

Allegato 1**ACCORDI SANCITI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI RILEVANTI AI FINI DELL'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA****ANNO 2001**

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE – GUIDA CONCERNENTI “MALATTIA DI CREUTZFELD – JACOB IN ITALIA: NORME PER L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI E PER IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO”.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI “LINEE - GUIDA SULLE MODALITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO”.

ANNO 2002

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI FONDI RELATIVI AL “PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LE CURE PALLIATIVE”, DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL DECRETO LEGGE 28 DICEMBRE 1998, N. 450, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N. 39.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE-GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI REQUISITI DELLE STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI E SUGLI STANDARD MINIMI DI ATTIVITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 16, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 RECANTE “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI”.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL BACINO DI UTENZA MINIMO, RIFERITO ALLA POPOLAZIONE, CHE COMPORTA L'ISTITUZIONE DEI CENTRI INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 2, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91, RECANTE: “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI”.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE “LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PER IL REPERIMENTO DI ORGANI E DI TESSUTI IN AMBITO NAZIONALE AI FINI DEL TRAPIANTO”
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE “LINEE GUIDA PER IL PRELIEVO, LA CONSERVAZIONE E L'UTILIZZO DI TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO”
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME CONCERNENTE “LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESI.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE MODIFICHE AL CALENDARIO DELLA VACCINAZIONE ANTIPOLIOMELITICA.
SCHEMA DI ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO IN MATERIA DI CAMPAGNE INFORMATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE PER LA IODIOPROFILASSI
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E DI AGGIORNAMENTO DEI CENTRI INTERREGIONALI DI RIFERIMENTO DELLE MALATTIE RARE.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI INDICAZIONI PER L'ATTUAZIONE DEL PUNTO A) DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 14 FEBBRAIO 2002 (REPERTORIO ATTI N. 1386), SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE “LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI”.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI DAY SURGERY”.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ”.

ANNO 2003

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RELATIVO AGLI ASPETTI IGIENICO-SANITARI CONCERNENTI LA COSTRUZIONE, LA MANUTENZIONE E LA VIGILANZA DELLE PISCINE A USO NATATORIO.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, RELATIVO ALLA DEFINIZIONE DI ALCUNE MODALITÀ APPLICATIVE DEGLI ARTICOLI 3 COMMA 1, 4 COMMA 1, 7 COMMA 2 DELL'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° DICEMBRE 2000, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI SOGGIORNO PER CURE DEI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP IN CENTRI ALL'ESTERO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO EXTRAOSPEDALIERO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTI RECANTE "INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI E PER LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE
ACCORDO TRA I MINISTRI DELLA SALUTE, DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PER L'ADOZIONE DEI PIANI NAZIONALI TRIENNALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA ED AMBIENTALE SU EVENTUALI EFFETTI DERIVANTI DALL'UTILIZZAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI. ACCORDO -
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA SU FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E ADDESTRAMENTO PERMANENTE DEL PERSONALE OPERANTE NEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA".
ACCORDO TRA MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA IN TEMA DI RACCOLTA, MANIPOLAZIONE E IMPIEGO CLINICO DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE (CSE)."
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "AGGIORNAMENTO DEL PREZZO UNITARIO DI CESSIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI TRA SERVIZI SANITARI PUBBLICI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO : "PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI RICHIESTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI VETERINARIE DA PARTE DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO : "LINEE GUIDA PER L'ACCERTAMENTO DELLA SICUREZZA DEL DONATORE DI ORGANI".

ANNO 2004

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE "LINEE GUIDA PER L'IDONEITÀ ED IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI INDIVIDUATI DALLE REGIONI COME STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SULLE TIPOLOGIE DI TRAPIANTO PER LE QUALI È POSSIBILE DEFINIRE STANDARD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA PER LE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI".
INTESA SULL'ACCORDO TRA LA FEDERTERME E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERMALI PER IL BIENNIO 2003-2004.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "ATTIVITÀ DEI CENTRI PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA E CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DI CUI ALLA LEGGE 28 AGOSTO 1997, N. 284" PUNTO 18 DELL'O.D.G. - REPERTORIO ATTI N. 2014
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RECANTE : "REQUISITI MINIMI E CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO DEI LABORATORI DI ANALISI NON ANNESSI ALLE INDUSTRIE ALIMENTARI AI FINI DELL'AUTOCONTROLLO".
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUI CRITERI E LE

MODALITÀ PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CHE NON SODDISFANO IL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E DI ECONOMICITÀ NELLA UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE, IN ATTUAZIONE DEL PUNTO 4.3 DELL'ACCORDO 22 NOVEMBRE 2001 TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME, AI FINI DELLA VERIFICA AI SENSI DELL'ARTICOLO 52, COMMA 4, LETT. B), DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002, N. 289.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE "LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO N. 1774/92 DEL PARLAMENTO E DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA DEL 3 OTTOBRE 2002 RELATIVO ALLE NORME SANITARIE APPLICABILI AI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE NON DESTINATI AL CONSUMO UMANO".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE:"LINEE-GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA DEFINIZIONE DI REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ESERCIZIO DEGLI STABILIMENTI TERMALI E SPECIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI IDROTERMALI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E L'ASSEGNAZIONE DEGLI ORGANI NEL TRAPIANTO DI FEGATO DA DONATORE CADAVERE".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE-GUIDA SULLE MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ DI REPERIMENTO, TRATTAMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI CELLULE E TESSUTI UMANI A SCOPO DI TRAPIANTO", IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 15, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91.
RETTIFICA AL TESTO DELL' ACCORDO SANCITO IN CONFERENZA IL 20 MAGGIO 2004 TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE P.A. SUL DOCUMENTO: "LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI IN ETÀ PEDIATRICA", ATTO REP. N. 2013.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME PER LA GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA DI ADOZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA 2002 DELLA INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 9TH REVISION – CLINICAL MODIFICATION (ICD9CM), AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DI RIPARTIZIONE DEL FONDI DESTINATI PER L'ANNO 2004 ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI DI RIFERIMENTO INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 2 TER, COMMA 3, DELLA LEGGE 26 MAGGIO 2004, N. 138.

ANNO 2005

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI AI LABORATORI CON ATTIVITÀ DI DIAGNOSI MICROBIOLOGICA E CONTROLLO AMBIENTALE DELLA LEGIONELLOSI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI SULLA LEGIONELLOSI PER I GESTORI DI STRUTTURE TURISTICO-RECETTIVE E TERMALI.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO CONCERNENTE CRITERI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI AUTOCONTROLLO, PER L'IDENTIFICAZIONE E LA GESTIONE DEI PERICOLI NEL SETTORE CARNI
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME RECANTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SOCCORSO SANITARIO IN ELICOTTERO".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE IL NUOVO PIANO NAZIONALE VACCINI.

