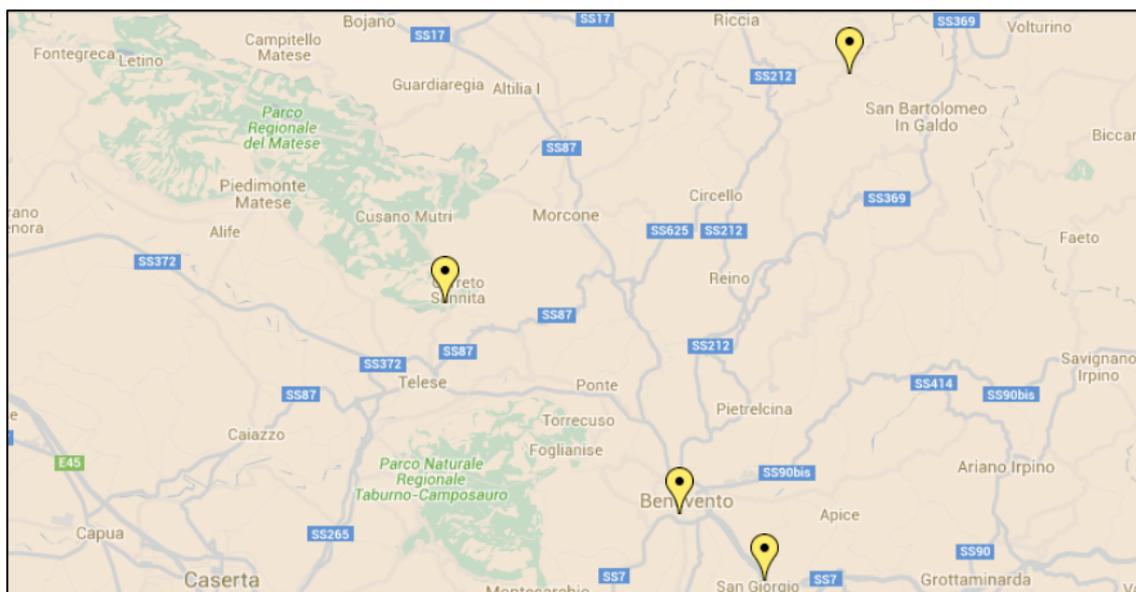


Tabella n. 16 – Elenco UCCP ASL di Caserta

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 14 Ex PO di Teano	UCCP	in programmazione	Teano
Distretto Sanitario n. 23 - Mondragone	UCCP	in programmazione	Mondragone

Figura 10 – Geolocalizzazione UCCP ASL di Caserta

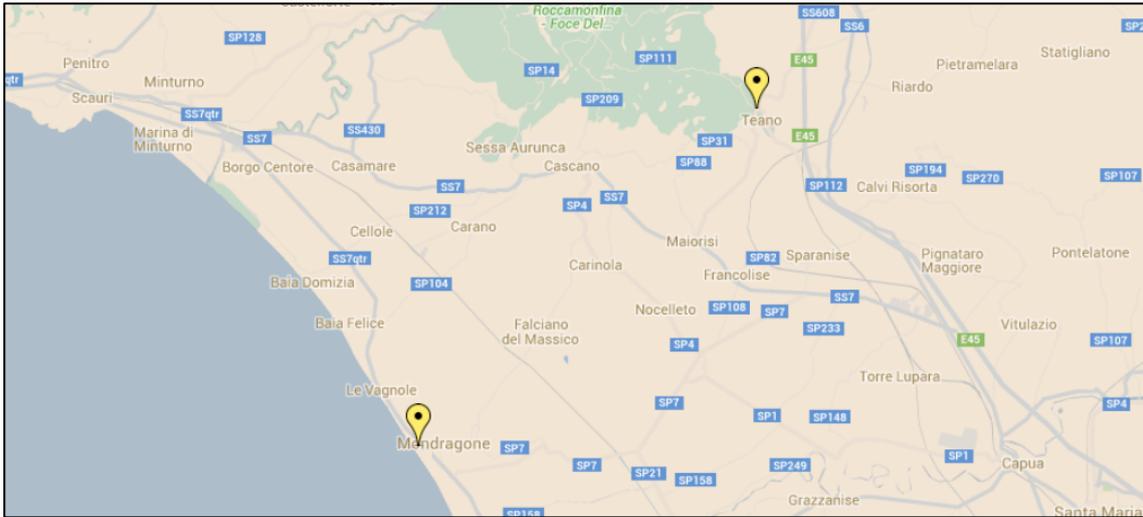


Tabella n. 17 – Elenco UCCP ASL Napoli 1 Centro

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 26 (Pianura)	UCCP	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 28 (Scampia)	UCCP	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 29 - PO San Gennaro	UCCP	in programmazione.	Napoli
Distretto Sanitario 23 (Poggioreale)	UCCP	in programmazione	Napoli
Distretto Sanitario 31 - PO Annunziata	UCCP pediatrica	in programmazione	Napoli

Figura 11 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 1 Centro



Tabella n. 18 – Elenco UCCP ASL Napoli 2 Nord

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

Figura 12 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 2 Nord

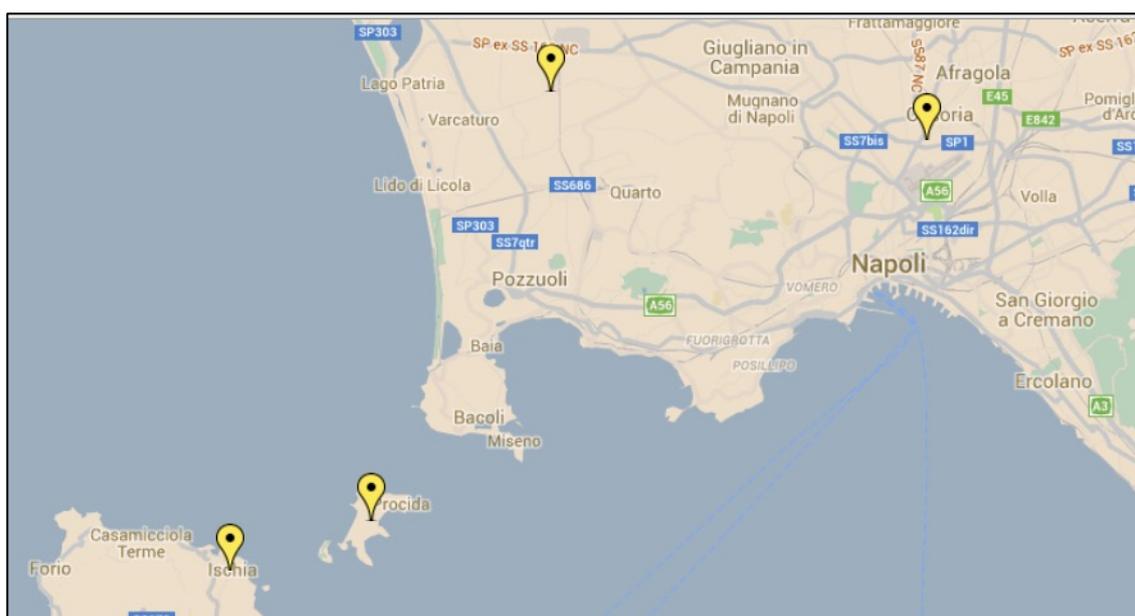


Tabella n. 19 – Elenco UCCP ASL Napoli 3 Sud

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

Figura 13 – Geolocalizzazione UCCP ASL Napoli 3 Sud

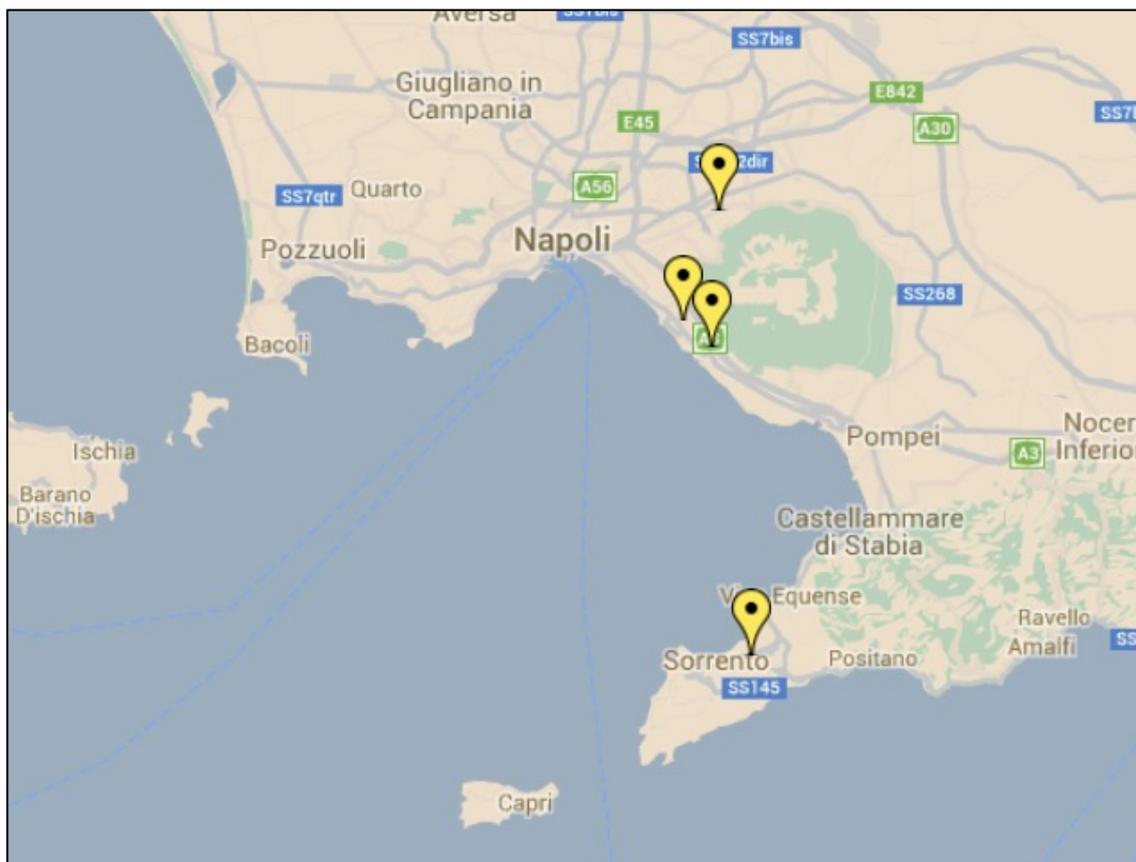
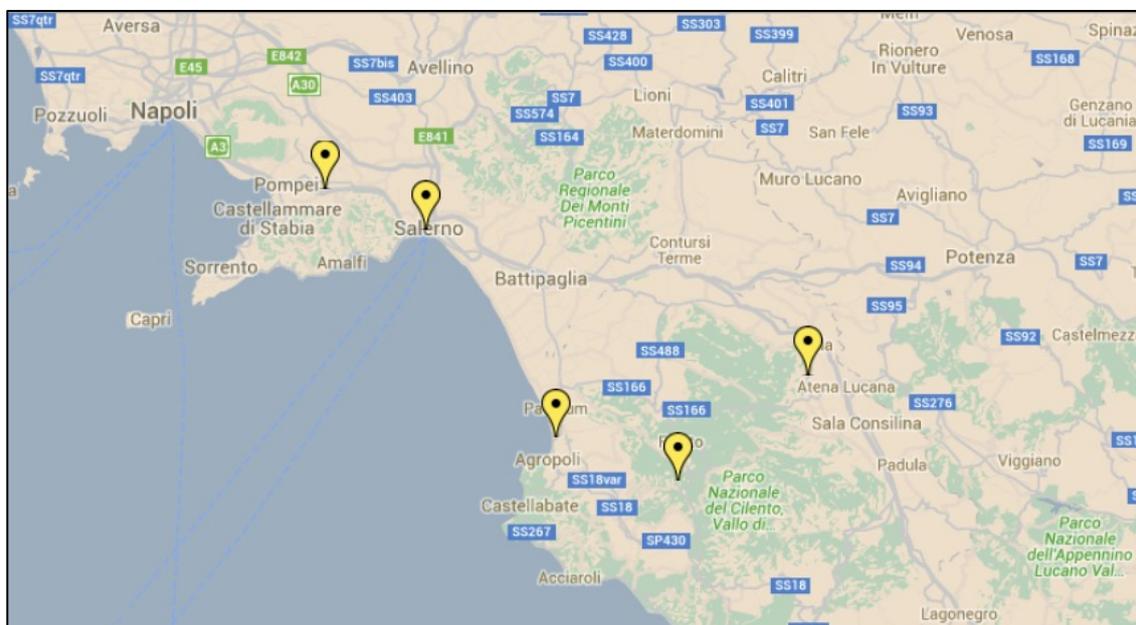


Tabella n. 20 – Elenco UCCP ASL Salerno

Nome	Tipologia	Status	Città
Distretto Sanitario 61 - PO di Scafati	UCCP.	in programmazione	Scafati
Distretto Sanitario 66 – Via Vernieri	UCCP	in programmazione	Salerno
Distretto Sanitario 70 - PO di Agropoli	UCCP.	in programmazione	Agropoli
Distretto Sanitario 72 di Sant'Arsenio	UCCP	in programmazione	Sant'Arsenio
Distretto Sanitario 70 di Stio	UCCP	in programmazione	Stio
Distretto Sanitario 65 di Eboli	UCCP	in programmazione	Buccino

Figura 14 – Geolocalizzazione UCCP ASL Salerno



2.7 La unità complessa di cure primarie pediatrica

Il presente piano prevede la realizzazione di almeno 2 UCCP pediatriche che in via prioritaria sono identificate:

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

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

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

2.7.1 - Caratteristiche generali

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

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

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

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

2.7.2 – Scopi

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

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

2.7.3 – Funzioni della UCCP pediatrica

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

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

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

Le Funzioni a prevalenza ASL- Distretto Sanitario comprendono:

- il punto di accesso territoriale;
- la Unità di Valutazione Integrata (UVI) che riconosce quale luogo privilegiato di intervento la casa del piccolo assistito e, pertanto, è in stretto

- collegamento con le cure domiciliari pediatriche;
- l'ambulatorio del PLS;
 - la U.O. Materno Infantile distrettuale con il consultorio familiare di II livello, il centro vaccinale e l'ambulatorio infermieristico;
 - la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) che assicura la continuità territoriale per l'assistenza riabilitativa pediatrica;
 - il punto di continuità assistenziale a vocazione pediatrica;
 - il punto prelievi;
 - la mediazione culturale;

Le Funzioni a prevalenza AORN comprendono:

- l'osservazione ambulatoriale breve diurna;
- gli ambulatori e il Day-Service pediatrico per le branche specialistiche orientativamente di:
 - endocrinologia
 - cardiologia
 - chirurgia
 - oculistica
 - ortopedia
 - otorino
 - foniatria
 - pneumologia ed allergologia
 - gastroenterologia
 - dermatologia
 - neurologia
 - urologia
 - dietologia.
- la riabilitazione pediatrica ambulatoriale;
- l'attività del Centro Regionale per lo screening delle malattie metaboliche;
- l'attività del Centro Regionale per la diagnosi e l'assistenza per le malattie rare;
- l'odontoiatria ed ortodonzia che comprende il follow-up ortodontico per i pazienti con pregresso intervento di cheilo-gnato-palatoschisi e l'attività ortodontica e odontoiatrica rivolta ai bambini con bisogni speciali.

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

Le Funzioni miste ASL-AORN comprendono:

- la neuropsichiatria infantile e dell'adolescente;

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

La UCCP pediatrica di Torre del Greco, che viene realizzata integrando le risorse territoriali e ospedaliere presenti all'interno della stessa ASL Napoli 3 Sud, assicura le funzioni a prevalenza ASL e **di massima** le attività specialistiche sopra elencate ad eccezione di quelle che l'AO di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione Santobono Pausilipon garantisce per l'intero ambito regionale.

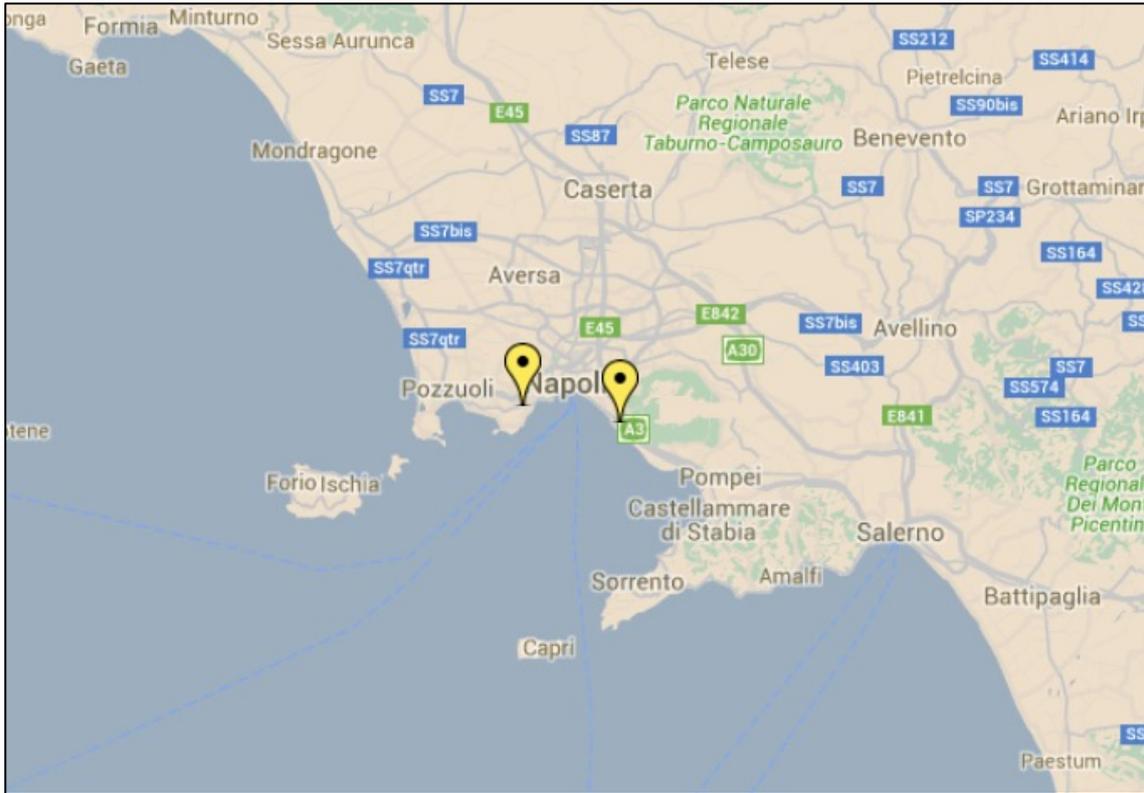
2.7.4 – UCCP pediatriche programmate

Di seguito sono evidenziate le prime due UCCP pediatriche programmate dal piano e peraltro già previste anche dal Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con DCA 33/2016.

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

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

Figura 14 – Geolocalizzazione UCCP pediatriche



2.8 - Le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

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

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

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

In altri termini, all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale

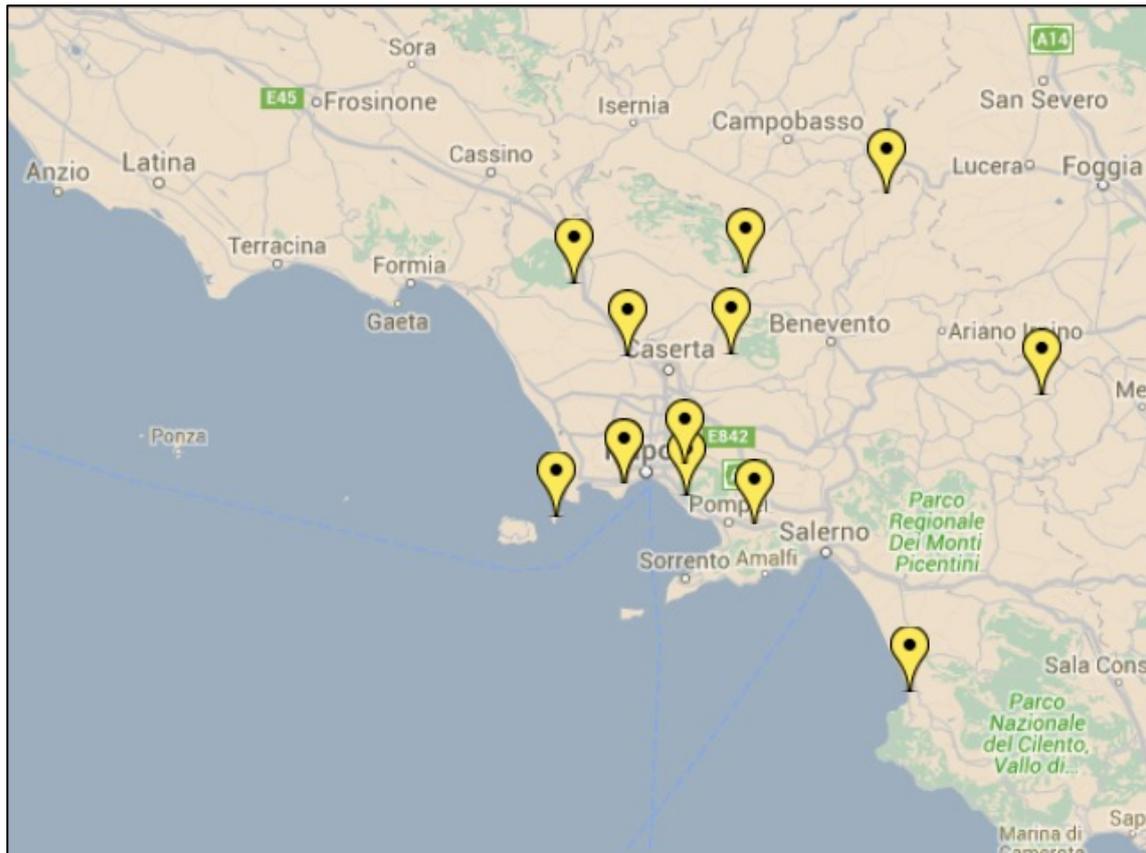
rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza.