Allegato 2

Linee guida per l'adeguamento alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

LINEE ATTUATIVE DEL PSN 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza.

Nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo.

Il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate.

Nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e Regioni concordino linee di indirizzo perché le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, devono concorrere alla individuazione e alla attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Uno strumento proficuamente utilizzato nel triennio di vigenza del precedente PSN è lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano conferma tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

Altro strumento è quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Una tematica particolarmente presente nel PSN 2006-2008 è l'integrazione, non solo tra le varie componenti e i vari livelli del SSN, ma anche di tutti gli altri attori istituzionali, per lo sviluppo di politiche intersettoriali in cui un ruolo rilevante abbia la valutazione che le politiche stesse hanno in termini di promozione e mantenimento dello stato di salute. Un ambito dove l'integrazione è essenziale per il raggiungimento di risultati duraturi e tangibili è il socio-sanitario, per questo va potenziata la sinergia tra ASL e Comuni tramite una programmazione integrata e partecipata per rendere finalmente fruibile omogeneamente sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, oggi erogata in alcune realtà locali in maniera frammentaria e discontinua.

Infine vanno individuate modalità agili di condivisione ed implementazione di strumenti tecnici quali linee guida, standard, protocolli, modelli operativi per particolari tematiche la cui importanza richiede una validazione congiunta tra lo Stato e le Regioni.

1. La garanzia dei LEA

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- partendo dall'analisi della domanda, stabilire gli standard quantitativi e qualitativi dei livelli, al di sotto dei quali essi non possono essere considerati garantiti, in particolare per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili, tenendo conto dell'esperienza maturata in altri ambiti regionali;
- adottare provvedimenti per il raggiungimento, entro il triennio di vigenza del PSN 2006-2008, degli standard stabiliti;
- individuare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriata prescrizione e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali.
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunità montane isolate.

2. Riorganizzare le cure primarie

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari è del medico di medicina generale, ma perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e degli altri specialisti territoriali.

In tal senso va portata avanti anche la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, favorendo forme associative dei pediatri di libera scelta e la condivisione di spazi e studi con i MMG al fine di favorire una collaborazione che possa garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Nel triennio occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali

3. La razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesilogiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";
- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;

- sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.

4. Il governo clinico e la qualità nel SSN

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Il SSN, riconoscendo questo obiettivo come proprio, ha promosso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico per ottenere il miglioramento della qualità delle cure e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

- prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;
- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

5. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

La degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Per consentire l'implementazione dei processi di integrazione è necessario:

- definire ed implementare protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti l'adozione di una cartella clinica unica;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.

5. L'integrazione nel territorio

La copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, non può essere garantita dall'integrazione tra i vari livelli sanitari (prevenzione, cure primarie percorsi diagnostico-terapeutici territoriali ed ospedalieri), dal momento che in questa area assistenziale, spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni,
- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria occorre nel triennio:

- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;
- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;

- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

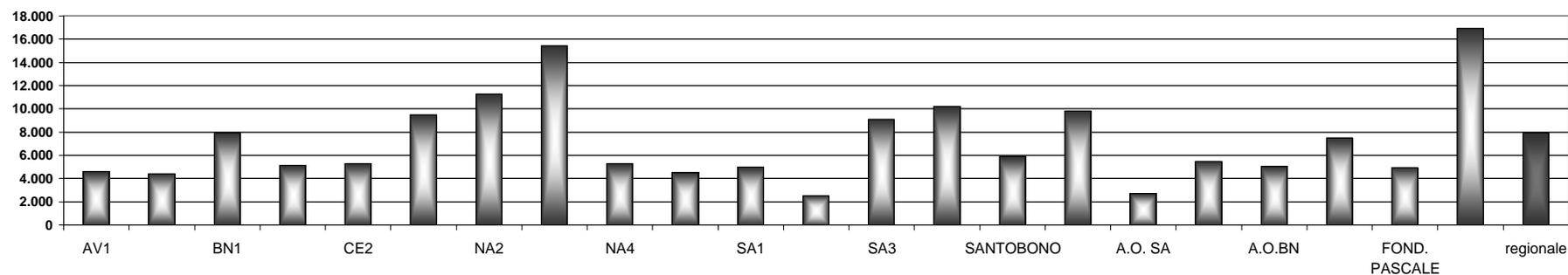
6. La Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle diseguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il PSN 2006-2008 preso atto della importanza degli strumenti di prevenzione conferma il Piano di Prevenzione attiva 2005-2007 ed estende la sua validità al 2008. Pertanto tra le linee attuative del Piano stesso si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare nel triennio.