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

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

ASL	Nome	Città
AV	Distretto Sanitario 3 - SPS di Bisaccia	Bisaccia
BN	Distretto Sanitario 11 -SPS di San Bartolomeo in Galdo	San Bartolomeo in Galdo
BN	Distretto Sanitario 10 - SPS di Cerreto Sannita	Cerreto Sannita
BN	SPS di Sant'Agata dei Goti	Sant'Agata dei Goti
CE	SPS di Capua	Capua
CE	Distretto Sanitario 14 -SPS di Teano	Teano
NA1	SPS Loreto-Crispi	Napoli
NA1	Distretto Sanitario 29 -SPS PO San Gennaro di Napoli	Napoli
NA2	Distretto Sanitario 36 -SPS PO G.Scotto di Procida	Procida
NA3	Distretto Sanitario 50 -SPS di Pollena Trocchia	Pollena Trocchia
NA3	Distretto Sanitario 57- SPS di Torre del Greco	Torre del Greco
SA	Distretto Sanitario 61 - SPS di Scafati	Scafati
SA	Distretto Sanitario 70 - SPS di Agropoli	Agropoli
SA	Distretto Sanitario 72 – SPS di S.Arsenio	S. Arsenio

Figura 15 – Geolocalizzazione delle SPS



2.9 – Gli Ospedali di Comunità (OdC)

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

2.9.1 - Definizione e caratteristiche generali

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

L'OdC possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero, le

risposte assistenziali residenziali (RSA) e quelle domiciliari (ADI) con le quali non si pone in una condizione di alternativa o di duplicazione, bensì, in stretto rapporto di collaborazione funzionale quale ulteriore nodo della rete di assistenza territoriale.

2.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero

I pazienti ricoverati presso l'OdC potranno provenire:

da una Unità Operativa di Presidio o Azienda Ospedaliera in quanto necessitano di prolungare la permanenza in un ambiente protetto al fine di:

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

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

2.9.3 – Scopi

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

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

2.9.4 - Modalità di ammissione

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

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

2.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave

Il MMG e il PLS si avvalgono delle consulenze specialistiche e delle

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

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

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

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

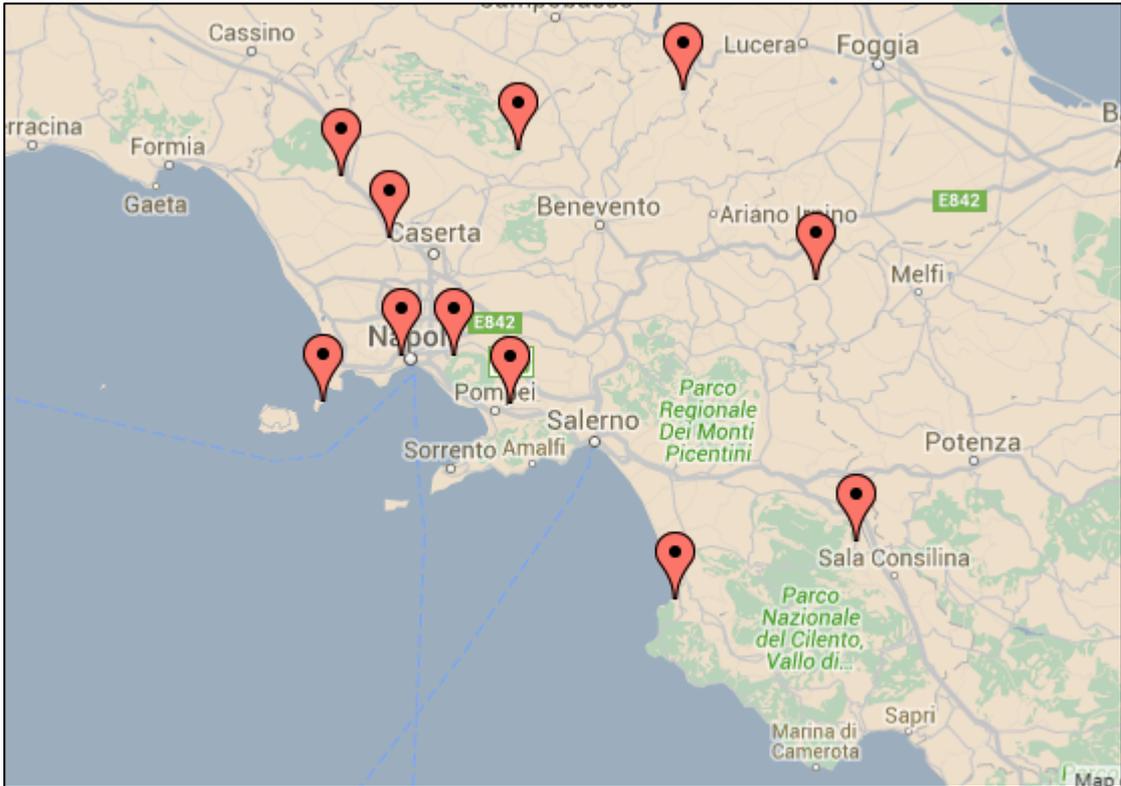
dall'attenzione posta dagli operatori nel favorire lo sviluppo dell'empowerment di pazienti e caregiver;

dall'attivazione delle risorse della comunità (associazioni di volontariato).

Tabella n. 23 – Elenco Ospedali di Comunità programmati

ASL	Nome	Posti letto	Status	Città
AV	Distretto Sanitario 3 - Ospedale di Bisaccia	10	in programmazione	Bisaccia
BN	Distretto Sanitario 10 - Ospedale di Cerreto Sannita	16	in programmazione	Cerreto Sannita
BN	Distretto Sanitario 11 - Ospedale di San Bartolomeo in Galdo	20	in programmazione	San Bartolomeo in Galdo
CE	Distretto Sanitario 14 - Ospedale di Teano	20	Attivo	Teano
CE	Distretto Sanitario 22 Ospedale di Capua	20	in programmazione	Capua
NA1	Distretto Sanitario 29 PO San Gennaro	20	in programmazione	Napoli
NA2	Distretto Sanitario 36 - Ospedale G.Scotto	10	in programmazione	Procida
NA3	Distretto Sanitario 50- PO di Pollena Trocchia	20	in programmazione	Pollena Trocchia
SA	Distretto Sanitario 72 PO di Sant'Arsenio	10	in programmazione	Sant'Arsenio
SA	Distretto Sanitario 70 - PO di Agropoli	10	in programmazione	Agropoli
SA	Distretto Sanitario 61 - PO di Scafati	20	in programmazione	Scafati

Figura 16 – Geolocalizzazione degli Ospedali di Comunità



CAPITOLO 3 - Area della Cronicità

3.1 - La presa in carico del paziente fragile

3.1.1 - Introduzione

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

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

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

L'OMS, nell'ambito dei Piani d'azione 2008-2013 e 2013-2020, evidenzia l'importanza che i Governi e le Amministrazioni intervengano nella prevenzione e controllo delle malattie croniche che vengono definite "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura.

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

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

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

da quello tradizionale e, sulla scorta della valutazione globale, mirare al miglioramento della qualità di vita.

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

Diventa dunque strategico:

assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centrato sulla persona;

responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso ivi incluso lo stesso paziente che deve partecipare in maniera proattiva all'intero processo e sottoscrivere un "patto di cura" con il team di assistenza;

superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;

mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;

sviluppare un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per una corretta gestione del paziente cronico il presente Piano persegue il riequilibrio territorio-ospedale e l'integrazione tra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera privilegiando il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali e l'utilizzo di strumenti operativi che si ispirano al disease management: solo così l'ospedale potrà finalmente rappresentare un nodo della rete impegnato per i soli interventi di alta specializzazione e in grado di interagire con il Distretto Sanitario.

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

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

diabete in applicazione della DGR n. 1168/2005, della L.R. n. 9/2009, dell'art. 9 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale del 2013, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 26/2014;

piede diabetico e ulcere cutanee in applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.3 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 43/2014;

bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in applicazione dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA

n. 40/2015;

scompenso cardiaco e ipertensione in applicazione delle Linee Guida di cui alla DGR n. 6960/2002, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA ;

nefropatie in applicazione delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA;

sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone in applicazione del DCA n. 51/2015;

demenze in applicazione del DCA n. 52/2015.

In prosieguo sono attivati gli ulteriori PDTA che la Regione individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati.

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

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

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

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

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

individuare canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa;

attivare anche nel territorio i Day Service Ambulatoriali per l'accesso ai Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), di cui alla DGR n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014, collegati ai 6 PDTA previsti dal presente Piano.

3.1.4 - Il sistema informativo

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

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

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

3.1.5 - Il ruolo del Distretto Sanitario e le Cure domiciliari

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

Figura 16 – L'organizzazione prevista dal "Chronic Care Model"

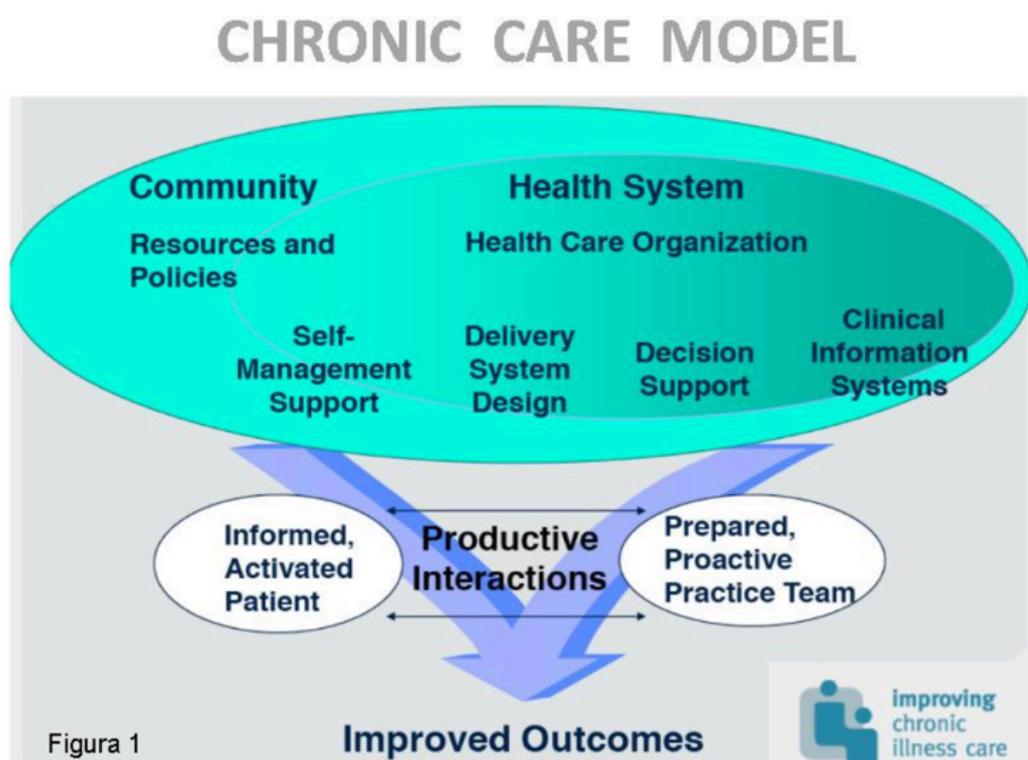


Figura 1

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

Gli Ospedali di Comunità e le restanti strutture intermedie residenziali e

semiresidenziali territoriali, previste dal Piano, costituiscono gli ulteriori nodi della rete di assistenza al paziente cronico.

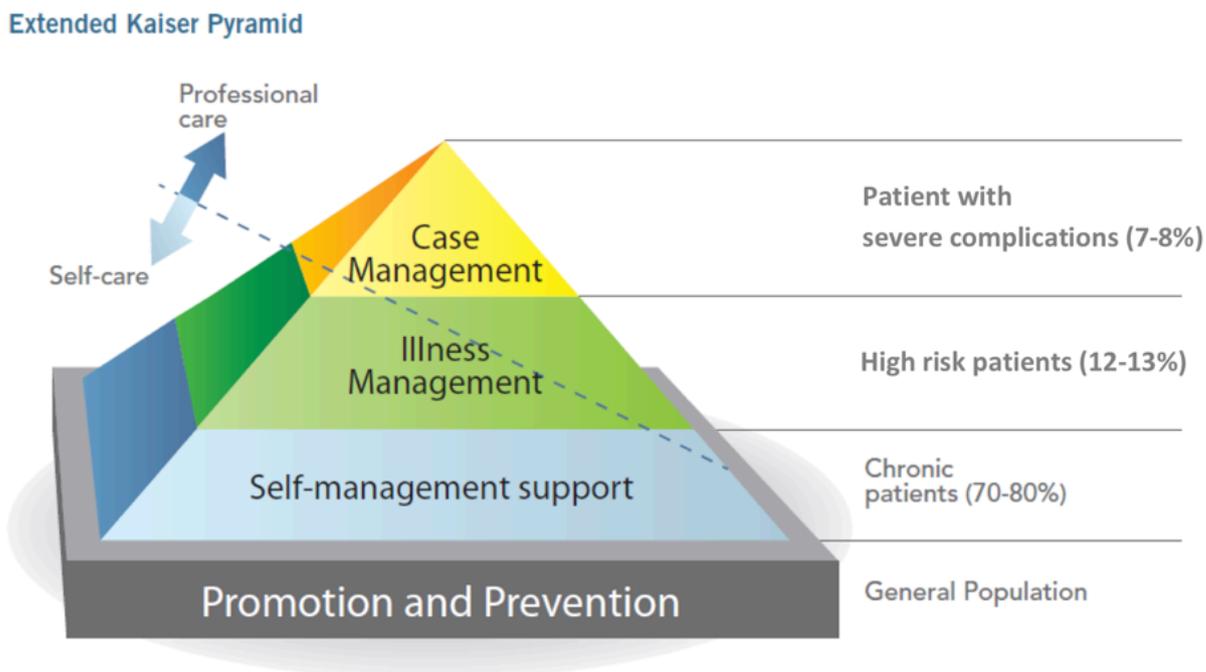
Tale riorganizzazione dell'assistenza territoriale viene attuata valorizzando il ruolo fondamentale ricoperto dal MMG e dal PLS, nonché, quello rivestito dalle famiglie, dalle reti parentali e dal volontariato.

Spetta, infatti, alle Cure Primarie il compito di pianificare e coordinare gli interventi attraverso l'adozione di una medicina di iniziativa che garantisca ai pazienti e ai loro familiari la migliore qualità di vita possibile.

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

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

Figura 17 – L'organizzazione prevista dalla “Kaiser Pyramid”



3.1.6 - La presa in carico dell'assistito

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione

multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale / piano di cura personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata.

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

Nei casi in cui non è possibile attivare l’ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell’abitazione, l’assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

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

3.1.7 - Finalità

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

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

3.2 - Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

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

pone al centro dell'esperienza socio-sanitaria il cittadino/paziente;

mira a una presa in carico del cittadino/paziente - dalla prevenzione alla riabilitazione - che ha un problema di salute, per la cui gestione diventano spesso necessari interventi multi professionali e multidisciplinari in diversi setting sanitari e **sociosanitari**.

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

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

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

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

regolamentazione delle azioni di medicina preventiva o di iniziativa;

indicazioni per attività di diagnostica;

le modalità terapeutiche da adottare individuando la presa in carico del paziente e la **eventuale** formulazione di un piano di cura personalizzato (PAI - Piano di Assistenza Individuale);

le attività di diagnostica post-terapia;

le attività di follow-up valutando l'integrazione tra interventi strettamente clinici e socio-sanitari;

le attività e le modalità di eventuale ospedalizzazione.

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

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

la scelta del problema di salute e ricognizione dello stato esistente;

la costruzione di un percorso “ideale” con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un “percorso ideale” di riferimento oltre a valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio;

la costruzione del “*percorso di riferimento*”, che identifica i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi e realizzabili. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi, deve essere definita la successione delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti e da eliminare;

la gestione del cambiamento attraverso una fase pilota per verificare ruoli, attività e indicatori di outcome.;

il monitoraggio del PDTA per verificare i risultati complessivamente raggiunti dalle strutture organizzative (AFT, ~~Specialisti Ambulatoriali~~, UCCP o altre organizzazioni Socio-Sanitarie).

CAPITOLO 4 - Area dell'Infanzia

4.1 - L'Ambulatorio di Continuità Assistenziale Pediatrica (ACAP)

4.1.1 - Introduzione

Nei giorni di chiusura degli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, in assenza dell'attività di continuità assistenziale specialistica, si manifesta un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere per gli assistiti di età pediatrica.

In pratica, viene quasi completamente bypassato il livello di assistenza territoriale al fine di ottenere risposte ad esigenze urgenti o, spesso, solo percepite come tali, nella convinzione di ricevere al pronto soccorso ospedaliero un inquadramento clinico-terapeutico migliore e in tempi brevi.

In molti casi si tratta di accessi evitabili che affollano il pronto soccorso e potrebbero essere gestiti prevedendo adeguate modalità organizzative nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Senza considerare che il ricorso improprio al pronto soccorso comporta:

- rischio di infezioni per i bambini con codice verde o bianco che entrano inutilmente negli ambienti ospedalieri in cui persistono germi di natura endemica
- lunghe attese
- elevata pressione sul personale sanitario
- difficoltà nell'assistenza ai pazienti più critici
- rilevante incremento dei costi.

4.1.2 - L'ACAP: orari, target, responsabilità

Il presente Piano prevede l'attivazione sperimentale di un ambulatorio pediatrico in prossimità del presidio di continuità assistenziale, almeno due in ciascuna ASL della regione Campania, da realizzarsi, prioritariamente, all'interno delle istituende UCCP pediatriche e restanti UCCP.

Esso usufruisce degli ulteriori servizi sanitari presenti all'interno della UCCP e dispone della possibilità di teleconsulto con gli specialisti ospedalieri. Inoltre, sono previsti percorsi dedicati anche per gli ulteriori accertamenti e/o approfondimenti da effettuarsi in tempi brevi presso le restanti strutture sanitarie territoriali e ospedaliere di riferimento previa sottoscrizione di specifica intesa.

L'ACAP è aperto in tutti i giorni prefestivi e/o festivi dell'anno in due fasce orarie diurne (08.00/12.00 e 15.00/19.00) ed è rivolto ai pazienti di età pediatrica (0/14 anni) che presentano in via indicativa le seguenti problematiche:

- riniti, faringiti, laringiti, tonsilliti, tracheiti, bronchiti;
- asma e problemi respiratori in genere;
- otiti;
- gastriti e gastro-enteriti;

condizioni febbrili con o senza convulsioni;
tosse di n.d.d.;
orticaria, rash cutanei, esantemi, dermatiti;
dolori addominali di n.d.d.;
vomito e/o diarrea;
pianto persistente;
congiuntiviti.

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Direttore di Distretto.

4.1.3 - Personale

Nell'ambito dell'ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica, ai sensi dell'art. 55 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Pediatria di Libera Scelta del 2009, operano su base volontaria e con accordi da definire a livello regionale e/o aziendale i PLS convenzionati, i relativi sostituti e i PLS inclusi nella graduatoria regionale pediatrica.

Alle attività partecipa anche personale dipendente dell'Azienda Sanitaria, in numero di uno per turno e con compiti di supporto, quali: infermieri, operatori socio-sanitari, puericultrici e vigilatrici d'infanzia.

4.1.4 - Attività

Di seguito si riportano le principali attività assicurate nell'ambito dell'ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica:

pediatra: visita, self-help di base, risposta telefonica alle chiamate, con il filtro del personale di supporto, collegamento ed interazione con gli ulteriori specialisti di cui necessita ivi incluso il personale di pediatria e del pronto soccorso dell'ospedale di riferimento per i pazienti che, dopo la prima valutazione, mostrano situazioni di complessità superiore e necessitano di reinserimento nel canale ordinario del P.S.

personale di supporto: supporto alla visita, filtro telefonico, coordinamento della sala di attesa, attività burocratica e di collegamento con gli altri servizi, attività informativa ed educativa, preparazione e riordino dell'ambulatorio e delle relative dotazioni (materiali, farmaci, ecc.).

Non sono erogabili né le attività preventive, né quelle programmabili e/o di controllo.

Sono previste attività formative e di audit per la discussione comune delle problematiche che emergono nel corso dello svolgimento del servizio e l'individuazione di strategie per il miglioramento della qualità.

4.1.5 - Scopi

Di seguito si riportano le principali finalità perseguite dalla sperimentazione dell'ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica previsto dal Piano di

riorganizzazione dell'assistenza territoriale in regione Campania:

ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso ospedaliero del piccolo paziente, rafforzando l'azione di filtro esercitata dal territorio;

garantire la continuità assistenziale specialistica alla popolazione pediatrica per la valutazione ed il trattamento delle situazioni patologiche non differibili e che comunque non presentano i caratteri dell'urgenza (codici bianchi e verdi);

conseguire il governo della domanda delle prestazioni sanitarie pediatriche;

assicurare il coordinamento e la gestione in appropriatezza del percorso assistenziale sin dal momento del primo contatto del pediatra con il bambino paziente;

perseguire una maggiore qualità e umanizzazione dell'assistenza,

realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità ai servizi e alle attività territoriali.

Le Aziende Sanitarie dovranno dotarsi degli strumenti di controllo di efficacia e di effettivo raggiungimento dei suddetti obiettivi.

4.1.6 - Requisiti e dotazione dell'ACAP

L'ambulatorio risponde ai requisiti previsti dalla DGRC 7301/01 e s.m.i. ed è dotato di lettino per visita, bilancia pediatrica, otoscopio, specchio per laringoscopia indiretta, sfigmomanometro con bracciale pediatrico, attrezzature minime di self-help (esame urine multistick, microVES, test rapido per la ricerca dello streptococco beta emolitico in faringe, ecc.) nonché dei farmaci di maggiore utilizzo nel trattamento di situazioni cliniche non differibili (soluzioni fisiologiche, antipiretici, adrenalina, cortisone, benzodiazepine, ecc.).

Indispensabili sono anche i supporti tecnologici ed informativi utili alla condivisione delle informazioni tra i diversi operatori interessati, nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy, nonché all'archiviazione dei dati ed al monitoraggio delle attività.

La rete delle AFT dei PLS si interfaccia con il sistema operativo utilizzato dall'ambulatorio pediatrico di riferimento al fine di condividere i dati clinici dei piccoli pazienti, di garantire la continuità delle cure e di supportare le previste attività di peer review.

4.1.7 - Fasi della sperimentazione e verifica dei risultati

Il presente Piano prevede che l'avvio della sperimentazione sia preceduto, contestualmente agli accordi di cui si è detto, dalla definizione condivisa di specifica progettualità nella quale vengono definiti obiettivi, risorse, risultati attesi intermedi e finali, indicatori di processo ed esito, tempi del monitoraggio e relativa verifica.

A consuntivo del primo anno di attività, in caso di valutazione positiva ed apportati eventuali aggiustamenti, la sperimentazione viene estesa ai restanti Distretti Sanitari di ciascuna ASL.

4.1.8 - Modalità di finanziamento

Il presente Piano per l'ACAP intende dar seguito a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2009 della pediatria di libera scelta che:

all'art. 14 co. 2 e 4 stabilisce che gli Accordi regionali possono prevedere la sperimentazione di nuove modalità assistenziali e la partecipazione dei PLS a progetti obiettivo;

all'art. 45 co. 1 - 2 e 3 stabilisce che in ogni Regione è istituito un fondo per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione ovvero per il raggiungimento di percorsi ed obiettivi concordati (art. 58 lett. B), precisando che tale fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi e obiettivi assistenziali di qualità della pediatria di libera scelta e demandando la relativa attuazione alla contrattazione regionale.

CAPITOLO 5 - Area della Disabilità

5.1 – Presa in carico e valutazione del bisogno dei soggetti adulti

5.1.1 Introduzione

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

attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;

attività residenziale e semiresidenziale in “Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati”, che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;

cure domiciliari – assistenza domiciliare integrata/ADI.

Per diversi anni le prestazioni di riabilitazione erogate in Regione Campania, non solo hanno rappresentato una risposta a bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile, ma, con una certa frequenza hanno avuto anche una funzione di sussidiarietà rispondendo a diversi, seppur gravi, bisogni assistenziali di natura socio sanitaria. Tale funzione ha determinato poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi.

Una **ulteriore** criticità del sistema è rappresentata dallo scollamento esistente tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali territoriali e, **al fine di evitare la frammentazione e/o duplicazione degli interventi, risulta indispensabile perseguire il raccordo tempestivo con il distretto sanitario di residenza del paziente.**

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

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

5.1.2 – Presa in carico riabilitativa precoce e continuita' assistenziale

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

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

L'ICF rappresenta il linguaggio unificante per conoscere la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base.

I suoi tre elementi fondamentali (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione) danno la possibilità di sintetizzare gli aspetti bio-patologici con quelli individuali, relazionali e ambientali, guidando la valutazione multidimensionale della persona e la definizione individuale degli outcome da raggiungere tramite il Progetto Riabilitativo e i suoi interventi.

Tali interventi (programmi) sono centrati sui diversi problemi presentati dal paziente (valutazione e trattamento di sintomi o patologie, ricostruzione/riapprendimento di funzioni o capacità, modifiche dell'atteggiamento soggettivo, dell'ambiente o del contesto anche tramite ausili ecc.) e generano nelle diverse fasi (step) specifici output; la valutazione di risultato degli interventi/programmi realizzati si attua utilizzando indicatori che consentono di prevedere anche eventuali modifiche in progress.

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

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

A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di

residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

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

5.1 - L'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) *integrata* ospedale-territorio

5.1.1 - Introduzione

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

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

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

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

5.1.2 – Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali

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

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

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

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

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

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

La stessa individua i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- le UU.OO. di Riabilitazione
- le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia
- le UU.OO di Rianimazione
- le UU.OO. di Neurologia
- le UU.OO di Bronco-Pneumologia
- le UU.OO di Cardiologia

Presso le AA.OO., le AA.OO.UU. e gli IRCCS che non hanno attivato alcuna U.V.B.R. opera la U.V.B.R. della A.S.L. territorialmente competente previa

sottoscrizione di specifica intesa da parte delle aziende interessate.

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

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

5.1.4 – Composizione della UVBR

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

- fisioterapista coordinatore,
- assistente sociale
- infermiere

Tale nucleo è di volta in volta integrato in relazione:

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

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

5.1.5 - Scopi

La costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale-territorio consente di

perseguire le seguenti finalità:

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

5.2 – La presa in carico dei soggetti in età evolutiva

5.2.1 - Introduzione

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

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

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

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

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

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

5.2.2 – La presa in carico

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

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

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

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

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

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

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

Con il presente Piano si prevede l'istituzione **dei servizi territoriali** di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza costituiti da équipe multiprofessionali e multidisciplinari composte, almeno, dalle seguenti figure:

- neuropsichiatra infantile;
- psicologo clinico;
- psicoterapeuta;
- professionisti della riabilitazione come indicati nel Piano di Indirizzo Riabilitazione 2011;
- assistente sociale, che assicurano la presa in carico del bambino e dell'adolescente per la gestione integrata dei bisogni di cura e salute dello stesso e della sua famiglia.

Laddove necessario, in relazione alle patologie e alle problematiche che si presentano, il Distretto dovrà garantire la collaborazione di altre figure professionali, quali il medico specialista e l'infermiere. L'équipe multidisciplinare è coordinata dal medico specialista in Neuropsichiatria Infantile.

I Servizi di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza garantiscono le seguenti funzioni:

- prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- presa in carico terapeutica e riabilitativa dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
- valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in

- raccordo con il servizio di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
- integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
 - partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
 - formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
 - integrazione operativa con i **restanti** servizi per la Salute Mentale in raccordo con i servizi per la Disabilità dell'età adulta per garantire la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche;

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

5.3 - I Disturbi dello Spettro Autistico

5.3.1 - Introduzione

I disturbi dello spettro autistico in base ai diversi studi esistenti in letteratura si manifestano con una prevalenza estremamente variabile, da 40 a 90 casi per 10.000, mentre, la loro frequenza è pari a 1:150 nati e, considerato l'indice di natalità regionale può stimarsi che in Campania l'incidenza di nuovi casi è di circa 339 bambini per anno (nati al 01.01.2016 = 50.779).

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

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

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

5.3.2 – La realizzazione della rete di assistenza

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

peculiari e specifiche prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

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

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

5.3.3 – Scopi della rete

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

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

5.3.4 – Il ruolo della scuola del pediatra e della famiglia

La scuola e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo importante nella intercettazione precoce delle condizioni di rischio e di possibile sviluppo del disturbo e, pertanto, hanno una funzione strategica nel favorire la precocità della diagnosi e la tempestività della riabilitazione da parte delle competenti strutture territoriali.

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

Tale riconoscimento è in linea con la raccomandazione di riferimento di cui alle Linee Guida del Ministero della Salute aggiornate ad ottobre 2015 la quale prevede che i programmi di intervento mediati dai genitori sono raccomandati nei

bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico, poiché sono interventi che possono migliorare la comunicazione sociale e i comportamenti problema, aiutare la famiglia a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l'incremento della soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.

5.3.5 – La funzione esercitata dalla regione e il sostegno alle famiglie

La funzione propositiva, quella di regia, quella di monitoraggio e quella di valutazione delle attività è affidata al livello regionale che assume anche il compito di favorire l'integrazione e i percorsi di inclusione sociale e lavorativa degli assistiti.

La Regione Campania assolve a tali compiti individuando specifici indicatori, sostenendo il diritto allo studio e lo sviluppo delle attività ricreative, sportive e ludiche, nonché, incentivando la integrazione e collaborazione tra le diverse istituzioni territoriali interessate.

In particolare, per promuovere il processo di inclusione lavorativa, la Regione favorisce le sperimentazioni tese a realizzare specifiche attività lavorative in ambienti in cui possano essere gestite le difficoltà delle persone affette da disturbi dello spettro autistico.

Le iniziative e i progetti per la formazione e il sostegno alle famiglie sono contenuti in un Piano di intervento approvato annualmente dalla Regione nei limiti delle disponibilità finanziarie e di bilancio.

5.3.6 – Il coordinamento aziendale

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

In tale ottica, il coordinamento, l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale sono assicurate da una struttura aziendale, attivata in ciascuna ASL, che ha anche il compito di programmare le risorse umane, tecnologiche e finanziarie necessarie nonché quello di garantire l'attività formativa e di costituire interfaccia con la Regione.

Infatti, per raggiungere sempre maggiori livelli di qualità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, nell'ambito della programmazione regionale, le Aziende Sanitarie assicurano la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti (sanitari, sociali e insegnanti) e dei familiari dei pazienti. Tali interventi formativi sono focalizzati principalmente sugli strumenti di valutazione da adottare e sulle metodologie di intervento da attivare ivi incluse quelle educative.

A tale livello della rete opera un team multidisciplinare specializzato per i

disturbi dello spettro autistico che ha il ruolo di consulenza e di supporto per i servizi territoriali con possibilità di approfondimenti diagnostici.

L'equipe che opera nella struttura centrale comprende anche esperti che garantiscono la supervisione, il coordinamento e la corretta applicazione degli interventi previsti dai programmi di trattamento.

5.3.7 – Il ruolo del territorio

La prevenzione, diagnosi, cura, abilitazione e riabilitazione (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale) del bambino e dell'adolescente con disturbi dello spettro autistico è assicurata dal livello territoriale specialistico competente anche con il concorso delle strutture private accreditate, privilegiando, ogni qualvolta possibile, le cure domiciliari.

E' infatti a questo livello della rete che viene definito, con la partecipazione e condivisione della famiglia, il progetto di assistenza personalizzato dell'assistito e del suo nucleo familiare con possibilità di attivazione del budget di cura che costituisce un contributo alle spese sostenute per la cura dei pazienti inseriti nei percorsi abilitativi e riabilitativi riconosciuti dalle Linee Guida Ministeriali sull'Autismo e dalla Regione Campania.

La presa in carico integrata viene effettuata da una equipe multiprofessionale e multidisciplinare specificamente formata e per ogni assistito è individuato un responsabile del caso con funzione di coordinamento degli interventi e di formazione/informazione della famiglia.

Il competente servizio della neuropsichiatria infantile territoriale si integra costantemente con i restanti servizi del Dipartimento di Salute Mentale che sono pienamente coinvolti per garantire la continuità dell'assistenza nella delicata fase di passaggio dell'assistito dall'età evolutiva all'età adulta.

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

5.3.8 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie

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

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

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

collegamento con il servizio pubblico di riferimento per la definizione e monitoraggio dei bisogni presentati dall'assistito.

CAPITOLO 6 - AREA DELLA SALUTE MENTALE

6.1 - I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

6.1.1 – Introduzione

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

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

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

Ad oggi, però, in Campania è stata sviluppata soltanto una qualificata attività di promozione della salute, in collaborazione tra ASL e Istituzioni Scolastiche, mentre, il Servizio Sanitario Regionale è attrezzato ad affrontare le sole fasi acute dei DCA in regime di ricovero ordinario nelle strutture psichiatriche e nei centri pilota di alta specializzazione. Mancano, invece, specifiche strutture terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali alternative ai reparti di psichiatria in cui i pazienti possano affrontare il follow-up a lungo termine ed essere assistiti in maniera integrata e scevra dagli effetti stigmatizzanti del ricovero psichiatrico.

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

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

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

Tale rete è coordinata dal Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, attivo presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

6.1.3 – Scopi della rete

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

- evitare il ricovero presso strutture fuori regione;

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

6.1.4 – I nodi della rete

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

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

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

Tale livello, che prevede una maggiore intensività della risposta, è garantito da tre unità cliniche per la gestione dei casi acuti, ciascuna dotata di almeno 6 posti letto per ricoveri in regime di day-hospital e/o ordinario, localizzate, rispettivamente, presso il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Seconda Università di Napoli, **l'(Università Federico II di Napoli) presso l'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon** e l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

Il piano prevede che successivamente, l'assistito, laddove ne sussista la necessità, può essere avviato ad un percorso terapeutico-riabilitativo presso strutture pubbliche semiresidenziali da realizzare, (almeno una nell'ambito del DSM di ciascuna ASL) e residenziali con singolo modulo da 10 posti (almeno due in ambito regionale, di cui **una a Napoli** che abbia come bacino di utenza i cittadini residenti nell'area nord della regione e **un'altra a Salerno, in sostituzione di Agropoli**, che copra il bisogno delle aree poste più a sud) per il follow-up a

lungo termine e con l'obiettivo di perseguire la stabilizzazione delle condizioni psico-organiche del paziente.

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

CAPITOLO 7 – Area delle Dipendenze

Xxxxxx l'evoluzione del sistema di offerta - Servizi Pubblici per le Dipendenze e le nuove emergenze

xx – Introduzione

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....).

Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati.

In tale contesto il presente Piano definisce una strategia tesa a implementare e potenziare i servizi pubblici i quali adottano una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo sistematico intraaziendale e con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Il sistema di offerta pubblico in Campania è rappresentato da n. 7 ASL articolate in n. 43 Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.):

Tabella n. : articolazione dei Ser.D.

AZIENDA SANITARIA LOCALE	NUMERO SER.D.
AVELLINO	2
BENEVENTO	3
CASERTA	7
NAPOLI 1 CENTRO	11
NAPOLI 2 NORD	6
NAPOLI 3 SUD	6

SALERNO	8
---------	---

Tale numero complessivo dei Ser.D. consente di raggiungere una discreta capillarizzazione sull'intero ambito regionale che deve però essere rafforzata in alcune aree nel rispetto della diversità geomorfologica dei territori. Infatti, mentre per le cosiddette AASSLL cittadine, come quelle del napoletano, si riesce ad assicurare una presenza diffusa dei servizi, nelle altre Provincie, in particolare nell'avellinese, nel beneventano e nelle cosiddette aree interne del salernitano si registra una ulteriore complessità legata alla difficoltà di intercettare il bisogno. Altro limite è rappresentato dal numero di operatori dipendenti dedicato, pari a 520 al 31.12.2015 di cui il 60% medici e infermieri, per cui appare senz'altro sottodimensionato, oltre che il numero complessivo di addetti, anche quello del personale che effettua gli interventi socio-riabilitativi.

Il numero complessivo di iscritti ai Ser.D. per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 10.112 al 31/12/2015), mentre, per l'alcool gli utenti risultano in aumento (fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze - SID):

Tabella n. : n. utenti alcolisti divisi

per ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE	NUMERO UTENTI ALCOLISTI IN CARICO AI SER.D. ANNO 2015
AVELLINO	293
BENEVENTO	101
CASERTA	529
NAPOLI 1 CENTRO	619
NAPOLI 2 NORD	314
NAPOLI 3 SUD	456
SALERNO	848

Parimenti aumentato nel corso degli anni è il numero dei consumatori di cocaina e cannabis anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento dei soggetti poliassuntori.

La fascia di età predominante per la prima iscrizione ai Ser.D. è rappresentata da quella 35-40 anni.

Per quanto, invece, attiene al numero di iscritti per le cosiddette "dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di utenti in carico per Disturbo da Gioco D'Azzardo Patologico (GAP), pari a 1.207 al 31.12.2015 e, aspetto ancora più preoccupante, tale valore in ciascun anno dell'ultimo triennio risulta aumentato del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente. Tali

dati impongono una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze attualmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica.

In merito a tale problematica, la Regione Campania ha avviato una rilevazione semestrale del numero di cittadini in carico per GAP assistiti presso le AASSLL e alcune Aziende hanno già attivato ambulatori dedicati:

Tabella n.: n. utenti affetti da GAP divisi

per ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE	CITTADINI IN CARICO PER GAP
AVELLINO	75
BENEVENTO	13
CASERTA	163
NAPOLI 1 CENTRO	156
NAPOLI 2 NORD	215
NAPOLI 3 SUD	261
SALERNO	324

Questo dato sommato alla slatentizzazione in diversi consumatori di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico , pubblico (Ser.D.) e privato (Comunità Terapeutiche – C.T.), ad un serrato confronto sia all'interno dello stesso sistema sanitario (tra Ser.D., C.T., Salute Mentale e Prevenzione) che interistituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007), al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il GAP, reinserimento sociolavorativo ecc....).

Inoltre, a causa della più volte richiamata evoluzione del bisogno, si è ritenuto opportuno proporre una modifica, nel prossimo programma operativo, del fabbisogno regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali nel rispetto di quanto disciplinato nel Patto della Salute, individuando l'indicatore dello 0,35/1000 abitanti.

XXXXX Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

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

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

Si riconoscono 3 stadi di Gioco d'Azzardo (GA) che possono presentarsi

anche in successione tra loro:

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

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

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

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

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

7.1.2 – L’osservatorio regionale e aziendale

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

- garantisce la programmazione e sostiene l’attività di prevenzione e contrasto della dipendenza da GAP nei luoghi di specifico interesse (principalmente di studio, lavoro e ludico-ricreativi);
- rende disponibile per i gestori delle sale da gioco materiale informativo sui rischi e sui servizi di assistenza attivati;
- valorizza e sostiene le iniziative realizzate da Enti, Istituzioni, Associazioni di Volontariato e soggetti del Terzo Settore, non aventi scopi di lucro, che si occupano di GAP;
- assicura con l’attività di monitoraggio, che prevede l’adozione come per le altre forme di dipendenza del Sistema Informativo sulle Dipendenze (SID), lo studio e la conoscenza del fenomeno;
- individua e promuove strategie e interventi innovativi per il controllo del disturbo;

- realizza percorsi formativi per il personale socio-sanitario che fa parte della rete di assistenza;
- collabora con le Forze dell'Ordine.

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

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

7.1.3 - Scopi

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

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

7.1.4 – Importanza dei sintomi "sentinella"

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

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

7.1.5 – L'assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze

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

operatore sociosanitario.

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

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

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

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

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

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

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

7.1.7 – L'attivazione di posti residenziali

Il presente piano prevede di completare la rete di assistenza attivando, in via sperimentale, n. 15 posti residenziali all'interno delle Comunità Terapeutiche accreditate della regione Campania che rispondono a specifici requisiti.

Tali posti accolgono, per brevi periodi (massimo 30 / 45 gg), gli utenti che presentano necessità di essere allontanati dal proprio contesto di vita (al momento assistiti fuori regione o in strutture non specifiche per la dipendenza comportamentale).

CAPITOLO 8 - Area della fase di fine vita

8.1 - I Centri residenziali per le cure palliative - Hospice

8.1.1 - Introduzione

Recenti dati diffusi dall'American Cancer Society indicano che dal 2030 ogni anno vi saranno nel mondo oltre 20 milioni di nuovi casi di tumore con quasi il 13 % di decessi; dai dati ISTAT 2011 si rileva che il tasso di mortalità per neoplasie in Campania è di 26,7 decessi ogni 10.000 abitanti contro un valore nazionale pari a 25,6; si stima, inoltre, che il numero complessivo di pazienti non oncologici che necessitano di interventi di cure palliative corrisponde al numero di pazienti deceduti per tumore/anno.

Per quanto attiene al paziente in età pediatrica, gli studi evidenziano:

- una mortalità pari a 0,8 – 1/10.000 minori che necessitano di cure palliative pediatriche con età 0 – 17 anni / anno / regione
- una stima della prevalenza di minori con necessità di cure palliative pediatriche pari a 10 volte la mortalità e, pertanto, corrispondente a 10 / 10.000 minori 0 – 17 anni.

In tale contesto la Regione Campania ha ritenuto strategico costituire una rete integrata di servizi in grado di assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale.

8.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato

La rete delle cure palliative, che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital.

Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore "inutile" e la sofferenza che ne deriva fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostento (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative - Hospice che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l'ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti.