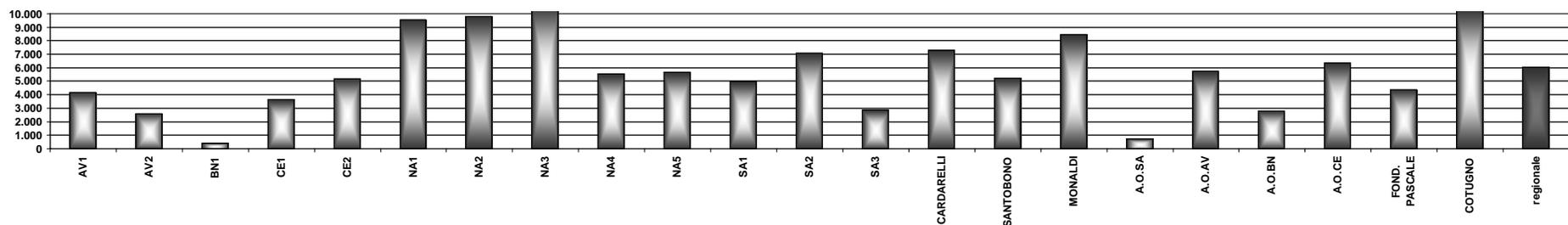
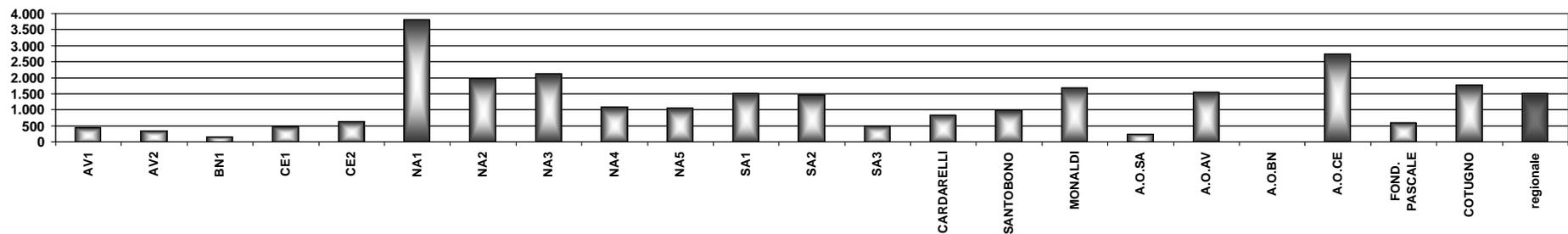
COMPENSI ACCESSORI STIPENDIALI CAT. "DS" ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. DS	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOTALI COMPENSI ACCESSORI	compensi accessori media pro-capite	di cui straordinario media pro-capite
AV1	48	82.384	66.020	723	61.972	2.893	-	-	5.752	219.744	4.578	120
AV2	40	104.898	25.992	723	35.975	7.953	-	-	288	175.829	4.396	7
BN1	31	53.588	66.802	8.807	50.722	11.601	2.259	4.091	48.677	246.548	7.953	1.570
CE1	195	121.956	80.045	112.543	584.095	27.655	-	-	74.586	1.000.880	5.133	382
CE2	90	49.867	158.258	24.307	188.243	124	-	-	55.403	476.202	5.291	616
NA1	773	972.059	1.966.388	72.401	1.066.526	595.104	-	-	2.659.986	7.332.464	9.486	3.441
NA2	66	391.190	87.832	-	167.327	10.473	-	-	86.254	743.076	11.259	1.307
NA3	148	773.601	1.208.121	67.561	115.425	26.548	7.796	-	86.737	2.285.789	15.445	586
NA4	65	74.073	80.512	27.291	79.843	19.191	-	-	62.809	343.719	5.288	966
NA5	33	56.360	21.273	3.876	16.933	9.668	-	-	39.972	148.082	4.487	1.211
SA1	121	55262	121261	51999	156489	18812	-	-	202121	605.944	5.008	1.670
SA2	166	34.496	179.714	10.364	84.944	27.309	5.947	-	75.885	418.659	2.522	457
SA3	81	201.654	33.244	-	128.314	12.218	94.500	247.514	20.336	737.780	9.108	251
CARDARELLI	206	563.615	644.601	76.444	743.477	13.221	-	-	63.375	2.104.733	10.217	308
SANTOBONO	18	46.952	18.979	10.584	23.235	2.086	-	-	4.691	106.527	5.918	261
MONALDI	68	164.042	178.705	28.040	100.705	46.888	-	10.011	140.224	668.615	9.833	2.062
A.O. SA	69	-	93.411	31.937	8.642	6.160	-	-	45.231	185.381	2.687	656
A.O.AV	51	114.213	-	5.493	71.268	5.425	68.192	-	13.786	278.377	5.458	270
A.O.BN	54	8.422	86.080	90.297	5.510	20.392	-	61.988	-	272.689	5.050	-
A.O.CE	78	135.488	30.476	4.958	231.885	23.057	-	-	159.998	585.862	7.511	2.051
FOND. PASCALE	25	27.653	54.102	8.573	28.920	248	-	-	4.108	123.604	4.944	164
COTUGNO	26	206.849	82.017	59.696	61.456	30.597	-	-	-	440.615	16.947	-
regionale	2.452	4.238.622	5.283.833	696.617	4.011.906	917.623	178.694	323.604	3.850.219	19.501.119	7.953	1.570

COMPENSI ACCESSORI PERSONALE DI CATEG. "DS" - ANNO 2005
media

COMPENSI ACCESSORI - PERSONALE CAT. "D" - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. "D" (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. ESCLUSIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOTALI COMPENSI ACCESSORI	compensi accessori media pro-capite	di cui straordinario media pro-capite
AV1	515	1.198.173	581.615	-	4.869	-	122.305	-	-	230.233	2.137.195	4.150	447
AV2	394	580.761	196.833	-	10.122	21.300	82.448	-	-	135.858	1.027.322	2.607	345
BN1	776	56.719	-	-	-	-	149.570	-	-	119.438	325.727	420	154
CE1	1.265	617.874	391.605	-	2.666.744	1.678	345.710	-	-	593.336	4.616.947	3.650	469
CE2	1.361	586.316	1.945.933	-	2.822.687	249.521	592.275	-	454	851.211	7.048.397	5.179	625
NA1	4.336	13.166.616	8.259.518	-	130.899	12.652	3.275.656	-	-	16.567.235	41.412.576	9.551	3.821
NA2	974	5.767.436	1.213.332	-	-	72.791	559.908	-	-	1.929.248	9.542.715	9.797	1.981
NA3	504	639.698	2.467.504	-	1.053.796	36.021	130.463	21.115	349	1.071.669	5.420.615	10.755	2.126
NA4	961	1.498.507	1.069.984	-	1.005.481	101.061	612.187	-	-	1.042.158	5.329.378	5.546	1.084
NA5	1.847	1.847.325	3.130.216	125	2.499.253	197.195	816.425	-	267	1.957.234	10.448.040	5.657	1.060
SA1	1.671	158.566	1.314.094	-	3.911.513	6.452	380.925	-	-	2.539.996	8.311.546	4.974	1.520
SA2	1.526	1.797.815	4.497.920	-	1.624.764	100.061	536.509	2.729	-	2.239.235	10.799.033	7.077	1.467
SA3	1.508	1.219.685	607.930	-	24.582	-	454.601	1.020.460	286.019	743.222	4.356.499	2.889	493
CARDARELLI	1.780	5.233.077	3.787.321	-	2.337.758	54.746	100.816	-	-	1.480.578	12.994.296	7.300	832
SANTOBONO	666	497.100	720.341	-	1.457.401	27.366	110.019	-	-	662.495	3.474.722	5.217	995
MONALDI	848	3.226.543	1.836.218	-	143.035	17.430	505.537	-	10.400	1.434.772	7.173.935	8.460	1.692
A.O.SA	1.111	-	254.345	-	214.109	-	61.676	-	-	261.785	791.915	713	236
A.O.AV	710	1.803.505	-	-	137.108	-	201.115	825.752	-	1.100.353	4.067.833	5.729	1.550
A.O.BN	774	352.034	715.134	-	980.227	1.762	112.033	-	9.039	-	2.170.229	2.804	-
A.O.CE	804	2.354.831	280.081	-	29.666	-	236.539	-	-	2.200.125	5.101.242	6.345	2.736
FOND. PASCALE	417	2.219	887.429	-	566.889	-	112.752	-	-	251.814	1.821.103	4.367	604
COTUGNO	264	115.294	771.524	-	1.155.945	1.549	251.232	-	-	466.032	2.761.576	10.461	1.765
regionale	25.012	42.720.094	34.928.877	125	22.776.848	901.585	9.750.701	1.870.056	306.528	37.878.027	151.132.841	6.042	1.514