Infatti, sia a domicilio che in Hospice obiettivi principali delle cure sono

rappresentati dalla qualità di vita e dal rispetto della dignità della persona affetta da patologia (non solo oncologica) progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

8.1.3 – L’uniforme sviluppo territoriale di centri residenziali per le cure **palliative**

Perché una rete funzioni e non si determinino inapproprietezze, è necessario che tutti i nodi siano rappresentati in maniera da coprire i diversi gradi ed intensità di bisogno e, in regione Campania, il numero di P.L. Hospice, nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, appare in alcuni territori ancora deficitario per cui il presente Piano persegue il loro uniforme sviluppo nei diversi ambiti territoriali.

Il fabbisogno regionale di P.L. individuato per i Centri residenziali per le cure palliative - Hospice adulti è pari a 293. Tale fabbisogno è stato determinato applicando l'indice di 0,5 P.L. ogni 10.000 abitanti, così come definito dalla Commissione Tecnico-scientifica del Ministero della Salute, su una popolazione residente al 01.01.2016 di 5.850.850 abitanti.

Di fatto, in Campania risultano attivati 243 P.L. totali ripartiti come di seguito riportato:

- 99 P.L. pubblici;
- 20 P.L. da riconversione di Presidi Ospedalieri già dismessi;
- 75 P.L. da istanze ammesse a verifica per accreditamento;
- 35 P.L. accreditati;
- 14 P.L. da riconversione di Case di Cura psichiatriche.

Inoltre, dal confronto del fabbisogno di P.L. per popolazione residente nel territorio di ciascuna A.S.L. della Campania e il numero di P.L. attivati, emerge che, mentre per le ASL di Avellino, Benevento e Caserta si è raggiunta la saturazione del valore programmato, per le AA.SS.LL. Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno risultano da attivare/riconvertire, complessivamente, n. 112 P.L. ripartiti tra le 4 Aziende come riportato nella tabella che segue:

Tabella n. 25: posti letto Hospice carenti per ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE	N. POSTI LETTO CARENTI
A.S.L. Napoli 1 Centro	16
A.S.L. Napoli 2 Nord	31
A.S.L. Napoli 3 Sud	42
A.S.L. Salerno	23

Il presente piano, pertanto, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, nel ritenere che la realizzazione dei P.L. Hospice

ancora mancanti risulti irrinunciabile al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, la qualità delle cure, la loro appropriatezza e l'equità di accesso all'assistenza nelle diverse aree della regione, stabilisce che le 4 AA.SS.LL. interessate attivino i Centri residenziali per le cure palliative-Hospice adulti presso le sedi indicate nella tabella seguente, individuate avendo a riferimento i seguenti criteri:

- attuale percentuale di copertura del fabbisogno in ciascuna Azienda;
- distribuzione territoriale dei Centri residenziali di cure palliative già funzionanti;
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire;
- disponibilità di immobili o parte di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati.

A garanzia della continuità assistenziale, le Aziende favoriscono la possibilità che le cure domiciliari siano erogate da parte della stessa equipe che opera in Hospice.

Il presente Piano stabilisce, inoltre, che detta realizzazione di Centri residenziali di cure palliative adulti osservi i tempi di cui al timeline riportato nella parte conclusiva del documento

8.1.4 – La rete di assistenza al paziente pediatrico

La legge 38/2010 all'art. 1 tutela "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" ed individua tre reti di assistenza dedicate, rispettivamente, alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico.

La stessa norma nazionale rivolge particolare attenzione al paziente in età evolutiva quale soggetto portatore di specifici bisogni che richiedono risposte adeguate alle esigenze del piccolo assistito e della sua famiglia.

La rete regionale di assistenza al paziente pediatrico comprende il pediatra di libera scelta, i servizi territoriali socioassistenziali – sociosanitari e sanitari, nonché i servizi ospedalieri, prevedendo la possibilità di residenzialità in ambiente dedicato e protetto, ovvero, in Centro residenziale di cure palliative pediatriche.

In tale contesto, vista la Deliberazione n. 1374/2009 e quanto finora realizzato dalla Regione Campania in materia di cure palliative in età evolutiva e considerato lo sviluppo raggiunto dai servizi ospedalieri che allo stato sopperiscono anche alla **carezza** di Centri residenziali di cure palliative pediatriche, il presente Piano stabilisce che la ASL Napoli 3 Sud attivi un Centro residenziale di cure palliative pediatriche **presso il P.O. di Torre del Greco con n.12 P.L., così come previsto dal DCA n.33 del 17/05/2016.**

la sede indicata nella tabella seguente, rispettando i tempi di cui al timeline riportato nella parte conclusiva del documento.

Tale tipologia di struttura sanitaria residenziale, pur erogando cure ad alto livello assistenziale, non si connota come un reparto ospedaliero, bensì come una

casa per bambini in cui sono rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accolte le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture ed interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove essa insiste.

8.1.5 – Scopi

Il completamento della rete delle cure palliative del paziente adulto e pediatrico persegue le seguenti finalità:

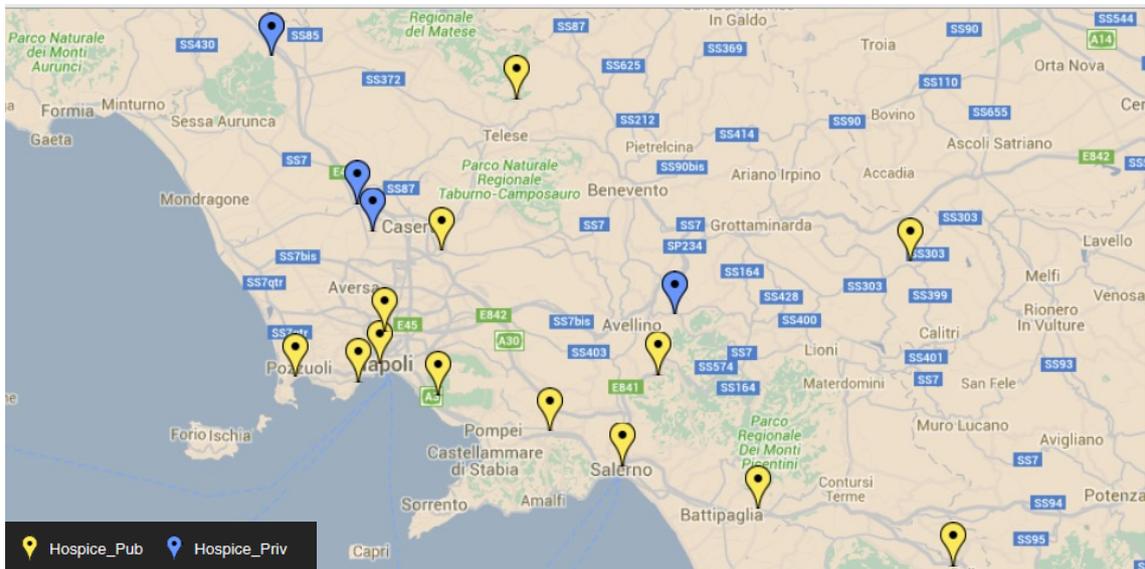
- raggiungere lo standard previsto di posti letto attivi di Centri residenziali per le cure palliative per ciascuna ASL della regione Campania
- garantire pari opportunità di accesso nell'ambito della rete di cure palliative
- assicurare l'appropriatezza del luogo di cura riducendo i ricoveri impropri
- tutelare la dignità della persona malata sia in età adulta che pediatrica
- promuovere la qualità della vita con adeguato sostegno sanitario e socioassistenziale alla persona malata e alla famiglia
- assicurare la continuità assistenziale nelle diverse fasi della malattia.

Nella tabella e figura seguente è evidenziata la rete complessiva degli Hospice programmata

Tabella n. 26 – La rete degli Hospice

ASL	Nome	Tipologia	Status	Città
AV	Hospice di Solofra	Hospice pubblico	attivo	Solofra
AV	Hospice di Bisaccia	Hospice pubblico	attivo	Bisaccia
AV	C.E.D.A.M SAS	Hospice privato	attivo	Parolise
BN	Hospice di Cerreto Sannita	Hospice pubblico	in programmazione	Cerreto Sannita
CE	Villa Fiorita s.p.a	Hospice privato	attivo	Capua
CE	Hospice Nicola Falde Spa	Hospice privato	attivo	Santa Maria Capua Vetere
CE	CdC S. Anna S.r.l.	Hospice privato	attivo	Tora e Picilli
CE	Hospice di S.Felice a Canello	Hospice pubblico	in programmazione	San Felice a Canello
NA1	Hospice Ascalesi	Hospice pubblico	in programmazione	Napoli
NA1	Hospice pediatrico Santobono	Hospice pediatrico pubblico	da potenziare	Napoli
NA2	Hospice di Casavatore	Hospice pubblico	attivo	Casavatore
NA2	Hospice PO S.Maria delle Grazie di Pozzuoli	Hospice pubblico	in programmazione	Casavatore
NA3	Hospice pediatrico di Torre del Greco	Hospice pediatrico pubblico	in programmazione	Torre del Greco
NA3	Hospice adulti di Torre del Greco	Hospice pubblico	In programmazione	Torre del Greco
SA	Hospice di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	attivo	Sant'Arsenio
SA	Hospice "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	attivo	Eboli
SA	Hospice La Casa di Lara	Hospice pubblico	attivo	Salerno
SA	Hospice di Pagani	Hospice pubblico	in programmazione	Pagani

Fig. 18 – La geolocalizzazione della rete degli Hospice



CAPITOLO 9 - Area della Non -Autosufficienza

CAPITOLO 10 - L'utilizzo della programmazione dei fondi strutturali europei 2014 – 2020 e dei finanziamenti europei diretti

10.1 - Introduzione

Il presente Piano di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, per la realizzazione delle strutture ivi programmate, stabilisce di ricorrere ai finanziamenti previsti nella programmazione della Regione Campania 2014 – 2020 in relazione al settore socio sanitario ed, in particolare, alla riorganizzazione delle cure primarie e territoriali. Lo stesso definisce, altresì, di ricorrere anche ai finanziamenti europei diretti maggiormente orientati alla gestione delle attività (es. Terzo Programma Health, Horizon 2020, etc.).

A tal fine si ritiene opportuno:

- inquadrare il contesto di riferimento
- effettuare una sommaria ricognizione delle linee programmatiche della Regione Campania al fine di verificarne la coerenza con lo sviluppo delle Unità Complesse di Cure Primarie(UCCP) esistenti e con l'attivazione di ulteriori UCCP in ambito regionale nonché con la realizzazione di altre tipologie di strutture territoriali quali: hospice, ospedali di comunità, residenze sanitarie assistite, speciali unità di accoglienza permanente, strutture per i disturbi del comportamento alimentare, ecc.
- individuare le *procedure attuative* per la realizzazione degli interventi.

10.2 - Il contesto di riferimento

Il settore socio-sanitario, totalmente assente nella programmazione dei fondi strutturali del ciclo 2000-2006, è stato contemplato per la prima volta nella programmazione 2007-2013.

In particolare, la Regione Campania, con i fondi del PSR 2007-2013 - misura 321, ha finanziato i progetti sperimentali UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio, la cui realizzazione ha potenziato l'offerta sanitaria preesistente con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita delle popolazioni di alcune aree rurali.

L'Ente beneficiario del finanziamento è stato l'ASL Benevento, che ha gestito i servizi per la realizzazione e l'avviamento delle UCCP in collaborazione con la Cooperativa Samnium, ai sensi della normativa vigente.

In tale contesto, partendo da quanto conseguito nel precedente ciclo di programmazione e coerentemente con il processo di innovazione nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari territoriali, la Regione Campania intende realizzare le AFT, implementare ulteriori servizi nelle UCCP esistenti e attivare nuove UCCP nelle Aziende Sanitarie della regione, nonché, realizzare le

ulteriori strutture intermedie previste dal presente Piano.

Le esperienze di governance nell'implementazione di reti di servizi, maturate con la misura 321 del PSR 2007 - 2013, rappresentano un modello replicabile e funzionalmente integrabile con altri interventi nell'ambito di un disegno comune di sviluppo. Esse sono state inserite nelle "best practises" delle opere finanziate dall'Unione Europea e, per tale motivo, la Regione ha previsto specifici programmi di finanziamento nella nuova programmazione.

I suddetti progetti sperimentali, UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio, sono stati oggetto di una ricerca condotta dal Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II nell'ambito delle attività dei Master di I livello in "Management e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari" e del Master di II livello in "Direzione, Management e Coordinamento delle Strutture Sanitarie, Sociali e Socio Assistenziali Territoriali".

10.3 - Le linee programmatiche

La riduzione delle risorse e l'esigenza di preservare la salute dei cittadini come bene primario, in un quadro di contenimento della spesa pubblica e di ridefinizione dell'assistenza territoriale, fanno sì che il ricorso ai fondi comunitari rappresenti una concreta opportunità per supportare la riorganizzazione del settore sanitario.

Il presente Piano, al fine di evitare le difficoltà che si incontrano nelle gestioni frammentarie e disarticolate di fondi di diversa provenienza, riunifica in un sistema di governance coordinato la gestione e l'utilizzo di tutti i fondi individuando quale ambito di intervento il settore sanitario che costituisce quello a maggior impatto sul bilancio regionale.

In altri termini, è necessario che la programmazione strutturale, al di là di ogni considerazione sull'addizionalità della spesa e sulla possibilità ed opportunità di utilizzare risorse aggiuntive anche per la copertura di spese ordinarie o di funzionamento, rientri in una strategia di sviluppo regionale che preveda una programmazione unitaria entro cui collocare in maniera convergente tutti gli strumenti e le risorse disponibili al fine di massimizzarne il valore aggiunto.

In linea con quanto sopra, il periodo di programmazione 2014 – 2020, nel complesso, offre notevoli opportunità per il settore della sanità.

Il Regolamento (UE) n. 1303/2013 recante disposizioni comuni sui Fondi Strutturali individua, all'art. 9, gli 11 obiettivi tematici (OT) che delineano la Strategia Europa 2020, di cui tre risultano rilevanti per il settore della sanità:

- l'OT 2 "migliorare l'accesso, l'utilizzo e la qualità delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC)", che prevede azioni per la digitalizzazione dei processi amministrativi e la diffusione di servizi digitali della PA offerti a cittadini e imprese (in particolare nella scuola, nella sanità e nella giustizia). L'obiettivo è quello di digitalizzare l'informazione

utilizzando i software già in dotazione ai medici di medicina generale e ai Pediatri di libera scelta interfacciandoli tra loro e con le infrastrutture digitali delle ASL, delle Strutture accreditate e dei Comuni/Uffici di Piano con l'obiettivo di realizzare un'unica rete

- l'OT 9 “promuovere l'inclusione sociale e lottare contro la povertà e qualsiasi discriminazione” che prevede, tra le altre, azioni di potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali
- l'OT 11 “migliorare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e dei soggetti interessati e conseguire una pubblica amministrazione efficiente”.

L'architettura della politica di coesione 2014 – 2020 prevede un Quadro Strategico Comune per tutti i Fondi strutturali e di investimento: il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), il Fondo sociale europeo (FSE), il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (PSR), il Fondo di coesione e il Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca.

Partendo da tale presupposto, la Regione Campania, in una logica di integrazione, definisce i programmi FESR, FSE e PSR adottando il principio della concentrazione di risorse sulle stesse priorità strategiche attraverso l'articolazione di obiettivi tematici, linee di intervento e azioni operative.

Le priorità strategiche trasversali del programma di governo della Regione Campania che concorrono alla realizzazione della strategia Europa 2020 sono: la competitività, l'innovazione, i giovani, l'ambiente, i trasporti, il turismo e l'inclusione le quali delineano le seguenti linee di intervento:

- Campania Regione Innovativa
- Campania Regione Verde
- Campania Regione Solidale.

Nell'ambito di quest'ultima linea, la programmazione regionale 2014 – 2020 prevede una serie di interventi che, partendo dal presupposto di dover aumentare il livello di qualità della vita dei cittadini, considerano aspetti che vanno dal riordino e riorganizzazione del sistema sanitario, allo sviluppo e promozione dei servizi alla persona, alle azioni che promuovono l'occupazione, l'inclusione sociale e il livello di istruzione.

Per tali finalità, la Regione Campania, pur considerando compatibili i tre obiettivi tematici (OT 2, OT 9, OT 11), ritiene prioritario l'OT 9 al quale ha destinato specifiche risorse.

Nell'ambito del Programma FESR, l'Asse VIII “Inclusione sociale” prevede:

- la promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, sanitari, culturali e ricreativi e il passaggio dai servizi istituzionali ai servizi territoriali di comunità

- la riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo
- l'aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e il miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità.

In particolare, la Regione Campania, considerato il fabbisogno necessario per realizzare il processo di innovazione dei servizi socio-sanitari ha:

- selezionato la priorità di investimento 9a: investire nell'infrastruttura sanitaria e sociale in modo da contribuire allo sviluppo nazionale, regionale e locale, alla riduzione delle disparità nelle condizioni sanitarie, alla promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi nonché al passaggio dai servizi istituzionali ai servizi locali
- individuato l'obiettivo specifico 9.3: aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

In tale contesto, l'azione individuata è rappresentata dal potenziamento dei servizi sanitari territoriali non ospedalieri attraverso:

- la ristrutturazione di edifici esistenti e/o la realizzazione di strutture da adibire a presidi territoriali non ospedalieri;
- il sostegno all'erogazione dei servizi sanitari, mediante l'allestimento di "presidi sanitari diffusi" in edifici pubblici inutilizzati o sottoutilizzati;
- l'attività di monitoraggio (del funzionamento e della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali) e di formazione rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari, in relazione all'area dell'integrazione socio-sanitaria e della riorganizzazione dei servizi di assistenza territoriale; per tali attività, il presente Piano riconosce il ruolo di attore privilegiato alle Università, in considerazione della mission formativa che esse ricoprono.

Relativamente all'inclusione sociale, il presente Piano individua il FSE che attraverso l'Asse 2 "inclusione sociale e lotta alla povertà" seleziona la priorità di investimento 9iv - miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale - che si pone l'obiettivo di garantire una vita dignitosa a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza, con particolare riferimento ai soggetti privi di sostegno familiare.

Per il perseguimento dell'obiettivo specifico, inoltre, si prevede la formazione di competenze qualificate e abilità professionali adeguate alla nuova realtà dei processi di riforma istituzionale e innovazione del Sistema Sanitario e dei Servizi Sociali.

Relativamente alle aree rurali, il presente Piano individua il PSR con la priorità 6 “inclusione sociale e sviluppo locale nelle zone rurali”, nel cui ambito, la sub misura 7.4 prevede di fornire un sostegno a investimenti finalizzati all'introduzione, al miglioramento o all'espansione di servizi di base a livello locale per la popolazione rurale, comprese le attività culturali e ricreative, e della relativa infrastruttura.

Nella cornice programmatica delineata, le ASL campane, in considerazione del ruolo che rivestono sul territorio regionale e l'ASL di Benevento, in qualità anche di beneficiario di progetti pilota, rappresentano gli “attori privilegiati” nel processo di innovazione per la organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

10.4 – Procedure attuative

Per l'accesso ai finanziamenti dei Programma Operativi FESR, PSR e FSE, le ASL possono essere selezionate come beneficiari dei Programmi (caso tipico dell'attuazione “a regia”, così come avvenuto nell'esperienza del POR 2007-2013).

Nel Programma Operativo FESR 2014 – 2020, le ASL vengono esplicitamente individuate come beneficiari in relazione agli Assi IV, VIII e X riferiti agli Obiettivi tematici OT 2, OT 9 e OT 11.

~~Tuttavia, Al fine di preservare una visione strategica ed operativa integrata degli interventi nel settore sanitario e socio-sanitario e per garantire la complementarità degli interventi stessi, il presente Piano individua procedure di attuazione, in cui le ASL siano protagoniste di programmi complessi, di durata pluriennale, che integrano diverse fonti di finanziamento (FSE, FESR, PSR). addivenendo all'individuazione di Organismi Intermedi, al pari di quanto è stato fatto, nel periodo di programmazione 2007 – 2013, nel PO FESR per le Città Medie e nel PO FSE per le Province.~~

~~Infatti, conformemente all'art. 42 del Regolamento (CE) 1083/2006, che prevede la possibilità da parte dell'Autorità di Gestione di designare un soggetto intermediario definito Organismo Intermedio al quale delegare l'attuazione di una parte del Programma Operativo, l'Amministrazione regionale può individuare quali organismi intermedi:~~

- ~~— Enti pubblici territoriali e/o Amministrazioni centrali dello Stato, per le materie di loro competenza;~~
- ~~— Altri Enti ed in particolare:~~
- ~~— Soggetti interamente pubblici, anche strutturati come società o altre forme di diritto privato aventi il carattere di strutture “in house”~~
- ~~— Altri soggetti pubblici, anche strutturati come società o altre forme del diritto civile, non aventi il carattere di strutture “in house” della Amministrazione~~
- ~~— Soggetti privati con competenze specialistiche.~~

~~—— Pertanto, la Regione individua gli obiettivi specifici e le misure su cui far insistere la delega e individua le risorse finanziarie disponibili e, come operato per le Autorità cittadine e per le Province, subordina la concessione della delega alla presentazione di Programmi di intervento e alla dimostrazione di specifici requisiti da parte delle ASL che sono interessate a diventare Organismo Intermedio, quali:~~

- ~~—— pregresse esperienze positive in merito all'utilizzo dei fondi europei;~~
- ~~—— sussistenza di specifica struttura organizzativa e sua implementazione in caso di delega;~~
- ~~—— eventuale partnership con struttura pubblica di supporto all'attività di consulenza, e/o formazione e/o ricerca;~~
- ~~—— eventuale partnership con struttura privata di supporto all'attività di consulenza tecnica.~~

~~—— Il percorso di attribuzione delle deleghe, anche se oneroso nella fase di avvio, contribuisce a raggiungere una maggiore efficacia operativa in fase di attuazione, in quanto, una volta ottenuta la delega, i soggetti individuati operano in maniera autonoma, seppure in un regime di corresponsabilità con la Regione che ne esercita il controllo.~~

~~—— L'Organismo Intermedio, come sopra individuato, garantisce alle ASL campane e agli operatori sanitari e socio-sanitari il necessario supporto tecnico anche al fine di utilizzare i finanziamenti europei diretti.~~

ALLEGATI

ALLEGATO A – ASL di Avellino

LOGO:



SEDE LEGALE:

via degli Imbimbo 10/12 83100 - AVELLINO

POPOLAZIONE: 425.325 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.806,07 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 151,57 ab/Km²

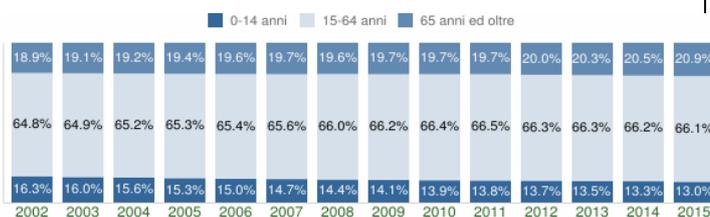
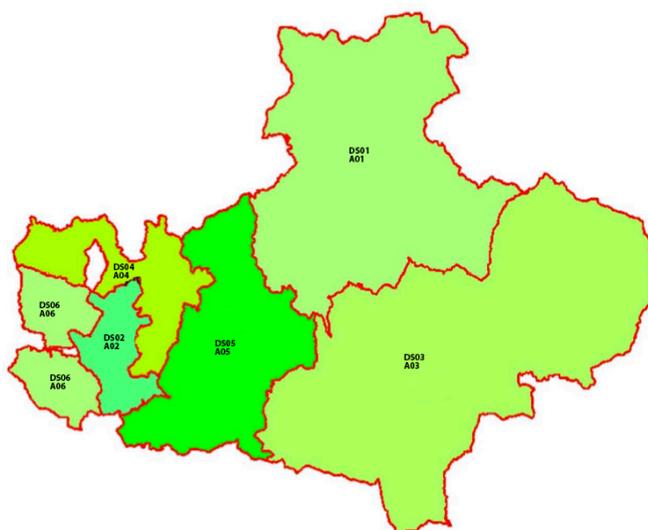
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO : A01 - A06

TERRITORIO



L'ASL di Avellino confina a nord-est con la Puglia, a sud-est con la Basilicata e sui restanti versanti con le ASL Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento. Il territorio della ASL di Avellino è per due terzi montuoso e per il resto prevalentemente collinare. Dall'analisi della struttura della popolazione si evidenzia che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è molto marcato, registrandosi un valore medio ASL pari a 164,2%, il secondo più alto della regione. Tali valori, estremamente variegati per singolo comune, raggiungono una punta massima nel Distretto/Ambito n. 03 dove l'indice di vecchiaia raggiunge un valore pari a 224,9%. Allo stesso tempo si registra che la popolazione di età compresa tra 0-14 anni è, in percentuale, la più bassa della regione (12,8%) e che tale andamento nel corso degli ultimi anni si è gradatamente consolidato (cfr. grafico).

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Struttura per età della popolazione

PROVINCIA DI AVELLINO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 01 - Ariano Irpino - estensione territoriale: 821,72 kmq - densità abitativa: 107,08 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Ariano Irpino	2.762	14.746	5.192	22.700	188,0%	35,2%	53,9%
Bonito	287	1.618	543	2.448	189,2%	33,6%	51,3%
Carife	140	860	408	1.408	291,4%	47,4%	63,7%
Casalbore	182	1.173	445	1.800	244,5%	37,9%	53,5%
Castel Baronia	122	768	239	1.129	195,9%	31,1%	47,0%
Flumeri	310	1.937	716	2.963	231,0%	37,0%	53,0%
Fontanarosa	325	2.049	796	3.170	244,9%	38,8%	54,7%
Frigento	408	2.505	867	3.780	212,5%	34,6%	50,9%
Gesualdo	406	2.288	822	3.516	202,5%	35,9%	53,7%
Greci	53	378	260	691	490,6%	68,8%	82,8%
Grottaminarda	1.083	5.424	1.630	8.137	150,5%	30,1%	50,0%
Luogosano	155	785	247	1.187	159,4%	31,5%	51,2%
Melito Irpino	242	1.239	439	1.920	181,4%	35,4%	55,0%
Mirabella Eclano	804	4.897	1.983	7.684	246,6%	40,5%	56,9%
Montaguto	48	232	143	423	297,9%	61,6%	82,3%
Montecalvo Irpino	454	2.263	1.008	3.725	222,0%	44,5%	64,6%
Paternopoli	245	1.511	628	2.384	256,3%	41,6%	57,8%
San Nicola Baronia	89	519	163	771	183,1%	31,4%	48,6%
San Sossio Baronia	193	1.045	405	1.643	209,8%	38,8%	57,2%
Sant'Angelo all'Esca	73	511	217	801	297,3%	42,5%	56,8%
Savignano Irpino	123	685	332	1.140	269,9%	48,5%	66,4%
Scampitella	105	758	371	1.234	353,3%	48,9%	62,8%
Sturmo	388	1.960	732	3.080	188,7%	37,3%	57,1%
Taurasi	281	1.538	558	2.377	198,6%	36,3%	54,6%
Trevico	90	629	274	993	304,4%	43,6%	57,9%
Vallata	323	1.712	679	2.714	210,2%	39,7%	58,5%
Vallesaccarda	194	868	324	1.386	167,0%	37,3%	59,7%
Villanova del Battista	193	1.035	462	1.690	239,4%	44,6%	63,3%
Zungoli	101	693	305	1.099	302,0%	44,0%	58,6%
	10.179	56.626	21.188	87.993	208,2%	37,4%	55,4%

Distretto 02 - Monteforte Irpino - estensione territoriale: 106,38 kmq - densità abitativa: 344,32 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Monteforte Irpino	1.818	7.944	1.705	11.467	93,8%	21,5%	44,3%
Contrada	433	2.123	497	3.053	114,8%	23,4%	43,8%
Forino	804	3.667	913	5.384	113,6%	24,9%	46,8%
Mercogliano	1.718	8.400	2.149	12.267	125,1%	25,6%	46,0%
Ospedaletto d'Alpinolo	311	1.475	359	2.145	115,4%	24,3%	45,4%
Sant'Angelo a Scala	82	470	178	730	217,1%	37,9%	55,3%
Summonte	184	1.102	297	1.583	161,4%	27,0%	43,6%
	5.350	25.181	6.098	36.629	114,0%	24,2%	45,5%

Distretto 03 - S. Angelo dei Lombardi - estensione territoriale: 1.118,10 kmq - densità abitativa: 55,86 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Sant'Angelo dei Lombardi	449	2.824	977	4.250	217,6%	34,6%	50,5%
Andretta	186	1.195	546	1.927	293,5%	45,7%	61,3%
Aquilonia	159	1.135	445	1.739	279,9%	39,2%	53,2%
Bagnoli Irpino	317	2.211	689	3.217	217,4%	31,2%	45,5%
Bisaccia	461	2.432	938	3.831	203,5%	38,6%	57,5%
Cairano	24	188	114	326	475,0%	60,6%	73,4%
Calabritto	212	1.532	647	2.391	305,2%	42,2%	56,1%
Calitri	412	2.938	1.316	4.666	319,4%	44,8%	58,8%
Caposele	418	2.301	764	3.483	182,8%	33,2%	51,4%
Cassano irpino	117	683	182	982	155,6%	26,6%	43,8%
Castelfranci	238	1.287	516	2.041	216,8%	40,1%	58,6%
Conza della Campania	140	852	381	1.373	272,1%	44,7%	61,2%
Guardia Lombardi	153	1.042	523	1.718	341,8%	50,2%	64,9%
Lacedonia	227	1.488	625	2.340	275,3%	42,0%	57,3%
Lioni	799	4.098	1.304	6.201	163,2%	31,8%	51,3%
Montella	981	5.103	1.696	7.780	172,9%	33,2%	52,5%
Monteverde	85	494	205	784	241,2%	41,5%	58,7%
Morra De Sanctis	145	726	426	1.297	293,8%	58,7%	78,7%
Nusco	472	2.742	989	4.203	209,5%	36,1%	53,3%
Rocca San Felice	94	536	221	851	235,1%	41,2%	58,8%
Sant'Andrea di Conza	125	969	445	1.539	356,0%	45,9%	58,8%
Senerchia	72	578	192	842	266,7%	33,2%	45,7%
Teora	148	948	441	1.537	298,0%	46,5%	62,1%
Torella dei Lombardi	266	1.351	527	2.144	198,1%	39,0%	58,7%
Villamaina	123	635	237	995	192,7%	37,3%	56,7%
	6.823	40.288	15.346	62.457	224,9%	38,1%	55,0%

Distretto 04 - Avellino - estensione territoriale: 196,72 kmq - densità abitativa: 491,19 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Avellino	6.912	35.542	12.403	54.857	179,4%	34,9%	54,3%
Altavilla Irpina	573	2.750	873	4.196	152,4%	31,7%	52,6%
Capriglia Irpina	344	1.601	453	2.398	131,7%	28,3%	49,8%
Cervinara	1.242	6.535	1.881	9.658	151,4%	28,8%	47,8%
Chianche	30	332	113	475	376,7%	34,0%	43,1%
Grottolella	217	1.288	364	1.869	167,7%	28,3%	45,1%
Montefredane	296	1.504	497	2.297	167,9%	33,0%	52,7%
Petruo Irpino	35	205	109	349	311,4%	53,2%	70,2%
Pietrastornina	173	995	385	1.553	222,5%	38,7%	56,1%
Prata di Principato Ultra	382	2.029	533	2.944	139,5%	26,3%	45,1%
Pratola Serra	595	2.469	700	3.764	117,6%	28,4%	52,5%
Rocbascerana	288	1.583	483	2.354	167,7%	30,5%	48,7%
Rotondi	514	2.423	654	3.591	127,2%	27,0%	48,2%
San Martin Valle Caudina	656	3.223	1.005	4.884	153,2%	31,2%	51,5%
Torrioni	46	357	146	549	317,4%	40,9%	53,8%
Tufo	93	553	243	889	261,3%	43,9%	60,8%
	12.396	63.389	20.842	96.627	168,1%	32,9%	52,4%

**Distretto 05 - Atripalda -
estensione territoriale: 417,22 kmq - densità abitativa: 242,20 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Atripalda	1.492	7.420	2.108	11.020	141,3%	28,4%	48,5%
Aiello del Sabato	625	2.695	638	3.958	102,1%	23,7%	46,9%
Candida	173	762	212	1.147	122,5%	27,8%	50,5%
Castel Vetere Sul Calore	193	1.018	404	1.615	209,3%	39,7%	58,6%
Cesinali	389	1.800	395	2.584	101,5%	21,9%	43,6%
Chiusano di S. Domenico	261	1.481	535	2.277	205,0%	36,1%	53,7%
Lapio	191	1.020	361	1.572	189,0%	35,4%	54,1%
Manocalzati	422	2.157	581	3.160	137,7%	26,9%	46,5%
Montefalcioni	461	2.180	718	3.359	155,7%	32,9%	54,1%
Montefusco	147	861	330	1.338	224,5%	38,3%	55,4%
Montemarano	277	1.775	799	2.851	288,4%	45,0%	60,6%
Montemiletto	616	3.535	1.162	5.313	188,6%	32,9%	50,3%
Montoro	3.314	13.569	2.788	19.671	84,1%	20,5%	45,0%
Parolise	77	427	159	663	206,5%	37,2%	55,3%
Pietradefusi	252	1.515	581	2.348	230,6%	38,3%	55,0%
Salza Irpina	82	527	163	772	198,8%	30,9%	46,5%
San Mango Sul Calore	123	751	311	1.185	252,8%	41,4%	57,8%
San Michele di Serino	368	1.711	451	2.530	122,6%	26,4%	47,9%
San Potito Ultra	200	1.031	327	1.558	163,5%	31,7%	51,1%
Santa Lucia di Serino	183	939	280	1.402	153,0%	29,8%	49,3%
Santa Paolina	119	811	326	1.256	273,9%	40,2%	54,9%
Santo Stefano del Sole	293	1.498	417	2.208	142,3%	27,8%	47,4%
Serino	941	4.653	1.440	7.034	153,0%	30,9%	51,2%
Solofra	1.875	8.759	1.861	12.495	99,3%	21,2%	42,7%
Sorbo Serpico	76	387	120	583	157,9%	31,0%	50,6%
Torre le Nocelle	146	879	299	1.324	204,8%	34,0%	50,6%
Venticano	328	1.654	555	2.537	169,2%	33,6%	53,4%
Volturara Irpina	414	2.061	814	3.289	196,6%	39,5%	59,6%
	14.038	67.876	19.135	101.049	136,3%	28,2%	48,9%

**Distretto 06 - Baiano -
estensione territoriale: 145,98 kmq - densità abitativa: 277,91 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Baiano	606	3.173	939	4.718	155,0%	29,6%	48,7%
Avella	1.200	5.494	1.196	7.890	99,7%	21,8%	43,6%
Domicella	281	1.253	328	1.862	116,7%	26,2%	48,6%
Lauro	437	2.319	753	3.509	172,3%	32,5%	51,3%
Marzano di Nola	271	1.149	307	1.727	113,3%	26,7%	50,3%
Moschiano	242	1.137	294	1.673	121,5%	25,9%	47,1%
Mugnano del Cardinale	759	3.647	967	5.373	127,4%	26,5%	47,3%
Pago del Vallo di Lauro	273	1.264	293	1.830	107,3%	23,2%	44,8%
Quadrelle	273	1.315	277	1.865	101,5%	21,1%	41,8%
Quindici	225	1.315	398	1.938	176,9%	30,3%	47,4%
Sirignano	491	2.061	381	2.933	77,6%	18,5%	42,3%
Sperone	533	2.618	555	3.706	104,1%	21,2%	41,6%
Taurano	205	1.040	301	1.546	146,8%	28,9%	48,7%
	5.796	27.785	6.989	40.570	120,6%	25,2%	46,0%

ASL Avellino	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
		54.582	281.145	89.598	425.325	164,2%	31,9%

ALLEGATO B – ASL di Benevento

ASL Benevento

LOGO:



SEDE LEGALE

via Aderisio, 1 - 82100 - BENEVENTO

POPOLAZIONE: 280.707 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.080,44 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 134,93 ab/Km²

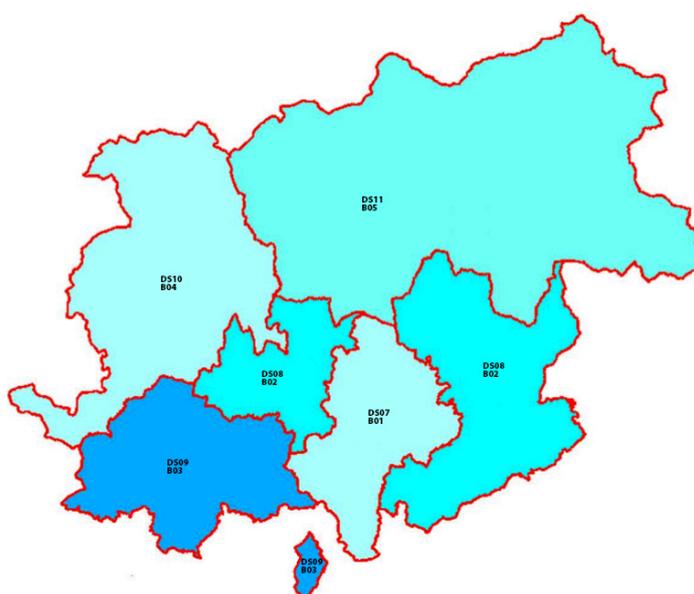
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: B01 -B05

TERRITORIO



L'ASL di Benevento confina a nord con il Molise, a est con la Puglia e sui restanti versanti con le ASL Avellino, Caserta e Napoli 3 Sud. Il territorio della ASL di Benevento è in gran parte montuoso. La densità abitativa è la più bassa della regione; aumenta solo in alcuni comuni e in modo particolare nelle zone limitrofe al capoluogo. Nell'ultimo decennio si registra una progressiva diminuzione della popolazione residente (cfr. grafico). Si rileva, inoltre, che il valore percentuale della popolazione 0-14 anni è il più basso (12,7%) della regione. L'indice di vecchiaia è il più elevato della regione (valore ASL: 173,7%) e raggiunge una punta massima nel Distretto Sanitario n. 11/Ambito 05 con un valore pari a 251,6%, ovvero sono presenti più di due anziani per ogni giovane residente

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI BENEVENTO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 07 - Benevento1 - estensione territoriale: 192,38 kmq - densità abitativa: 364,02 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dipendenz a</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Benevento	7.427	39.797	12.867	60.091	173,2%	32,3%	51,0%
Apollosa	352	1.761	545	2.658	154,8%	30,9%	50,9%
Arpaise	60	502	199	761	331,7%	39,6%	51,6%
Ceppaloni	427	2.203	785	3.415	183,8%	35,6%	55,0%
San Leucio del Sannio	394	2.082	630	3.106	159,9%	30,3%	49,2%
	8.660	46.345	15.026	70.031	173,5%	32,4%	51,1%

Distretto 08 - Benevento2 - estensione territoriale: 414,81 kmq - densità abitativa: 139,67 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
San Giorgio del Sannio	1.413	6.672	1.937	10.022	137,1%	29,0%	50,2%
Apice	768	3.683	1.235	5.686	160,8%	33,5%	54,4%
Buonalbergo	185	1.084	461	1.730	249,2%	42,5%	59,6%
Calvi	376	1.794	512	2.682	136,2%	28,5%	49,5%
Castelpoto	139	784	331	1.254	238,1%	42,2%	59,9%
Cautano	253	1.346	445	2.044	175,9%	33,1%	51,9%
Foglianise	438	2.259	688	3.385	157,1%	30,5%	49,8%
Paduli	468	2.490	1.020	3.978	217,9%	41,0%	59,8%
Pago Veiano	272	1.573	561	2.406	206,3%	35,7%	53,0%
Pesco Sannita	239	1.193	540	1.972	225,9%	45,3%	65,3%
Pietrelcina	387	2.009	718	3.114	185,5%	35,7%	55,0%
Ponte	327	1.619	634	2.580	193,9%	39,2%	59,4%
San Martino Sannita	141	821	268	1.230	190,1%	32,6%	49,8%
San Nazario	127	589	168	884	132,3%	28,5%	50,1%
San Nicola Manfredi	507	2.538	677	3.722	133,5%	26,7%	46,7%
Sant'Angelo a Cupolo	540	2.938	847	4.325	156,9%	28,8%	47,2%
Sant'Arcangelo Trimonte	34	336	203	573	597,1%	60,4%	70,5%
Torreco	464	2.200	743	3.407	160,1%	33,8%	54,9%
Vitulano	412	1.909	623	2.944	151,2%	32,6%	54,2%
	7.490	37.837	12.611	57.938	168,4%	33,3%	53,1%

Distretto 09 - Montesarchio - estensione territoriale: 244,62 kmq - densità abitativa: 227,23 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip.anziani	ind. dip. struttural e
Montesarchio	1.920	9.343	2.237	13.500	116,5%	23,9%	44,5%
Airola	1.182	5.488	1.525	8.195	129,0%	27,8%	49,3%
Arpaia	266	1.414	312	1.992	117,3%	22,1%	40,9%
Bonea	214	1.005	229	1.448	107,0%	22,8%	44,1%
Bucciano	348	1.393	359	2.100	103,2%	25,8%	50,8%
Campoli del Monte Taburno	228	1.012	306	1.546	134,2%	30,2%	52,8%
Durazzano	355	1.450	425	2.230	119,7%	29,3%	53,8%
Forchia	222	838	175	1.235	78,8%	20,9%	47,4%
Frasso Telesino	262	1.472	584	2.318	222,9%	39,7%	57,5%
Moiano	588	2.667	839	4.094	142,7%	31,5%	53,5%
Pannarano	269	1.474	387	2.130	143,9%	26,3%	44,5%
Paolisi	311	1.418	343	2.072	110,3%	24,2%	46,1%
Sant'Agata dè Goti	1.507	7.467	2.242	11.216	148,8%	30,0%	50,2%
Tocco Caudio	185	1.002	321	1.508	173,5%	32,0%	50,5%
	7.857	37.443	10.284	55.584	130,9%	27,5%	48,4%