COMPENSI ACCESSORI - media pro-capite
Personale cat. "D"

STRAORDINARIO - media pro-capite
PERS. CAT. "D"


**Media pro-capite di alcune voci stipendiali accessorie
Personale CAT. "DS"**

Azienda	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	IND. PARTIC. COND. LAVORO	STRAORDINARIO
AV1	1.716	1.375	1.291	15	120
AV2	2.622	650	899	18	7
BN1	1.729	2.155	1.636	284	1.570
CE1	625	410	2.995	577	382
CE2	554	1.758	2.092	270	616
NA1	1.258	2.544	1.380	94	3.441
NA2	5.927	1.331	2.535	-	1.307
NA3	5.227	8.163	780	456	586
NA4	1.140	1.239	1.228	420	966
NA5	1.708	645	513	117	1.211
SA1	457	1.002	1.293	430	1.670
SA2	208	1.083	512	62	457
SA3	2.490	410	1.584	-	251
CARDARELLI	2.736	3.129	3.609	371	308
SANTOBONO	2.608	1.054	1.291	588	261
MONALDI	2.412	2.628	1.481	412	2.062
A.O. SA	-	1.354	125	463	656
A.O.AV	2.239	-	1.397	108	270
A.O.BN	156	1.594	102	1.672	-
A.O.CE	1.737	391	2.973	64	2.051
FOND. PASCALE	1.106	2.164	1.157	343	164
COTUGNO	7.956	3.155	2.364	2.296	-
media reg.	1.729	2.155	1.636	284	1.570

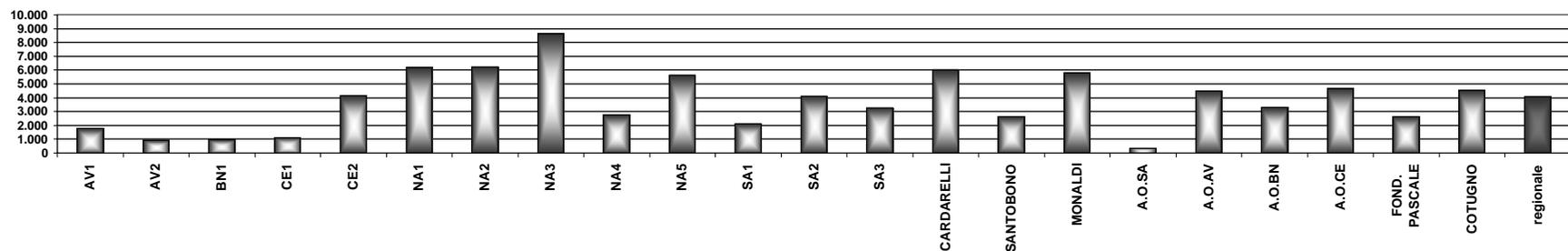
Personale CAT. "D"

Azienda	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	IND. PARTIC. COND. LAVORO	STRAORDINARIO
AV1	2.327	1.129	-	9	447
AV2	1.474	500	54	26	345
BN1	73	-	-	-	154
CE1	488	310	1	2.108	469
CE2	431	1.430	183	2.074	625
NA1	3.037	1.905	3	30	3.821
NA2	5.921	1.246	75	-	1.981
NA3	1.269	4.896	71	2.091	2.126
NA4	1.559	1.113	105	1.046	1.084
NA5	1.000	1.695	107	1.353	1.060
SA1	95	786	4	2.341	1.520
SA2	1.178	2.948	66	1.065	1.467
SA3	809	403	-	16	493
CARDARELLI	2.940	2.128	31	1.313	832
SANTOBONO	746	1.082	41	2.188	995
MONALDI	3.805	2.165	21	169	1.692
A.O. SA	-	229	-	193	236
A.O.AV	2.540	-	-	193	1.550
A.O.BN	455	924	2	1.266	-
A.O.CE	2.929	348	-	37	2.736
FOND. PASCALE	5	2.128	-	1.359	604
COTUGNO	437	2.922	6	4.379	1.765
media reg.	1.708	1.396	36	911	1.514

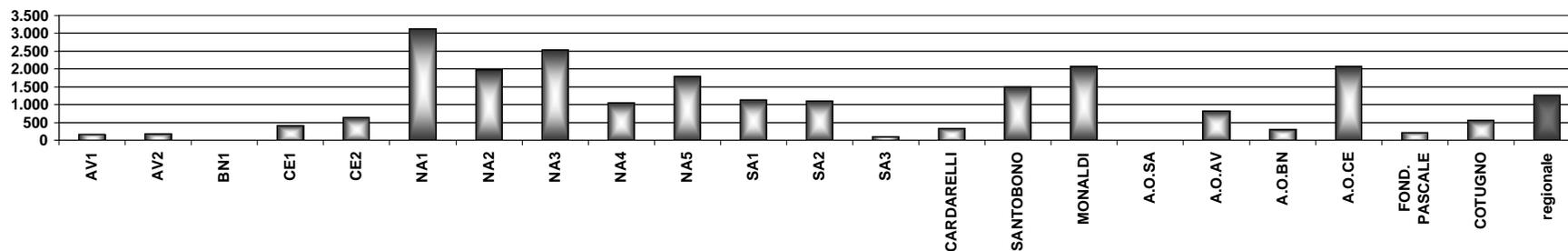
COMPENSI ACCESSORI - PERSONALE CAT. "C" - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. "C" (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. DIREZIONE STRUTT. COMPL.	IND. ESCLUSIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOTALI COMPENSI ACCESSORI	compensi accessori media pro-capite	di cui straordinario media pro-capite
AV1	55	693	87.376	-	-	-	351	-	-	9.220	97.640	1.775	168
AV2	59	6.183	34.597	-	-	723	3.471	-	-	10.566	55.540	941	179
BN1	156	6.799	-	29.828	60.587	-	-	-	56.028	411	153.653	985	3
CE1	411	47.269	103.991	-	11.016	89.281	28.855	-	7.714	167.320	455.446	1.108	407
CE2	299	116.655	468.365	8.781	16.524	332.718	75.841	419	31.269	190.281	1.240.853	4.150	636
NA1	485	198.312	852.013	19.767	195.725	723	46.597	23.278	160.567	1.513.195	3.010.177	6.207	3.120
NA2	158	438.887	188.299	1.808	16.524	-	8.056	4.274	15.702	312.633	986.183	6.242	1.979
NA3	136	16.211	801.975	-	-	10.510	1.570	1.416	-	344.584	1.176.266	8.649	2.534
NA4	103	18.583	93.989	-	33.047	4.172	3.987	-	21.171	107.851	282.800	2.746	1.047
NA5	285	124.485	675.570	-	36.274	79.613	147.019	-	30.819	508.566	1.602.346	5.622	1.784
SA1	150	4630	132886	-	-	1731	6284	-	-	169453	314.984	2.100	1.130
SA2	170	4.007	448.850	-	-	27.988	33.080	-	-	185.772	699.697	4.116	1.093
SA3	112	43.833	54.663	-	66.094	-	4.578	138.439	45.516	11.187	364.310	3.253	100
CARDARELLI	111	203.465	407.496	-	-	20.314	-	-	-	36.972	668.247	6.020	333
SANTOBONO	38	8.798	27.066	-	-	5.528	2.479	-	-	56.764	100.635	2.648	1.494
MONALDI	61	41.495	127.307	-	16.527	4.732	19.124	7.056	11.571	126.419	354.231	5.807	2.072
A.O.SA	78	-	-	-	17.901	-	-	-	9.400	-	27.301	350	-
A.O.AV	101	189.825	-	-	49.401	12.153	12.182	84.531	22.905	83.407	454.404	4.499	826
A.O.BN	56	27.296	46.680	2.754	15.147	48.948	14.568	-	13.239	16.524	185.156	3.306	295
A.O.CE	90	157.646	28.310	-	16.524	1.343	14.842	1.291	12.087	186.211	418.254	4.647	2.069
FOND. PASCALE	36	115	75.351	-	-	10.844	-	-	-	7.797	94.107	2.614	217
COTUGNO	55	17.642	60.323	-	-	121.409	19.602	-	-	30.964	249.940	4.544	563
regionale	3.205	1.672.829	4.715.107	62.938	551.291	772.730	442.486	260.704	437.988	4.076.097	12.992.170	4.054	1.272