Distretto 10 - Teleso Terme - estensione territoriale: 392,30 kmq - densità abitativa: 139,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip.anziani	ind. dip. struttural e
Teleso Terme	1.191	4.987	1.308	7.486	109,8%	26,2%	50,1%
Amorosi	331	1.771	695	2.797	210,0%	39,2%	57,9%
Castelvenere	307	1.684	571	2.562	186,0%	33,9%	52,1%
Cerreto Sannita	477	2.525	938	3.940	196,6%	37,1%	56,0%
Cusano Mutri	507	2.617	967	4.091	190,7%	37,0%	56,3%
Dugenta	401	1.763	634	2.798	158,1%	36,0%	58,7%
Faicchio	434	2.271	929	3.634	214,1%	40,9%	60,0%
Guardia Sanframondi	534	3.349	1.195	5.078	223,8%	35,7%	51,6%
Limatola	593	2.731	749	4.073	126,3%	27,4%	49,1%
Melizzano	213	1.215	430	1.858	201,9%	35,4%	52,9%
Paupisi	208	1.049	376	1.633	180,8%	35,8%	55,7%
Pietraroja	53	328	164	545	309,4%	50,0%	66,2%
Puglianello	153	899	297	1.349	194,1%	33,0%	50,1%
San Lorenzello	277	1.410	540	2.227	194,9%	38,3%	57,9%
San Lorenzo Maggiore	270	1.430	454	2.154	168,1%	31,7%	50,6%
San Lupo	64	509	228	801	356,3%	44,8%	57,4%
San Salvatore Telesino	532	2.597	870	3.999	163,5%	33,5%	54,0%
Solopaca	442	2.459	919	3.820	207,9%	37,4%	55,3%
	6.987	35.594	12.264	54.845	175,5%	34,5%	54,1%

**Distretto 11 - Benevento nord-est -
estensione territoriale: 836,31 kmq - densità abitativa: 50,59 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Morccone	523	3.038	1.371	4.932	262,1%	45,1%	62,3%
San Bartolomeo in Galdo	578	2.873	1.416	4.867	245,0%	49,3%	69,4%
Baselice	243	1.434	720	2.397	296,3%	50,2%	67,2%
Campolattaro	117	670	285	1.072	243,6%	42,5%	60,0%
Casalduni	165	863	350	1.378	212,1%	40,6%	59,7%
Castelfranco in Miscano	89	616	211	916	237,1%	34,3%	48,7%
Castelpagano	178	876	429	1.483	241,0%	49,0%	69,3%
Castelvetere in Val Fortone	64	633	543	1.240	848,4%	85,8%	95,9%
Circello	275	1.476	637	2.388	231,6%	43,2%	61,8%
Colle Sannita	305	1.491	635	2.431	208,2%	42,6%	63,0%
Foiano in Val Fortone	164	889	357	1.410	217,7%	40,2%	58,6%
Fragneto l'Abate	108	617	324	1.049	300,0%	52,5%	70,0%
Fragneto Monforte	218	1.175	447	1.840	205,0%	38,0%	56,6%
Ginestra degli Schiavoni	44	280	152	476	345,5%	54,3%	70,0%
Molinara	183	947	488	1.618	266,7%	51,5%	70,9%
Montefalcone di Val Fortone	144	890	491	1.525	341,0%	55,2%	71,3%
Pontelandolfo	233	1.355	579	2.167	248,5%	42,7%	59,9%
Reino	141	728	341	1.210	241,8%	46,8%	66,2%
San Giorgio La Molara	396	1.882	716	2.994	180,8%	38,0%	59,1%
San Marco dei cavoti	371	2.061	939	3.371	253,1%	45,6%	63,6%
Santa Croce del Sannio	102	601	224	927	219,6%	37,3%	54,2%
Sassinoro	67	361	190	618	283,6%	52,6%	71,2%
	4.708	25.756	11.845	42.309	251,6%	46,0%	64,3%

ASL Benevento	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
	35.702	182.975	62.030	280.707	173,7%	33,9%	53,4%

ALLEGATO C – ASL di Caserta

ASL Caserta

LOGO:



SEDE LEGALE

via Unità Italiana, 3 - 81100 - CASERTA

POPOLAZIONE: 924.414 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 2.651,35 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 348,66 ab/Km²

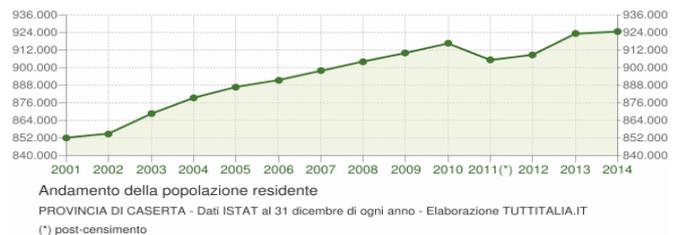
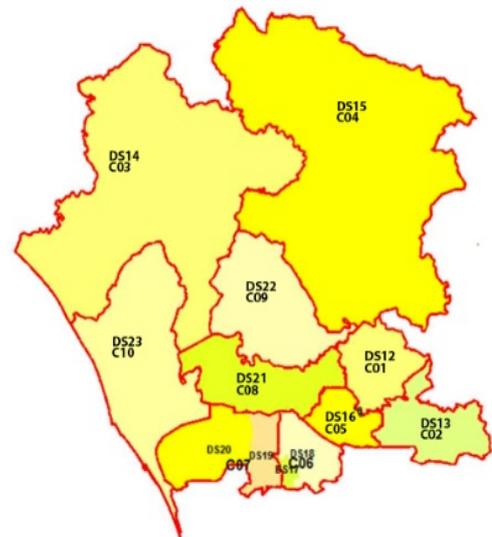
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: C01 - C10

TERRITORIO



L'ASL di Caserta si affaccia sul mar Tirreno e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e sui restanti versanti con le ASL Benevento e Napoli 2 Nord. Il territorio della ASL di Caserta è collinare per il 56,25% e per il resto prevalentemente pianeggiante. L'andamento demografico della popolazione residente mostra negli anni un graduale incremento registrandosi, al contempo, il tasso di crescita totale più alto in Regione. La densità abitativa della provincia raggiunge in alcune zone picchi considerevoli e, nel complesso, risulta la seconda provincia della regione per densità abitativa. La popolazione casertana si classifica tra le più giovani della regione con l'indice di vecchiaia (105,9%) tra i più bassi rispetto alla media regionale (117,3%). In alcuni distretti, quali i Distretti Sanitari n. 13, 16, 18, 19 e 20 il numero di giovani è superiore alla popolazione anziana.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 12 - Caserta - estensione territoriale: 90,48 kmq - densità abitativa: 1.285,18 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Caserta	9.929	50.750	15.647	76.326	157,6%	30,8%	50,4%
Casagiove	1.696	9.019	2.936	13.651	173,1%	32,6%	51,4%
Castel Morrone	479	2.572	807	3.858	168,5%	31,4%	50,0%
San Nicola la Strada	3.443	15.357	3.648	22.448	106,0%	23,8%	46,2%
	15.547	77.698	23.038	116.283	148,2%	29,7%	49,7%

Distretto 13 - Maddaloni - estensione territoriale: 107,81 kmq - densità abitativa: 778,17 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Maddaloni	6.560	26.740	5.866	39.166	89,4%	21,9%	46,5%
Arienzo	840	3.697	828	5.365	98,6%	22,4%	45,1%
Cervino	768	3.503	760	5.031	99,0%	21,7%	43,6%
San Felice a Cancellò	2.942	11.731	2.895	17.568	98,4%	24,7%	49,8%
Santa Maria a Vico	2.372	9.390	2.260	14.022	95,3%	24,1%	49,3%
Valle di Maddaloni	389	1.884	469	2.742	120,6%	24,9%	45,5%
	13.871	56.945	13.078	83.894	94,3%	23,0%	47,3%

Distretto 14 - Teano - estensione territoriale: 700,58 kmq - densità abitativa: 110,97ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip.anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Teano	1.563	8.300	2.714	12.577	173,6%	32,7%	51,5%
Caianello	236	1.196	392	1.824	166,1%	32,8%	52,5%
Cellole	1.046	5.424	1.360	7.830	130,0%	25,1%	44,4%
Conca della Campania	137	722	380	1.239	277,4%	52,6%	71,6%
Francolise	713	3.384	825	4.922	115,7%	24,4%	45,4%
Galluccio	271	1.404	479	2.154	176,8%	34,1%	53,4%
Marzano Appio	243	1.407	576	2.226	237,0%	40,9%	58,2%
Mignano Monte Lungo	396	2.175	679	3.250	171,5%	31,2%	49,4%
Pietravairano	375	1.983	626	2.984	166,9%	31,6%	50,5%
Presenzano	230	1.195	341	1.766	148,3%	28,5%	47,8%
Rocca d'Evandro	462	2.068	753	3.283	163,0%	36,4%	58,8%
Roccamonfina	376	2.313	822	3.511	218,6%	35,5%	51,8%
San Pietro Infine	104	612	228	944	219,2%	37,3%	54,2%
Sessa Aurunca	2.609	14.184	4.934	21.727	189,1%	34,8%	53,2%
Tora e Piccilli	98	540	272	910	277,6%	50,4%	68,5%
Vairano Patenora	855	4.381	1.358	6.594	158,8%	31,0%	50,5%
	9.714	51.288	16.739	77.741	172,3%	32,6%	51,6%

Distretto 15 - Piedimonte - estensione territoriale: 879,11 kmq - densità abitativa: 83,84 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Piedimonte Matese	1.501	7.468	2.328	11.297	155,1%	31,2%	51,3%
Aliano	158	842	369	1.369	233,5%	43,8%	62,6%
Alife	1.087	5.030	1.499	7.616	137,9%	29,8%	51,4%
Alvignano	664	3.086	1.074	4.824	161,7%	34,8%	56,3%
Baia e Latina	291	1.437	469	2.197	161,2%	32,6%	52,9%
Caiazzo	719	3.607	1.269	5.595	176,5%	35,2%	55,1%
Capriati a Volturno	198	970	373	1.541	188,4%	38,5%	58,9%
Castel Campagnano	193	1.003	385	1.581	199,5%	38,4%	57,6%
Castel di Sasso	148	737	286	1.171	193,2%	38,8%	58,9%
Castello del Matese	206	1.009	279	1.494	135,4%	27,7%	48,1%
Ciorlano	34	260	132	426	388,2%	50,8%	63,8%
Dragoni	296	1.376	436	2.108	147,3%	31,7%	53,2%
Fontegreca	104	502	205	811	197,1%	40,8%	61,6%
Formicola	200	968	320	1.488	160,0%	33,1%	53,7%
Gallo Matese	52	339	188	579	361,5%	55,5%	70,8%
Gioia Sannitica	490	2.307	841	3.638	171,6%	36,5%	57,7%
Letino	66	455	191	712	289,4%	42,0%	56,5%
Liberi	122	734	297	1.153	243,4%	40,5%	57,1%
Piana di Monte Verna	244	1.515	631	2.390	258,6%	41,7%	57,8%
Pietramelara	703	3.050	969	4.722	137,8%	31,8%	54,8%
Pontelatone	228	1.117	358	1.703	157,0%	32,1%	52,5%
Prata Sannita	164	956	382	1.502	232,9%	40,0%	57,1%
Pratella	185	972	408	1.565	220,5%	42,0%	61,0%
Raviscanina	159	835	325	1.319	204,4%	38,9%	58,0%
Riardo	276	1.540	505	2.321	183,0%	32,8%	50,7%
Roccaromana	93	551	212	856	228,0%	38,5%	55,4%
Ruviano	218	1.010	427	1.655	195,9%	42,3%	63,9%
San Gregorio Matese	110	622	256	988	232,7%	41,2%	58,8%
San Potito Sannitico	262	1.236	427	1.925	163,0%	34,5%	55,7%
Sant'Angelo d'Alife	301	1.400	569	2.270	189,0%	40,6%	62,1%
Valle Agricola	50	535	305	890	610,0%	57,0%	66,4%
	9.522	47.469	16.715	73.706	175,5%	35,2%	55,3%

Distretto 16 - Marcianise - estensione territoriale: 52,13 kmq - densità abitativa: 1.584,75 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Marcianise	6.702	27.222	5.879	39.803	87,7%	21,6%	46,2%
Capodrise	2.014	6.833	1.247	10.094	61,9%	18,2%	47,7%
Macerata Campania	1.741	7.278	1.590	10.609	91,3%	21,8%	45,8%
Portico di Caserta	1.443	5.292	1.067	7.802	73,9%	20,2%	47,4%
Recale	1.233	5.414	1.126	7.773	91,3%	20,8%	43,6%
San Marco Evangelista	1.164	4.455	913	6.532	78,4%	20,5%	46,6%
	14.297	56.494	11.822	82.613	82,7%	20,9%	46,2%

Distretto 17 - Aversa - estensione territoriale: 8,85 kmq - densità abitativa: 5.994,01 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Aversa	8.157	35.791	9.099	53.047	111,5%	25,4%	48,2%
	8.157	35.791	9.099	53.047	111,5%	25,4%	48,2%

Distretto 18 - Succivo - estensione territoriale:56,54 kmq - densità abitativa: 1.808,05 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Succivo	1.447	5.945	1.065	8.457	73,6%	17,9%	42,3%
Carinaro	1.234	5.014	933	7.181	75,6%	18,6%	43,2%
Casaluce	1.814	6.942	1.322	10.078	72,9%	19,0%	45,2%
Cesa	1.680	6.110	1.051	8.841	62,6%	17,2%	44,7%
Gricignano di Aversa	2.427	8.347	1.107	11.881	45,6%	13,3%	42,3%
Orta di Atella	6.351	18.610	2.230	27.191	35,1%	12,0%	46,1%
Sant'Arpino	2.608	9.724	1.975	14.307	75,7%	20,3%	47,1%
Teverola	2.705	9.933	1.653	14.291	61,1%	16,6%	43,9%
	20.266	70.625	11.336	102.227	55,9%	16,1%	44,7%

Distretto 19 -Lusciano - estensione territoriale: 39,85 kmq - densità abitativa: 1.919,27 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Lusciano	2.631	10.706	2.025	15.362	77,0%	18,9%	43,5%
Frignano	1.581	6.116	1.311	9.008	82,9%	21,4%	47,3%
Parete	1.961	7.898	1.583	11.442	80,7%	20,0%	44,9%
San Marcellino	2.560	9.897	1.698	14.155	66,3%	17,2%	43,0%
Trentola Ducenta	3.730	13.425	2.274	19.429	61,0%	16,9%	44,7%
Villa di Briano	1.266	4.907	914	7.087	72,2%	18,6%	44,4%
	13.729	52.949	9.805	76.483	71,4%	18,5%	44,4%

Distretto 20 - Casal di Principe - estensione territoriale: 94,59 kmq - densità abitativa: 571,03 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Casal di Principe	3.873	14.870	2.646	21.389	68,3%	17,8%	43,8%
Casapesenna	1.224	4.778	985	6.987	80,5%	20,6%	46,2%
San Cipriano d'Aversa	2.198	9.433	2.022	13.653	92,0%	21,4%	44,7%
Villa Literno	2.066	8.269	1.650	11.985	79,9%	20,0%	44,9%
	9.361	37.350	7.303	54.014	78,0%	19,6%	44,6%

Distretto 21 - Santa Maria Capua Vetere - estensione territoriale: 142,05 kmq - densità abitativa: 536,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
S. Maria Capua Vetere	4.608	21.900	6.294	32.802	136,6%	28,7%	49,8%
Casapulla	1.421	5.840	1.367	8.628	96,2%	23,4%	47,7%
Curti	1.059	4.673	1.400	7.132	132,2%	30,0%	52,6%
Grazzanise	1.133	4.792	1.142	7.067	100,8%	23,8%	47,5%
San Prisco	2.185	8.391	1.769	12.345	81,0%	21,1%	47,1%
San Tammaro	976	3.866	707	5.549	72,4%	18,3%	43,5%
Santa Maria la Fossa	418	1.881	430	2.729	102,9%	22,9%	45,1%
	11.800	51.343	13.109	76.252	111,1%	25,5%	48,5%

Distretto 22 - Capua - estensione territoriale: 194,44 kmq - densità abitativa: 296,21 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Capua	2.541	12.608	3.671	18.820	144,5%	29,1%	49,3%
Bellona	1.008	4.103	942	6.053	93,5%	23,0%	47,5%
Calvi Risorta	775	3.772	1.160	5.707	149,7%	30,8%	51,3%
Camigliano	306	1.252	385	1.943	125,8%	30,8%	55,2%
Giano Vetusto	70	398	179	647	255,7%	45,0%	62,6%
Pastorano	489	1.968	576	3.033	117,8%	29,3%	54,1%
Pignataro Maggiore	835	3.968	1.281	6.084	153,4%	32,3%	53,3%
Rocchetta e Croce	59	299	102	460	172,9%	34,1%	53,8%
Sparanise	1.041	4.957	1.431	7.429	137,5%	28,9%	49,9%
Vitulazio	1.340	5.004	1.076	7.420	80,3%	21,5%	48,3%
	8.464	38.329	10.803	57.596	127,6%	28,2%	50,3%

Distretto 23 - Mondragone - estensione territoriale: 284,92 kmq - densità abitativa: 247,64 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip.anziani	ind. dip. strutturale
Mondragone	4.429	19.304	4.891	28.624	110,4%	25,3%	48,3%
Cancello ed Arnone	886	3.913	876	5.675	98,9%	22,4%	45,0%
Carinola	898	4.664	1.721	7.283	191,6%	36,9%	56,2%
Castel Volturno	4.409	17.461	3.411	25.281	77,4%	19,5%	44,8%
Falciano del Massico	494	2.431	770	3.695	155,9%	31,7%	52,0%
	11.116	47.773	11.669	70.558	105,0%	24,4%	47,7%

ASL Caserta	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
	145.844	624.054	154.516	924.414	105,9%	24,8%	48,1%

ALLEGATO D – ASL Napoli 1 Centro

ASL Napoli 1 Centro

LOGO:



SEDE LEGALE

via Comunale del Principe 13/a 80145 - NAPOLI

POPOLAZIONE: 988.225 abitanti (fonte: ISTAT 2016)

ESTENSIONE TERRITORIALE: 129,55 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 7.628,14 ab/Km²

AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N01 - N10; N34

TERRITORIO



L'ASL Napoli 1 Centro si affaccia sul golfo di Napoli e sui restanti versanti confina con le ASL Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud. Il territorio della ASL Napoli 1 Centro comprende l'isola di Capri e la città di Napoli, terza città in Italia per popolazione che si trova al centro di una delle aree più densamente abitate, capoluogo dell'omonima città metropolitana e della Regione. Il numero di abitanti della ASL Napoli1 si mantiene pressoché stabile da diversi anni e l'analisi della struttura della popolazione mostra un sensibile aumento della percentuale di cittadini appartenenti alla fascia d'età ultrasessantacinquenne (anno 2002 15,6% - anno 2015: 18,8%) e una contestuale diminuzione della fascia under 14 anni (anno 2002 17,1% - anno 2015: 15,1%). La struttura per età della popolazione si diversifica nei diversi distretti/municipalità rilevandosi, nel quartiere di Chiaiano-Scampia l'indice di vecchiaia più basso (89,9%) e nel quartiere Vomero quello più alto con valore pari a **220%**. (cfr allegato D).

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

Fonti: Isola di Capri- dati ISTAT 2016; Municipalità 01-10 – Piano della Performance 2015-2017 ASL Na1 deliberazione 1061/2015

Distretto 24- Municipalità 1- Isola di Capri							
	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Quartieri: S. Ferdinando - Chiaia - Posillipo	10.941	55.397	18.866	85.204	172,4%	34,1%	53,8%
Comune di Capri	828	4.719	1.658	7.205	200,2%	35,1%	52,7%
Comune di Anacapri	1.009	4.577	1.360	6.946	134,8%	29,7%	51,8%
	12.778	64.693	21.884	99.355	171,3%	33,8%	53,6%

Distretto 25- Municipalità 10							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Bagnoli - Fuorigrotta	12.199	63.959	20.742	96.900	170,0%	32,4%	51,5%
	12.199	63.959	20.742	96.900	170,0%	32,4%	51,5%

Distretto 26- Municipalità 9							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Soccavo - Pianura	15.948	75.558	16.032	107.538	100,5%	21,2%	42,3%
	15.948	75.558	16.032	107.538	100,5%	21,2%	42,3%

Distretto 27- Municipalità 5							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Vomero - Arenella	13.124	73.149	28.875	115.148	220,0%	39,5%	57,4%
	13.124	73.149	28.875	115.148	220,0%	39,5%	57,4%

Distretto 28- Municipalità 8							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Chiaiano - Piscinola - Scampia	14.414	63.653	12.955	91.022	89,9%	20,4%	43,0%
	14.414	63.653	12.955	91.022	89,9%	20,4%	43,0%

Distretto 29- Municipalità 3							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Stella - San Carlo All'Arena	14.897	69.002	20.122	104.021	135,1%	29,2%	50,8%
	14.897	69.002	20.122	104.021	135,1%	29,2%	50,8%

Distretto 30- Municipalità 7							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Miano - Secondigliano - S. Pietro a Patierno	14.189	62.405	13.339	89.933	94,0%	21,4%	44,1%
	14.189	62.405	13.339	89.933	94,0%	21,4%	44,1%

Distretto 31- Municipalità 2							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Avvocata - Montecalvario - San Giuseppe - Porto - Mercato - Pendino	12.527	61.372	17.181	91.080	137,2%	28,0%	48,4%
	12.527	61.372	17.181	91.080	137,2%	28,0%	48,4%

Distretto 32- Municipalità 6							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
S. Giovanni a Teduccio - Barra - Ponticelli	18.885	79.924	17.633	116.442	93,4%	22,1%	45,7%
	18.885	79.924	17.633	116.442	93,4%	22,1%	45,7%

Distretto 33- Municipalità 4							
Quartieri	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
S. Lorenzo - Vicaria - Poggioreale - Zona Ind.	13.335	64.744	17.037	95.116	127,8%	26,3%	46,9%
	13.335	64.744	17.037	95.116	127,8%	26,3%	46,9%

ASL Napoli 1 Centro	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
	142.296	678.459	185.800	1.006.555	130,5%	27,4%	48,4%

ALLEGATO E – ASL Napoli 2 Nord

ASL Napoli 2 Nord

LOGO:



SEDE LEGALE

via Campania 268 - POZZUOLI

POPOLAZIONE: 1.052.754 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 414,08 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 2.542,39 ab/Km²

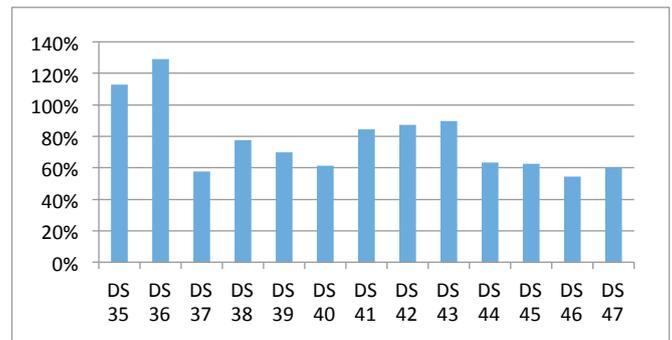
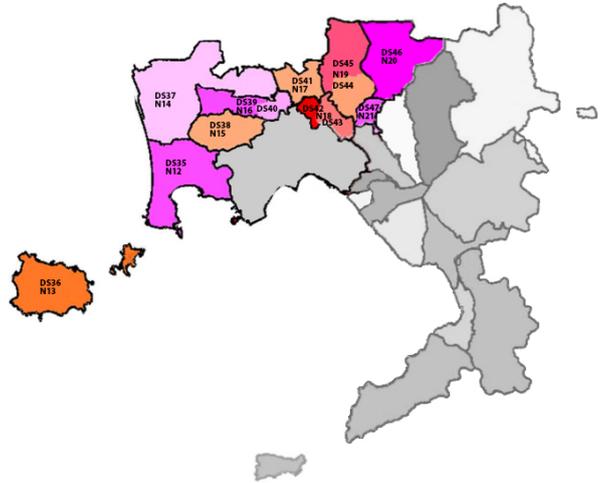
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N12 - N21

TERRITORIO



L'ASL Napoli 2 Nord si affaccia ad ovest sul mar Tirreno e sui restanti versanti confina con le ASL Caserta, Napoli 3 Sud e Napoli 1 Centro. Rientrano nel territorio della ASL le isole di Ischia e Procida. L'ASL Napoli 2 nord presenta un'alta densità abitativa (**2.542,39 ab/Km²**), una delle più alte della Regione che supera di gran lunga la media regionale (427,98 ab/Km²) e nazionale (200,84 ab/Km²). Alcuni comuni mostrano densità abitative estremamente elevate, come il Comune di Casavatore (12.223 ab/Km²) del Distretto 42, il Comune di Melito di Napoli (9.923 ab/Km²), entrambi inclusi nell'elenco dei 50 comuni più popolosi d'Italia (cfr. tabella n.2) La popolazione presenta un buon ricambio generazionale risultando la più giovane della regione con un valore medio dell'indice di vecchiaia pari al 81,8% vs una media regionale dell' 117,3%. Tale condizione si conferma in quasi tutti i Distretti della ASL ad eccezione del Distretto n.36 di Ischia dove l'indice di vecchiaia (135%), pur superando la media regionale, rimane al di sotto della media nazionale (161,4%) e del mezzogiorno (143,8%).

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 35 - Pozzuoli - estensione territoriale: 60,61 kmq - densità abitativa: 1.998,14 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Pozzuoli	12.553	55.287	13.821	81.661	110,1%	25,0%	47,7%
Bacoli	3.626	17.918	5.016	26.560	138,3%	28,0%	48,2%
Monte di Procida	1.730	8.670	2.486	12.886	143,7%	28,7%	48,6%
	17.909	81.875	21.323	121.107	119,1%	26,0%	47,9%

Distretto 36 - Ischia - estensione territoriale: 50,81 kmq - densità abitativa: 1.467,45 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Ischia	2.885	12.936	4.094	19.915	141,9%	31,6%	54,0%
Barano d'Ischia	1.455	6.881	1.777	10.113	122,1%	25,8%	47,0%
Casamicciola Terme	1.173	5.654	1.535	8.362	130,9%	27,1%	47,9%
Forio	2.607	12.063	2.945	17.615	113,0%	24,4%	46,0%
Lacco Ameno	660	3.281	912	4.853	138,2%	27,8%	47,9%
Procida	1.422	6.679	2.429	10.530	170,8%	36,4%	57,7%
Serrara Fontana	408	2.136	629	3.173	154,2%	29,4%	48,5%
	10.610	49.630	14.321	74.561	135,0%	28,9%	50,2%

Distretto 37 - Giugliano in Campania - estensione territoriale: 94,62 kmq - densità abitativa: 1.299,66 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Giugliano in Campania	23.618	85.120	14.236	122.974	60,3%	16,7%	44,5%
	23.618	85.120	14.236	122.974	60,3%	16,7%	44,5%

Distretto 38 - Marano di Napoli - estensione territoriale: 29,80 kmq - densità abitativa: 3.382,68 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Marano di Napoli	9.979	40.756	9.139	59.874	91,6%	22,4%	46,9%
Quarto	7.342	28.503	5.085	40.930	69,3%	17,8%	43,6%
	17.321	69.259	14.224	100.804	82,1%	20,5%	45,5%

Distretto 39- Villaricca - estensione territoriale: 18,32 kmq - densità abitativa: 3.774,73 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Villaricca	5.619	21.378	4.125	31.122	73,4%	19,3%	45,6%
Calvizzano	1.945	8.552	1.832	12.329	94,2%	21,4%	44,2%
Qualiano	4.451	18.257	2.994	25.702	67,3%	16,4%	40,8%
	12.015	48.187	8.951	69.153	74,5%	18,6%	43,5%

Distretto 40 - Mugnano di Napoli - estensione territoriale: 9,06 kmq - densità abitativa: 8.019,20 ab/Kmq							
--	--	--	--	--	--	--	--

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Mugnano di Napoli	6.049	23.985	4.794	34.828	79,3%	20,0%	45,2%
Melito di Napoli	7.237	26.576	4.013	37.826	55,5%	15,1%	42,3%
	13.286	50.561	8.807	72.654	66,3%	17,4%	43,7%

Distretto 41- Frattamaggiore - estensione territoriale: 19,39 kmq - densità abitativa: 5.819,44 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Frattamaggiore	4.318	20.323	5.688	30.329	131,7%	28,0%	49,2%
Casandrino	2.647	10.185	1.504	14.336	56,8%	14,8%	40,8%
Frattaminore	2.787	11.242	2.179	16.208	78,2%	19,4%	44,2%
Grumo Nevano	2.726	12.419	2.916	18.061	107,0%	23,5%	45,4%
Sant'Antimo	6.053	23.765	4.087	33.905	67,5%	17,2%	42,7%
	18.531	77.934	16.374	112.839	88,4%	21,0%	44,8%

Distretto 42 - Arzano - estensione territoriale: 6,24 kmq - densità abitativa: 8.581,25 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Arzano	5.822	23.794	5.270	34.886	90,5%	22,1%	46,6%
Casavatore	3.107	12.660	2.894	18.661	93,1%	22,9%	47,4%
	8.929	36.454	8.164	53.547	91,4%	22,4%	46,9%

Distretto 43 - Casoria - estensione territoriale: 12,13 kmq - densità abitativa: 6.400,82 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Casoria	12.865	52.432	12.345	77.642	96,0%	23,5%	48,1%
	12.865	52.432	12.345	77.642	96,0%	23,5%	48,1%

Distretto 44 - Afragola - estensione territoriale: 17,91 kmq - densità abitativa: 3.632,44 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Afragola	12.233	44.750	8.074	65.057	66,0%	18,0%	45,4%
	12.233	44.750	8.074	65.057	66,0%	18,0%	45,4%

Distretto 45 - Caivano - estensione territoriale: 32,65 kmq - densità abitativa: 2.235,47 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Caivano	7.146	25.913	4.820	37.879	67,5%	18,6%	46,2%
Cardito	4.166	15.845	2.744	22.755	65,9%	17,3%	43,6%
Crispano	2.264	8.695	1.395	12.354	61,6%	16,0%	42,1%
	13.576	50.453	8.959	72.988	66,0%	17,8%	44,7%

Distretto 46 - Acerra -							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

estensione territoriale: 54,71 kmq - densità abitativa: 1.088.89 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Acerra	11.887	40.492	7.194	59.573	60,5%	17,8%	47,1%
	11.887	40.492	7.194	59.573	60,5%	17,8%	47,1%

Distretto 47- Casalnuovo di Napoli - estensione territoriale: 7,83 kmq - densità abitativa: 6.367,18 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Casalnuovo di Napoli	9.034	34.994	5.827	49.855	64,5%	16,7%	42,5%
	9.034	34.994	5.827	49.855	64,5%	16,7%	42,5%

ASL Napoli 2 Nord	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
		181.814	722.141	148.799	1.052.754	81,8%	20,6%

ALLEGATO F – ASL Napoli 3 Sud

ASL Napoli 3 Sud

LOGO:



SEDE LEGALE

via Marconi, 66 - Torre del Greco

POPOLAZIONE: 1.072.919 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 634,72 Km² (fonte: urbatistat.it)

DENSITA' ABITATIVA: 1.690,38 ab/Km²

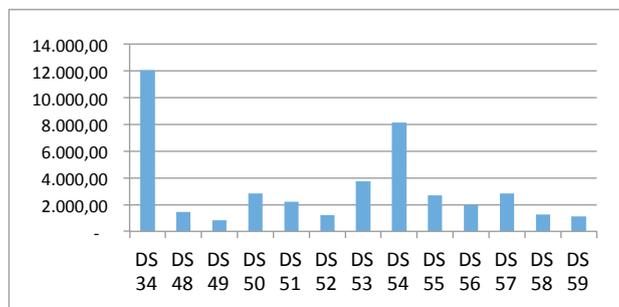
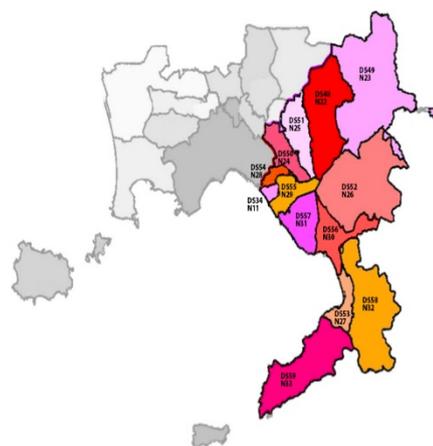
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: N11; N22 – N33

TERRITORIO



L'ASL Napoli 3 Sud si affaccia ad ovest sul golfo di Napoli estendendosi lungo la costiera sorrentina fino a punta Campanella e confina, sui versanti interni, con le ASL Salerno, Avellino e Benevento. L'Asl Napoli 3 sud è la terza ASL campana per densità abitativa (1.690,38 ab/Km²) e supera di gran lunga la media regionale (427,98) e nazionale (200,84). Alcuni comuni mostrano densità abitative estremamente elevate, come il Comune di Portici (12.003 ab/Km²) del Distretto 34 e il Comune di S. Giorgio a Cremano (11.097 ab/Km²) del Distretto 54, entrambi compresi nell'elenco dei primi 50 comuni più popolosi d'Italia (cfr. tabella n.2). La densità più bassa si riscontra nel Distretto 49 di Nola, composto da 14 comuni, con valore pari a 816,72 ab/km². Le tabelle analitiche che seguono, cui si rinvia per ulteriori approfondimenti, indicano che mediamente nell'ambito ASL sono presenti 103 anziani ogni 100 giovani e che tale rapporto si diversifica nei diversi distretti e comuni della ASL. Difatti l'indice di vecchiaia rilevato a livello aziendale (107,2%), inferiore alla media regionale (117,3%), varia da un minimo, pari a 79,9%, registrato nel Distretto n.50 e n.51 a un valore massimo del 158,1 % rilevato nel Distretto n. 34 che, pur superiore alla media

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



regionale, rimane al di sotto della media nazionale (161,4%).

Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura per comune e distretto sanitario

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 34 - Portici - estensione territoriale: 4,60 kmq - densità abitativa: 12.016,09 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Portici	7.881	34.936	12.457	55.274	158,1%	35,7%	58,2%
	7.881	34.936	12.457	55.274	158,1%	35,7%	58,2%

Distretto 48- Mariglianella - estensione territoriale: 71,40 kmq - densità abitativa: 1.456,20 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Mariglianella	1.452	5.344	991	7.787	68,3%	18,5%	45,7%
Brusciano	2.895	11.419	2.152	16.466	74,3%	18,8%	44,2%
Castello di Cisterna	1.499	5.352	1.018	7.869	67,9%	19,0%	47,0%
Marigliano	4.825	20.461	4.871	30.157	101,0%	23,8%	47,4%
San Vitaliano	1.173	4.367	921	6.461	78,5%	21,1%	48,0%
Somma Vesuviana	5.777	24.194	5.262	35.233	91,1%	21,7%	45,6%
	17.621	71.137	15.215	103.973	86,3%	21,4%	46,2%

Distretto 49- Nola - estensione territoriale: 134,55 kmq - densità abitativa: 816,72 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Nola	5.056	23.429	5.946	34.431	117,6%	25,4%	47,0%
Camposano	754	3.630	949	5.333	125,9%	26,1%	46,9%
Carbonara di Nola	418	1.672	339	2.429	81,1%	20,3%	45,3%
Casamarciano	476	2.186	627	3.289	131,7%	28,7%	50,5%
Cicciano	1.822	8.925	2.159	12.906	118,5%	24,2%	44,6%
Cimitile	1.099	4.832	1.349	7.280	122,7%	27,9%	50,7%
Comiziano	281	1.121	412	1.814	146,6%	36,8%	61,8%
Liveri	216	1.050	341	1.607	157,9%	32,5%	53,0%
Roccarainola	1.006	4.826	1.250	7.082	124,3%	25,9%	46,7%
San Paolo Bel Sito	539	2.379	595	3.513	110,4%	25,0%	47,7%
Saviano	2.532	10.970	2.480	15.982	97,9%	22,6%	45,7%
Scisciano	978	4.133	883	5.994	90,3%	21,4%	45,0%
Tufino	655	2.549	572	3.776	87,3%	22,4%	48,1%
Visciano	622	2.984	848	4.454	136,3%	28,4%	49,3%
	16.454	74.686	18.750	109.890	114,0%	25,1%	47,1%

Distretto 50- Volla - estensione territoriale: 21,49 kmq - densità abitativa: 2.839,83 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Volla	4.390	16.576	2.789	23.755	63,5%	16,8%	43,3%
Cercola	2.963	12.485	2.819	18.267	95,1%	22,6%	46,3%
Massa di Somma	826	3.820	798	5.444	96,6%	20,9%	42,5%
Pollena Trocchia	2.291	9.309	1.962	13.562	85,6%	21,1%	45,7%
	10.470	42.190	8.368	61.028	79,9%	19,8%	44,7%

Distretto 51 - Pomigliano d'Arco - estensione territoriale: 30,45 kmq - densità abitativa: 2.219,80 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Pomigliano d'Arco	6.122	26.457	7.343	39.922	119,9%	27,8%	50,9%
Sant'Anastasia	4.377	18.746	4.548	27.671	103,9%	24,3%	47,6%
	10.499	45.203	11.891	67.593	113,3%	26,3%	49,5%

Distretto 52- Palma Campania - estensione territoriale: 106,22 kmq - densità abitativa: 1.240,84 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Palma Campania	2.417	11.261	2.300	15.978	95,2%	20,4%	41,9%
Ottaviano	3.715	16.514	3.631	23.860	97,7%	22,0%	44,5%
Poggioreale	4.037	15.133	2.806	21.976	69,5%	18,5%	45,2%
San Gennaro Vesuviano	2.112	8.405	1.449	11.966	68,6%	17,2%	42,4%
San Giuseppe Vesuviano	4.978	21.596	4.083	30.657	82,0%	18,9%	42,0%
Striano	1.457	5.807	1.133	8.397	77,8%	19,5%	44,6%
Terzigno	3.326	13.443	2.199	18.968	66,1%	16,4%	41,1%
	22.042	92.159	17.601	131.802	79,9%	19,1%	43,0%

Distretto 53 - Castellammare di Stabia - estensione territoriale: 17,81 kmq - densità abitativa: 3.731,95 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale
Castellammare di Stabia	10.576	43.255	12.635	66.466	119,5%	29,2%	53,7%
	10.576	43.255	12.635	66.466	119,5%	29,2%	53,7%

Distretto 54 - San Giorgio a Cremano - estensione territoriale: 6,76kmq - densità abitativa: 8.099,56 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiaia	ind. dip. anziani	ind. dip. strutturale

San Giorgio a Cremano	6.479	28.689	10.389	45.557	160,3%	36,2%	58,8%
San Sebastiano al Vesuvio	1.485	6.047	1.664	9.196	112,1%	27,5%	52,1%
	7.964	34.736	12.053	54.753	151,3%	34,7%	57,6%

Distretto 55 - Ercolano - estensione territoriale: 19,89 kmq - densità abitativa: 2.700,30 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Ercolano	8.768	35.285	9.656	53.709	110,1%	27,4%	52,2%
	8.768	35.285	9.656	53.709	110,1%	27,4%	52,2%

Distretto 56- Torre Annunziata - estensione territoriale: 32,05 kmq - densità abitativa: 2.808,13 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Torre Annunziata	7.074	27.097	8.618	42.789	121,8%	31,8%	57,9%
Boscoreale	4.705	18.956	4.411	28.072	93,8%	23,3%	48,1%
Boscotrecase	1.647	6.831	1.885	10.363	114,5%	27,6%	51,7%
Trecase	1.443	5.874	1.780	9.097	123,4%	30,3%	54,9%
	14.869	58.758	16.694	90.321	112,3%	28,4%	53,7%

Distretto 57 - Torre del Greco - estensione territoriale: 30,63 kmq - densità abitativa: 2.816,68 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Torre del Greco	13.802	56.529	15.944	86.275	115,5%	28,2%	52,6%
	13.802	56.529	15.944	86.275	115,5%	28,2%	52,6%

Distretto 58- Pompei - estensione territoriale: 85,95 kmq - densità abitativa: 1.276,30 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Pompei	3.896	16.829	4.633	25.358	118,9%	27,5%	50,7%
Agerola	1.200	4.983	1.490	7.673	124,2%	29,9%	54,0%
Casola di Napoli	794	2.585	519	3.898	65,4%	20,1%	50,8%
Gragnano	4.957	19.316	4.863	29.136	98,1%	25,2%	50,8%
Lettere	1.171	4.229	788	6.188	67,3%	18,6%	46,3%
Pimonte	1.095	4.213	672	5.980	61,4%	16,0%	41,9%
Santa Maria La Carità	2.260	7.970	1.492	11.722	66,0%	18,7%	47,1%
Sant'Antonio Abate	3.657	13.341	2.745	19.743	75,1%	20,6%	48,0%
	19.030	73.466	17.202	109.698	90,4%	23,4%	49,3%

Distretto 59- Vico Equense - estensione territoriale: 72,92 kmq - densità abitativa: 1.126,38 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
Vico Equense	3.316	13.870	3.783	20.969	114,1%	27,3%	51,2%
Massa Lubrense	2.239	9.385	2.619	14.243	117,0%	27,9%	51,8%
Meta	1.140	5.296	1.579	8.015	138,5%	29,8%	51,3%
Piano di Sorrento	1.934	8.418	2.757	13.109	142,6%	32,8%	55,7%
Sant'Agnello	1.400	5.930	1.792	9.122	128,0%	30,2%	53,8%
Sorrento	2.266	10.683	3.730	16.679	164,6%	34,9%	56,1%
	12.295	53.582	16.260	82.137	132,2%	30,3%	53,3%

ASL Napoli 3 Sud	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
		172.271	715.922	184.726	1.072.919	107,2%	25,8%

ALLEGATO G – ASL Salerno

ASL Salerno

LOGO:



SEDE LEGALE

via Nizza, 146 - 84124 SALERNO

POPOLAZIONE: 1.106.506 abitanti

ESTENSIONE TERRITORIALE: 4.954,16 Km²

DENSITA' ABITATIVA: 223,35 Ab/Km²

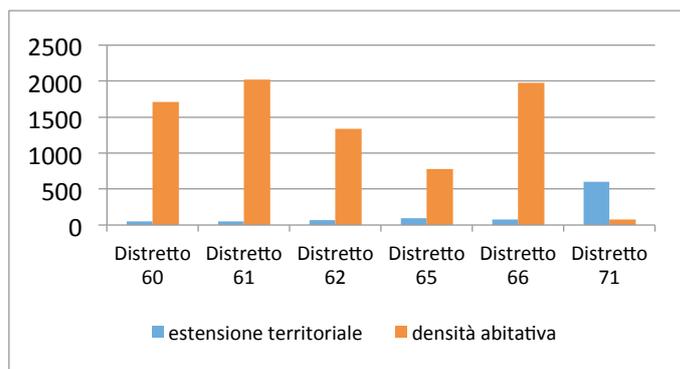
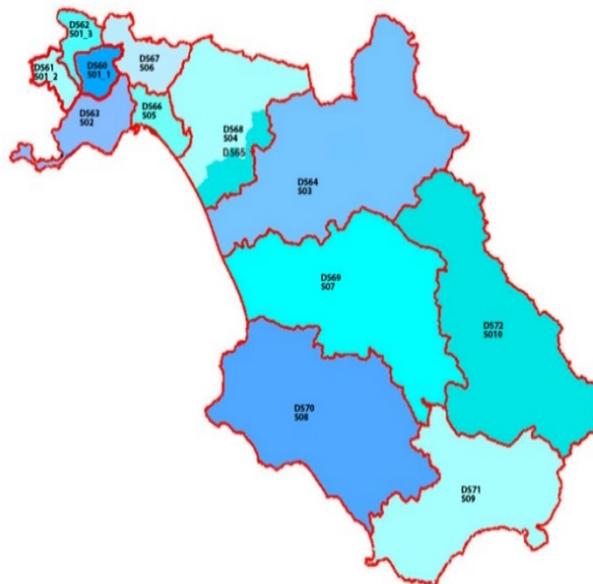
AMBITI SOCIALI DI RIFERIMENTO: S01_1 – S10

TERRITORIO



L'ASL Salerno si affaccia a sud-ovest sull'omonimo golfo estendendosi dalla costiera amalfitana a quella cilentana e confina a est con la Basilicata e, sui restanti versanti, con l'Asl Avellino e Napoli 3 Sud. L'Asl Salerno è la prima per estensione territoriale, per numero di abitanti e numero di comuni (158) e la quinta per densità abitativa. Il territorio provinciale è estremamente variegato dal punto di vista morfologico. Tale disomogeneità, spesso accompagnata, nelle zone interne montuose, da difficoltà di collegamento, incide sulle caratteristiche demografiche della popolazione: più popolosa e giovane in alcuni ambiti come quello dell'agro nocerino sarnese e del capoluogo di provincia e zone contermini, più rarefatta e con alta incidenza di popolazione anziana nelle zone interne e dell'entroterra cilentana. Le zone costiere, interessate da un'alta affluenza turistica, raggiungono, in modo particolare nella stagione estiva, alte densità abitative.