COMPENSI ACCESSORI - media pro-capite



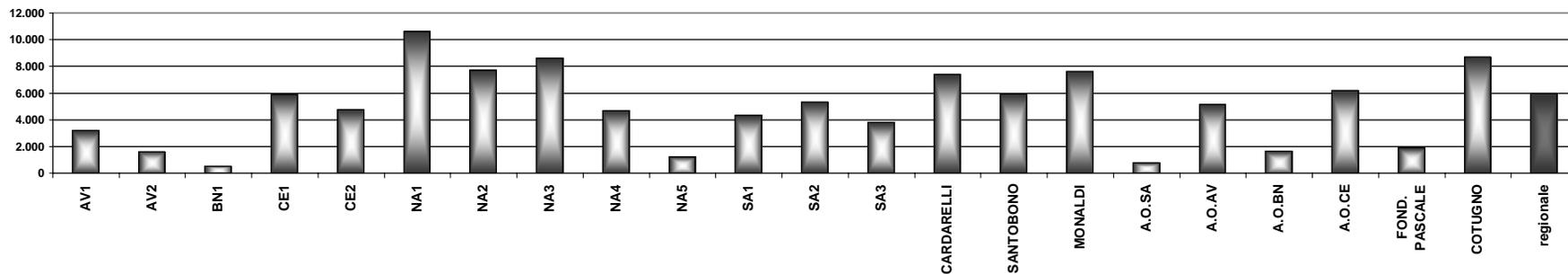
di cui: STRAORDINARIO - media pro-capite



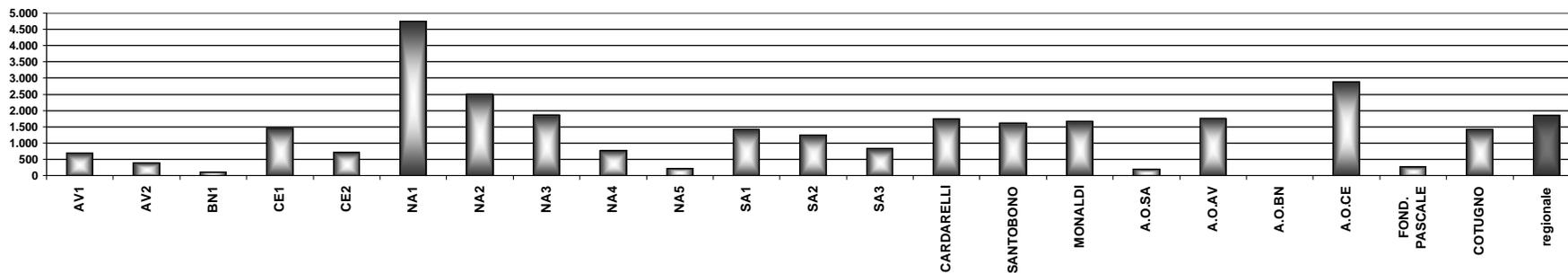
COMPENSI ACCESSORI - PERSONALE CAT. "BS" - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. "BS" (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOTALI COMPENSI ACCESSORI	compensi accessori media pro-capite	di cui straordinario media pro-capite
AV1	109	174.900	61.335	-	-	36.428	-	-	75.870	348.533	3.198	696
AV2	34	21.188	13.076	2.228	-	5.484	-	-	13.223	55.199	1.624	389
BN1	91	10.653	-	-	-	28.584	-	-	9.956	49.193	541	109
CE1	193	114.596	96.697	525.448	-	118.473	-	-	281.512	1.136.726	5.890	1.459
CE2	288	31.360	309.676	677.440	-	142.732	-	-	205.296	1.366.504	4.745	713
NA1	833	2.656.743	1.344.001	11.988	-	858.420	-	-	3.959.820	8.830.972	10.601	4.754
NA2	271	1.000.252	245.069	-	-	160.491	-	-	681.151	2.086.963	7.701	2.513
NA3	82	25.978	306.157	179.381	-	39.901	842	-	153.252	705.511	8.604	1.869
NA4	168	218.609	151.113	130.564	-	153.868	-	-	129.492	783.646	4.665	771
NA5	276	60.389	113.688	95.647	-	10.199	-	-	58.016	337.939	1.224	210
SA1	419	68.114	234.450	732.212	-	185.319	-	-	598.267	1.818.362	4.340	1.428
SA2	376	354.592	678.703	321.766	-	182.287	-	-	467.132	2.004.480	5.331	1.242
SA3	191	248.453	99.858	-	-	69.845	139.343	14.557	159.317	731.373	3.829	834
CARDARELLI	505	1.013.879	1.116.304	738.041	-	1.714	-	-	877.014	3.746.952	7.420	1.737
SANTOBONO	70	96.403	65.055	121.467	-	18.178	-	-	113.508	414.611	5.923	1.622
MONALDI	126	382.358	253.795	11.208	-	101.173	-	-	210.962	959.496	7.615	1.674
A.O.SA	155	-	34.125	23.469	31.370	-	-	-	30.822	119.786	773	199
A.O.AV	103	186.892	-	11.842	-	35.008	117.348	-	180.801	531.891	5.164	1.755
A.O.BN	86	44.153	49.950	30.765	-	17.581	-	-	-	142.449	1.656	-
A.O.CE	18	33.466	4.986	-	-	21.236	-	-	52.026	111.714	6.206	2.890
FOND. PASCALE	41	1.013	34.306	25.931	-	4.813	-	-	11.251	77.314	1.886	274
COTUGNO	63	9.922	186.401	238.538	-	23.783	-	-	89.210	547.854	8.696	1.416
regionale	4.498	6.753.913	5.398.745	3.877.935	31.370	2.215.517	257.533	14.557	8.357.898	26.907.468	5.982	1.858