AMBITI SOCIALI E DISTRETTI SOCIO-SANITARI



**Popolazione residente per fasce d'età con indicatori di struttura
per comune e distretto sanitario**

(Fonte: ISTAT 2016)

Distretto 60- Nocera Inferiore - estensione territoriale: 54,51 kmq - densità abitativa: 1.707,36 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Nocera Inferiore	6.185	30.828	9.030	46.043	146,0%	29,3%	49,4%
Castel San Giorgio	2.017	9.515	2.170	13.702	107,6%	22,8%	44,0%
Nocera Superiore	3.567	16.658	4.038	24.263	113,2%	24,2%	45,7%
Roccapiemonte	1.407	6.046	1.607	9.060	114,2%	26,6%	49,9%
	13.176	63.047	16.845	93.068	127,8%	26,7%	47,6%

Distretto 61- Angri-Scafati - estensione territoriale: 47,65 kmq - densità abitativa: 2.019,79 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Angri	5.832	22.770	5.400	34.002	92,6%	23,7%	49,3%
Corbara	419	1.647	479	2.545	114,3%	29,1%	54,5%
Sant'Egidio del Monte Albino	1.551	5.997	1.361	8.909	87,7%	22,7%	48,6%
Scafati	8.135	34.766	7.886	50.787	96,9%	22,7%	46,1%
	15.937	65.180	15.126	96.243	94,9%	23,2%	47,7%

Distretto 62- Sarno-Pagani - estensione territoriale: 66,33 kmq - densità abitativa: 1.338,04 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Sarno	4.912	21.375	5.242	31.529	106,7%	24,5%	47,5%
Pagani	5.884	24.097	5.853	35.834	99,5%	24,3%	48,7%
San Marzano Sul Sarno	1.718	7.126	1.598	10.442	93,0%	22,4%	46,5%
San Valentino Torio	1.906	7.665	1.376	10.947	72,2%	18,0%	42,8%
	14.420	60.263	14.069	88.752	97,6%	23,3%	47,3%

**Distretto 63 -Cava-Costa d'Amalfi -
estensione territoriale: 137,13 kmq - densità abitativa: 683,22 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Cava dè Tirreni	7.624	35.309	10.726	53.659	140,7%	30,4%	52,0%
Amalfi	621	3.317	1.211	5.149	195,0%	36,5%	55,2%
Atrani	80	564	202	846	252,5%	35,8%	50,0%
Cetara	251	1.376	514	2.141	204,8%	37,4%	55,6%
Conca dè Marini	95	457	144	696	151,6%	31,5%	52,3%
Furore	108	533	135	776	125,0%	25,3%	45,6%
Maiori	703	3.622	1.248	5.573	177,5%	34,5%	53,9%
Minori	313	1.754	685	2.752	218,8%	39,1%	56,9%
Positano	550	2.619	786	3.955	142,9%	30,0%	51,0%
Praiano	249	1.322	476	2.047	191,2%	36,0%	54,8%
Ravello	313	1.639	538	2.490	171,9%	32,8%	51,9%
Scala	223	969	341	1.533	152,9%	35,2%	58,2%
Tramonti	619	2.697	855	4.171	138,1%	31,7%	54,7%
Vietri Sul Mare	967	5.187	1.748	7.902	180,8%	33,7%	52,3%
	12.716	61.365	19.609	93.690	154,2%	32,0%	52,7%

Distretto 64- Eboli - estensione territoriale: 925,74 kmq - densità abitativa: 111,63 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Eboli	5.771	27.730	6.614	40.115	114,6%	23,9%	44,7%
Altavilla Silentina	911	4.622	1.518	7.051	166,6%	32,8%	52,6%
Buccino	533	3.198	1.316	5.047	246,9%	41,2%	57,8%
Campagna	2.430	11.539	2.734	16.703	112,5%	23,7%	44,8%
Castelnuovo di Conza	41	427	151	619	368,3%	35,4%	45,0%
Colliano	470	2.361	807	3.638	171,7%	34,2%	54,1%
Contursi Terme	527	2.224	643	3.394	122,0%	28,9%	52,6%
Laviano	166	991	281	1.438	169,3%	28,4%	45,1%
Oliveto Citra	484	2.518	800	3.802	165,3%	31,8%	51,0%
Palomonte	576	2.566	843	3.985	146,4%	32,9%	55,3%
Postiglione	241	1.372	538	2.151	223,2%	39,2%	56,8%
Ricigliano	79	709	356	1.144	450,6%	50,2%	61,4%
Romagnano al Monte	42	236	90	368	214,3%	38,1%	55,9%
San Gregorio Magno	541	2.654	1.091	4.286	201,7%	41,1%	61,5%
Santomenna	45	267	131	443	291,1%	49,1%	65,9%
Serre	562	2.599	834	3.995	148,4%	32,1%	53,7%
Sicignano degli Alburni	423	2.316	780	3.519	184,4%	33,7%	51,9%
Valva	203	1.086	354	1.643	174,4%	32,6%	51,3%
	14.045	69.415	19.881	103.341	141,6%	28,6%	48,9%

Distretto 65 - Battipaglia - estensione territoriale: 91,59kmq - densità abitativa: 777,73 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Battipaglia	6.977	34.621	9.188	50.786	131,7%	26,5%	46,7%
Bellizzi	2.092	9.077	2.399	13.568	114,7%	26,4%	49,5%
Olevano Sul Tusciano	1.033	4.663	1.182	6.878	114,4%	25,3%	47,5%
	10.102	48.361	12.769	71.232	126,4%	26,4%	47,3%

**Distretto 66 - Salerno -
estensione territoriale: 73,89 kmq - densità abitativa: 1.978,97 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Salerno	16.311	86.725	32.225	135.261	197,6%	37,2%	56,0%
Pellezzano	1.677	7.371	1.917	10.965	114,3%	26,0%	48,8%
	17.988	94.096	34.142	146.226	189,8%	36,3%	55,4%

**Distretto 67- Mercato San Severino -
estensione territoriale: 117,84 kmq - densità abitativa: 595,78 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Mercato San Severino	3.455	14.981	3.886	22.322	112,5%	25,9%	49,0%
Baronissi	2.474	11.619	2.910	17.003	117,6%	25,0%	46,3%
Bracigliano	886	3.861	818	5.565	92,3%	21,2%	44,1%
Calvanico	221	1.032	265	1.518	119,9%	25,7%	47,1%
Fisciano	2.025	9.445	2.350	13.820	116,0%	24,9%	46,3%
Siano	1.504	6.815	1.660	9.979	110,4%	24,4%	46,4%
	10.565	47.753	11.889	70.207	112,5%	24,9%	47,0%

**Distretto 68 - Giffoni Valle Piana -
estensione territoriale: 338,24 kmq - densità abitativa: 237,25 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Giffoni Valle Piana	1.779	8.060	2.162	12.001	121,5%	26,8%	48,9%
Acerno	395	1.827	561	2.783	142,0%	30,7%	52,3%
Castiglione del Genovesi	233	940	210	1.383	90,1%	22,3%	47,1%
Giffoni Sei Casali	787	3.572	905	5.264	115,0%	25,3%	47,4%
Montecorvino Pugliano	1.862	7.517	1.322	10.701	71,0%	17,6%	42,4%
Montecorvino Rovella	1.878	8.767	2.094	12.739	111,5%	23,9%	45,3%
Pontecagnano Faiano	3.717	17.646	4.734	26.097	127,4%	26,8%	47,9%
San Cipriano Picentino	1.019	4.546	1.066	6.631	104,6%	23,4%	45,9%
San Mango Piemonte	398	1.847	404	2.649	101,5%	21,9%	43,4%
	12.068	54.722	13.458	80.248	111,5%	24,6%	46,6%

**Distretto 69 - Capaccio-Rocccadaspide -
estensione territoriale: 822,58 kmq - densità abitativa: 67,63 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Capaccio	3.128	15.767	3.915	22.810	125,2%	24,8%	44,7%
Albanella	907	4.275	1.331	6.513	146,7%	31,1%	52,4%
Aquara	139	963	443	1.545	318,7%	46,0%	60,4%
Bellosguardo	66	452	276	794	418,2%	61,1%	75,7%
Castel San Lorenzo	278	1.537	656	2.471	236,0%	42,7%	60,8%
Castelcivita	129	1.009	601	1.739	465,9%	59,6%	72,3%
Controne	86	534	255	875	296,5%	47,8%	63,9%
Corleto Monforte	53	360	179	592	337,7%	49,7%	64,4%
Felitto	111	773	399	1.283	359,5%	51,6%	66,0%
Giungano	188	824	268	1.280	142,6%	32,5%	55,3%
Laurino	78	976	441	1.495	565,4%	45,2%	53,2%
Magliano Vetere	68	391	236	695	347,1%	60,4%	77,7%
Monteforte Cilento	57	349	158	564	277,2%	45,3%	61,6%
Ottati	62	364	192	618	309,7%	52,7%	69,8%
Piaggine	96	765	450	1.311	468,8%	58,8%	71,4%
Rocccadaspide	886	4.597	1.726	7.209	194,8%	37,5%	56,8%
Roscigno	60	498	259	817	431,7%	52,0%	64,1%
Sacco	41	249	202	492	492,7%	81,1%	97,6%
Sant'Angelo a Fasanella	37	351	247	635	667,6%	70,4%	80,9%
Trentinara	174	1.130	342	1.646	196,6%	30,3%	45,7%
Valle dell'Angelo	11	133	104	248	945,5%	78,2%	86,5%
	6.655	36.297	12.680	55.632	190,5%	34,9%	53,3%

Distretto 70 - Vallo della Lucania-Agropoli - estensione territoriale: 844,25kmq - densità abitativa:114,16 ab/Kmq							
comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Vallo della Lucania	1.101	5.717	1.713	8.531	155,6%	30,0%	49,2%
Agropoli	2.901	14.298	4.282	21.481	147,6%	29,9%	50,2%
Ascea	703	3.819	1.298	5.820	184,6%	34,0%	52,4%
Campora	31	237	171	439	551,6%	72,2%	85,2%
Cannalonga	119	665	279	1.063	234,5%	42,0%	59,8%
Casal Velino	720	3.431	1.117	5.268	155,1%	32,6%	53,5%
Castellabate	1.072	6.187	1.929	9.188	179,9%	31,2%	48,5%
Castelnuovo Cilento	427	1.795	510	2.732	119,4%	28,4%	52,2%
Ceraso	300	1.537	560	2.397	186,7%	36,4%	56,0%
Cicerale	147	733	340	1.220	231,3%	46,4%	66,4%
Cuccaro Vetere	64	353	156	573	243,8%	44,2%	62,3%
Futani	142	771	291	1.204	204,9%	37,7%	56,2%
Gioi	112	770	396	1.278	353,6%	51,4%	66,0%
Laureana Cilento	149	760	265	1.174	177,9%	34,9%	54,5%
Laurito	131	492	218	841	166,4%	44,3%	70,9%
Lustra	137	702	236	1.075	172,3%	33,6%	53,1%
Moio della Civitella	200	1.140	487	1.827	243,5%	42,7%	60,3%
Montano Antilia	220	1.297	560	2.077	254,5%	43,2%	60,1%
Montecorice	296	1.690	642	2.628	216,9%	38,0%	55,5%
Novi Velia	337	1.618	369	2.324	109,5%	22,8%	43,6%
Ogliastro Cilento	294	1.492	484	2.270	164,6%	32,4%	52,1%
Omignano	228	1.096	321	1.645	140,8%	29,3%	50,1%
Orria	83	630	376	1.089	453,0%	59,7%	72,9%
Perdifumo	181	1.190	419	1.790	231,5%	35,2%	50,4%
Perito	81	596	254	931	313,6%	42,6%	56,2%
Pisciotta	239	1.662	740	2.641	309,6%	44,5%	58,9%
Pollica	264	1.470		2.393	249,6%	44,8%	62,8%

	659						
Prignano Cilento	149	654	215	1.018	144,3%	32,9%	55,7%
Rutino	99	553	190	842	191,9%	34,4%	52,3%
Salento	236	1.292	449	1.977	190,3%	34,8%	53,0%
San Mauro Cilento	91	537	261	889	286,8%	48,6%	65,5%
San Mauro la Bruca	57	354	192	603	336,8%	54,2%	70,3%
Serramezzana	29	200	102	331	351,7%	51,0%	65,5%
Sessa Cilento	162	830	345	1.337	213,0%	41,6%	61,1%
Stella Cilento	73	443	222	738	304,1%	50,1%	66,6%
Stio	78	555	239	872	306,4%	43,1%	57,1%
Torchiarà	263	1.243	365	1.871	138,8%	29,4%	50,5%
	11.916	62.809	21.652	96.377	181,7%	34,5%	53,4%

**Distretto 71 - Sapri -
estensione territoriale: 592,84 kmq - densità abitativa: 74,98 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiai a</i>	<i>ind. dip. anzian i</i>	<i>ind. dip. struttural e</i>
Sapri	807	4.414	1.549	6.770	191,9%	35,1%	53,4%
Alfano	103	660	260	1.023	252,4%	39,4%	55,0%
Camerota	848	4.533	1.604	6.985	189,2%	35,4%	54,1%
Casaletto Spartano	158	843	419	1.420	265,2%	49,7%	68,4%
Caselle in Pittari	252	1.197	507	1.956	201,2%	42,4%	63,4%
Celle di Bulgheria	239	1.301	382	1.922	159,8%	29,4%	47,7%
Centola	628	3.379	1.161	5.168	184,9%	34,4%	52,9%
Ispani	89	686	251	1.026	282,0%	36,6%	49,6%
Morigerati	50	426	189	665	378,0%	44,4%	56,1%
Roccagloriosa	227	1.055	440	1.722	193,8%	41,7%	63,2%
Rofrano	141	967	468	1.576	331,9%	48,4%	63,0%
San Giovanni a Piro	485	2.456	839	3.780	173,0%	34,2%	53,9%
Santa Marina	474	2.111	658	3.243	138,8%	31,2%	53,6%
Torraca	168	816	279	1.263	166,1%	34,2%	54,8%

Torre Orsaia	249	1.316	553	2.118	222,1%	42,0%	60,9%
Tortorella	59	285	179	523	303,4%	62,8%	83,5%
Vibonati	387	2.179	727	3.293	187,9%	33,4%	51,1%
	5.364	28.624	10.465	44.453	195,1%	36,6%	55,3%

**Distretto 72- Sala Consilina/Polla -
estensione territoriale: 841,51 kmq - densità abitativa: 79,66 ab/Kmq**

comune	0-14	15-64	> 65	totale	ind. vecchiai a	ind. dip. anzian i	ind. dip. struttural e
Sala Consilina	1.677	8.435	2.552	12.664	152,2%	30,3%	50,1%
Atena Lucana	298	1.570	468	2.336	157,0%	29,8%	48,8%
Auletta	280	1.547	509	2.336	181,8%	32,9%	51,0%
Buonabitacolo	345	1.714	490	2.549	142,0%	28,6%	48,7%
Caggiano	360	1.752	653	2.765	181,4%	37,3%	57,8%
Casalbuono	142	767	285	1.194	200,7%	37,2%	55,7%
Monte San Giacomo	182	971	419	1.572	230,2%	43,2%	61,9%
Montesano sulla Marcellana	833	4.306	1.565	6.704	187,9%	36,3%	55,7%
Padula	622	3.607	1.139	5.368	183,1%	31,6%	48,8%
Pertosa	76	457	157	690	206,6%	34,4%	51,0%
Petina	146	775	238	1.159	163,0%	30,7%	49,5%
Polla	757	3.313	1.209	5.279	159,7%	36,5%	59,3%
Salvitelle	49	325	186	560	379,6%	57,2%	72,3%
San Pietro al Tanagro	258	1.111	326	1.695	126,4%	29,3%	52,6%
San Rufo	245	1.144	365	1.754	149,0%	31,9%	53,3%
Sant'Arsenio	405	1.775	635	2.815	156,8%	35,8%	58,6%
Sanza	302	1.746	560	2.608	185,4%	32,1%	49,4%
Sassano	583	3.254	1.176	5.013	201,7%	36,1%	54,1%
Teggiano	910	5.127	1.939	7.976	213,1%	37,8%	55,6%
	8.470	43.696	14.871	67.037	175,6%	34,0%	53,4%

ASL Salerno	0-14	15-64	> 65	totale	<i>ind. vecchiaia</i>	<i>ind. dip. anziani</i>	<i>ind. dip. strutturale</i>
		153.422	735.628	217.456	1.106.506	141,7%	29,6%

Gentili tutti, trasmetto, in allegato, la bozza del Piano territoriale rivista rappresentando che:

1. le integrazioni/modifiche sono state riportate in rosso.
2. per la Tabella n.22 (relativa alle SPS):
 - è da cancellare la struttura di S.Agata dei Goti in quanto trattasi di SUAP e non di SPS;
 - è da cancellare la struttura di Capua in quanto trattasi di OdC e non di SPS;
 - la struttura di Loreto Crispi non risulta allo scrivente
 - è stata aggiunta l'SPS di S.Arsenio.
3. Alcune geocalizzazioni non rispecchiano le strutture elencate nelle tabelle e pertanto devono essere adeguate:
 - geocalizzazione SPS ASL SALERNO: 11 strutture e non 12;
 - geocalizzazione UCCP ASL SALERNO: 6 strutture e non 5;
 - geocalizzazione UCCP ASL Napoli 3: 4 strutture e non 3;
 - geocalizzazione rete Hospice: 18 strutture e non 17.
4. Nel paragrafo 2.2 che richiama le leggi di riferimento per le AFT e le UCCP il testo della normativa nella parte iniziale del paragrafo non era in corsivo ed è stato adeguato
5. Analogamente, al capitolo 5.1.2. è stato modificato in corsivo il testo delle linee guida regionali per le attività di riabilitazione
6. Al paragrafo 6.1.4 che prevede tre strutture totali per il trattamento in regime di ricovero dei DCA bisogna scegliere tra la Federico II e il Santobono Pausilipon (quale delle 2 strutture viene individuata oltre alla SUN e alla AOU di Salerno?)
7. E' stato aggiunto un paragrafo nell'area delle dipendenze così come proposto dalla dr.ssa Rinaldi
8. Per il capitolo relativo all'utilizzo dei Fondi Europei, l'ultima parte del paragrafo "procedure attuative", a seguito di quanto scaturito nel corso di incontro avuto con la dott.ssa Falciatore, è stata eliminata.
9. sono state aggiunte alcune strutture nelle diverse tabelle come da indicazioni ricevute dalle rispettive aziende.
10. sono state apportate alcune correzioni/modifiche alle schede sinottiche di ASL allegate al documento.
11. sono stati ripristinati alcuni elenchi puntati annullati in automatico nel corso della

formattazione del documento.