**COMPENSI ACCESSORI
media procapite**



STRAORDINARIO - media procapite

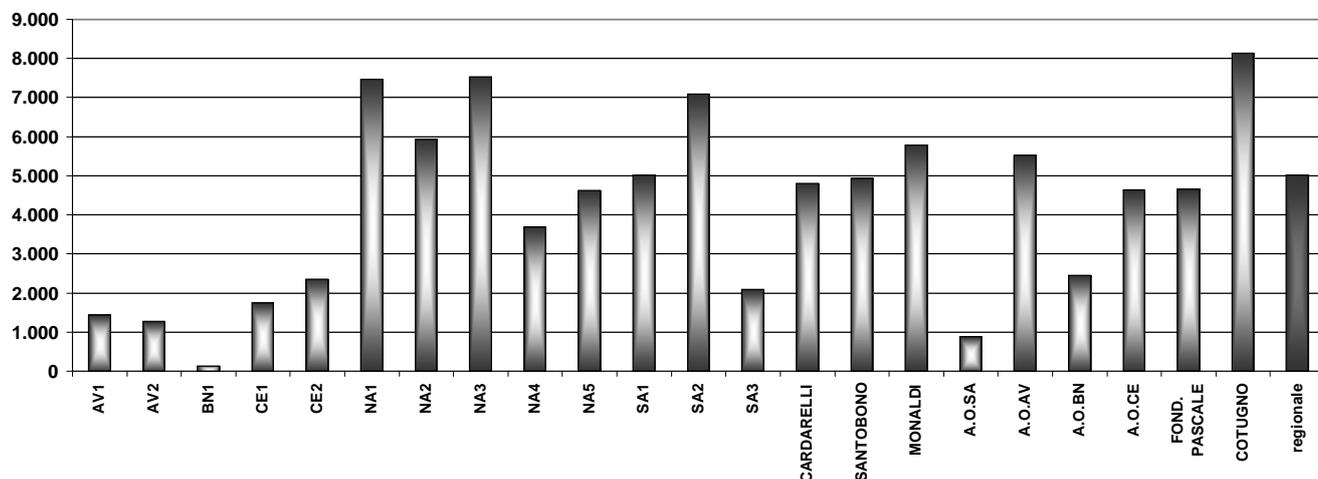


**Giunta Regionale della Campania
Assessorato Sanità**

COMPENSI ACCESSORI - PERSONALE CAT. "B" - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. "B" (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	STRAORDINARI O	TOTALI COMPENSI ACCESSORI	media pro- capite
AV1	69	20.178	69.529	-	-	-	9.991	99.698	1.445
AV2	128	14.879	77.472	1.973	23.550	-	45.194	163.068	1.274
BN1	125	815	-	-	13.399	-	3.019	17.233	138
CE1	268	32.951	123.025	145.183	17.742	-	150.295	469.196	1.751
CE2	66	1.510	80.251	46.171	4.087	-	23.220	155.239	2.352
NA1	1261	1.763.157	1.924.868	2.808	593.707	-	5.136.538	9.421.078	7.471
NA2	134	329.741	160.920	-	41.626	-	261.392	793.679	5.923
NA3	105	10.243	454.447	58.706	15.711	2.633	248.425	790.165	7.525
NA4	344	256.311	272.109	167.188	228.124	-	348.482	1.272.214	3.698
NA5	298	174.173	555.213	115.272	149.060	-	384.167	1.377.885	4.624
SA1	209	7177	234377	366396	18580	-	420481	1.047.011	5.010
SA2	238	103.176	863.157	258.381	113.351	6.254	341.534	1.685.853	7.083
SA3	233	103.088	93.884	-	38.859	160.332	92.541	488.704	2.097
CARDARELLI	201	314.856	414.722	151.903	351	-	83.620	965.452	4.803
SANTOBONO	155	16.443	142.950	295.638	3.244	-	306.452	764.727	4.934
MONALDI	226	345.162	548.162	12.936	30.089	-	372.126	1.308.475	5.790
A.O.SA	140	5.680	62.722	10.158	-	-	44.136	122.696	876
A.O.AV	91	94.364	-	5.971	36.173	118.225	247.192	501.925	5.516
A.O.BN	42	25.957	37.110	28.523	11.186	-	-	102.776	2.447
A.O.CE	126	131.192	32.781	930	26.315	-	392.897	584.115	4.636
FOND. PASCALE	34	632	89.999	29.631	11.135	-	26.791	158.188	4.653
COTUGNO	78	9.831	284.762	228.033	13.224	-	98.970	634.820	8.139
regionale	4.571	3.761.516	6.522.460	1.925.801	1.389.513	287.444	9.037.463	22.924.197	5.015

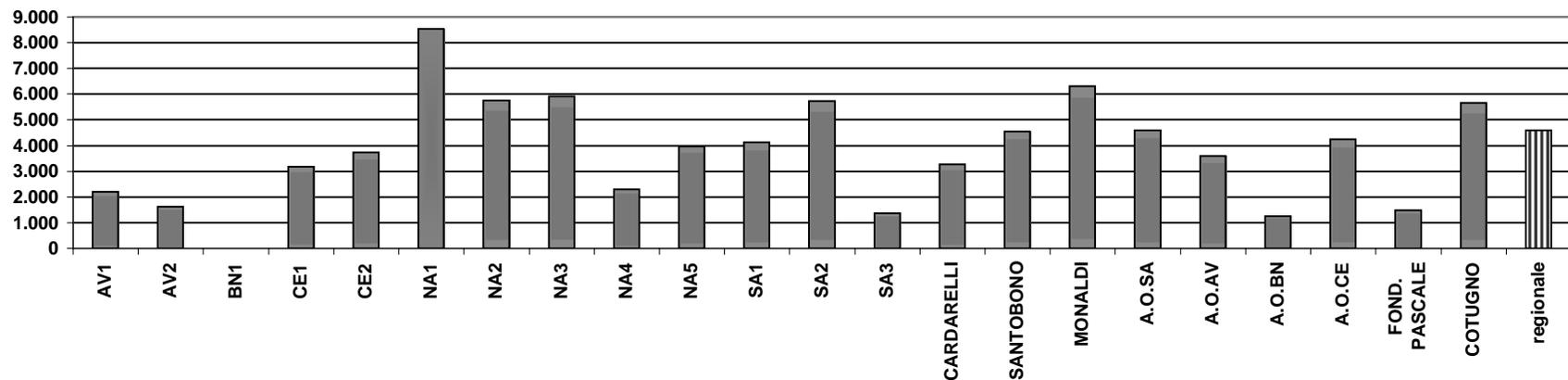
**Media compensi accessori
Personale cat. "B"**



COMPENSI ACCESSORI - PERSONALE CAT. "A" - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIPENDENTI CAT. "A" (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. PART. COND. LAVORO	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	STRAORDINARIO	TOTALI	media pro- capite
AV1	144	148.605	97.663	-	-	16.052	-	54.216	316.536	2.198
AV2	20	17.508	7.550	-	-	2.438	-	5.044	32.540	1.627
BN1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CE1	92	18.169	27.030	179.340	-	773	-	67.639	292.951	3.184
CE2	172	64.645	235.001	202.000	-	43.663	-	98.539	643.848	3.743
NA1	613	1.480.381	962.410	1.997	-	421.347	-	2.368.927	5.235.062	8.540
NA2	76	197.139	61.790	-	-	25.202	-	153.313	437.444	5.756
NA3	59	2.197	171.602	86.669	-	9.765	-	78.252	348.485	5.907
NA4	77	33.957	52.966	26.016	-	17.683	-	45.853	176.475	2.292
NA5	186	121.739	272.375	84.653	-	32.132	-	226.776	737.675	3.966
SA1	315	10.062	220937	482219	-	45257	-	538516	1.296.991	4.117
SA2	270	79.505	859.957	183.304	-	73.552	-	349.398	1.545.716	5.725
SA3	50	18.913	4.303	-	-	2.597	25.249	17.663	68.725	1.375
CARDARELLI	186	154.340	301.232	128.848	-	310	-	25.688	610.418	3.282
SANTOBONCO	44	2.715	42.044	84.870	-	41	-	70.768	200.438	4.555
MONALDI	118	161.900	323.319	6.663	33	82.015	-	169.639	743.569	6.301
A.O.SA	246	-	-	-	-	-	-	-	1.128.309	4.587
A.O.AV	169	181.801	-	3.363	-	11.918	154.994	254.478	606.554	3.589
A.O.BN	90	35.870	51.891	23.985	-	-	-	-	111.746	1.242
A.O.CE	45	68.913	9.492	-	-	706	-	111.483	190.594	4.235
FOND. PASCALE	3	-	3.096	1.197	-	-	-	182	4.475	1.492
COTUGNO	67	4.188	183.426	143.586	-	2.076	-	46.510	379.786	5.668
regionale	3.048	2.802.547	3.888.084	1.638.710	33	787.527	180.243	4.682.884	13.980.028	4.587

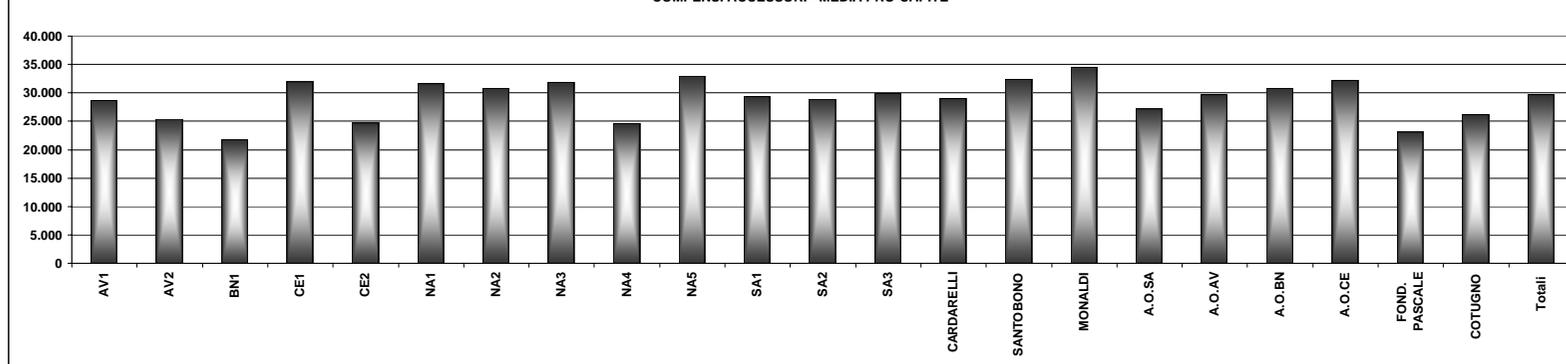
COMPENSI ACCESSORI
Personale Cat. "A"
media pro-capite



ALLEGATO 3 DIRIGENTI 1° Livello
DIRIGENTI 1° LIV - COMPENSI ACCESSORI - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIP. dirigenti, 2° liv (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. DIREZIONE STRUTT. COMPL.	IND. ESCLUSIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	IND. SPECIFICITA' MEDICA	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOT. IMPORTI CORRISPOSTI	media procapite	di cui straordinario	di cui indennita' di direzione	di cui indennita' esclusivita'	di cui indennita' pronta disponibilita'	di cui altre indennita'
AV1	248	264.993	335.137	58.286	2.021.044	4.028	1.628.746	-	198.135	-	2.312.086	298.302	7.120.757	28.713	1.203	235	8.149	799	1.069
AV2	242	258.622	81.152	78.258	2.298.137	19.091	1.664.577	-	157.063	3.443	1.529.597	53.279	6.143.219	25.385	220	323	9.496	649	1.069
BN1	339	67.006	-	14.768	2.925.230	-	1.909.362	-	270.718	-	2.126.144	63.279	7.376.507	21.760	187	44	8.629	799	198
CE1	690	2.733.118	-	27.844	6.732.361	355.458	5.095.254	-	576.955	39.851	6.261.955	231.330	22.054.126	31.963	335	40	9.757	836	3.961
CE2	615	109.239	2.722.456	15.327	4.789.544	355.415	4.366.176	-	993.224	156.484	1.665.007	10.894	15.183.766	24.689	18	25	7.788	1.615	178
NA1	2307	2.486.114	-	20.324	20.553.553	154.982	14.717.952	-	1.312.168	5.341.832	19.027.773	9.258.445	72.873.143	31.588	4.013	9	8.909	569	1.078
NA2	577	1.926.171	432	10.277	4.431.617	-	3.773.951	-	537.335	1.030.410	4.086.942	1.965.541	17.762.676	30.785	3.406	18	7.680	931	3.338
NA3	262	516.729	196.808	9.432	2.039.870	116.466	1.509.041	-	133.196	1.573.770	2.194.517	52.146	8.341.975	31.840	199	36	7.786	508	1.972
NA4	510	2.705.523	320.011	47.866	4.075.049	57.260	3.056.521	-	500.493	-	1.491.832	283.492	12.538.047	24.584	556	94	7.990	981	5.305
NA5	782	2.716.150	3.850.603	-	7.274.923	217.943	5.412.566	-	633.126	-	5.139.229	583.408	25.827.948	33.028	746	-	9.303	810	3.473
SA1	886	34.783	8.166	138.791	7.569.955	104.583	6.411.230	129	614.386	2.900.553	7.498.659	688.496	25.969.731	29.311	777	157	8.544	693	39
SA2	797	1.718.760	798	13.218	7.008.217	440.710	5.642.362	-	615.041	1.838.346	5.446.327	270.718	22.994.497	28.851	340	17	8.793	772	2.157
SA3	668	977.167	2.803.679	-	5.106.254	-	4.659.791	-	690.432	1.000.423	4.393.792	334.093	19.965.631	29.889	500	-	7.644	1.034	1.463
CARDARELLI	772	71.928	96.080	14.669	7.212.949	539.543	5.550.196	-	117.504	3.616.953	5.196.020	7.730	22.423.572	29.046	10	19	9.343	152	93
SANTOBONO	276	452.961	84	47.576	2.654.177	897.018	1.950.994	-	150.173	1.950.994	2.733.588	49.855	8.936.426	32.378	181	172	9.617	544	1.641
MONALDI	313	184.037	40.440	22.936	2.949.544	132.067	2.152.782	-	311.857	1.729.263	2.529.467	767.699	10.820.092	34.569	2.453	73	9.423	996	588
A.O.SA	396	-	-	-	3.868.507	377.425	3.203.049	-	296.100	61.001	2.699.431	267.347	10.772.860	27.204	675	-	9.769	748	-
A.O.AV	374	2.553.399	-	16.270	3.479.004	32.823	2.673.928	-	342.758	633.133	735.765	635.341	11.102.421	29.686	1.699	44	9.302	916	6.827
A.O.BN	306	146.540	450.207	-	2.373.164	4.727	2.105.631	32.734	219.673	-	1.809.230	2.304.792	9.446.698	30.872	7.532	-	7.755	718	479
A.O.CE	385	2.373.271	-	20.799	3.293.263	59.528	2.753.374	-	261.155	544.652	2.938.989	155.520	12.400.551	32.209	404	54	8.554	678	6.164
FOND. PASCALE	164	11.543	235.587	6.970	1.289.973	61.558	1.225.550	-	194.172	-	658.939	104.300	3.788.592	23.101	636	43	7.866	1.184	70
COTUGNO	96	7.128	-	-	771.819	51.014	629.126	-	36.008	-	635.903	143.882	2.515.211	26.200	1.499	-	8.040	375	74
Totali	12.005	22.315.182	11.141.640	563.611	104.718.154	3.981.639	82.092.159	32.863	9.161.672	20.710.445	83.111.192	18.529.889	356.358.446	29.684	1.544	47	8.723	763	1.859

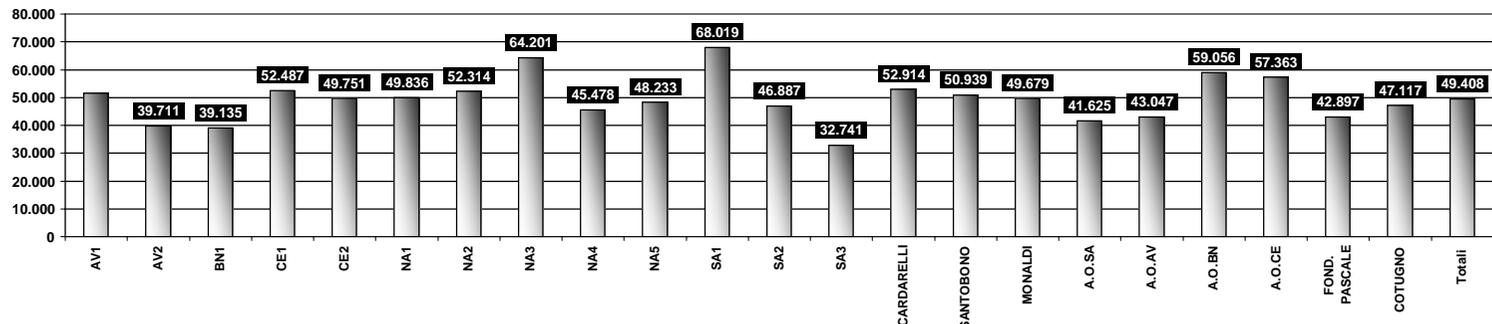
COMPENSI ACCESSORI - MEDIA PRO-CAPITE



ALLEGATO 1 DIRIGENTI 2° livello
DIRIGENTI 2° LIV. -STRUTTURA COMPLESSA - COMPENSI STIPENDIALI ACCESSORI - ANNO 2005

CODICE AZIENDA	N. DIP. dirigenti. 2° liv (da tab 1 conto annuale)	ALTRE INDENNITA'	COMPENSI PRODUTTIVITA'	IND. DIREZIONE STRUTT. COMPL.	IND. ESCLUSIVITA'	IND. PARTIC. COND. LAVORO	IND. SPECIFICITA' MEDICA	INDENNITA' DI COORDINAMENTO	PRONTA DISPONIBILITA'	RETR. RISULTATO	RETRIB. DI POSIZIONE	STRAORDINARIO	TOT. IMPORTI CORRISPOSTI	MEDIA PRO-CAPITE	di cui altre indennita'	di cui indennita' di direzione	di cui indennita' esclusivita'	di cui indennita' pronta disponibilita'
AV1	47	188.926	116.520	177.409	720.596	3.718	398.532	-	10.113	-	792.304	18.231	2.426.349	51.624	4.020	3.775	15.332	215
AV2	50	75.312	16.537	321.180	476.329	4.544	229.347	-	8.572	-	853.262	455	1.985.538	39.711	1.506	6.424	9.527	171
BN1	61	22.509	-	467.449	589.810	-	285.417	-	4.416	-	1.013.719	3.921	2.387.241	39.135	369	7.663	9.669	72
CE1	60	198.027	-	414.451	812.488	2.559	417.631	-	6.918	3.099	1.294.068	-	3.149.241	52.487	3.300	6.908	13.541	115
CE2	60	331.019	144.207	229.031	765.590	465	401.118	-	39.418	21.211	1.053.004	-	2.985.063	49.751	5.517	3.817	12.760	657
NA1	250	1.419.912	-	1.166.777	3.282.672	20.555	1.642.259	-	57.141	672.267	3.981.107	216.423	12.459.113	49.836	5.680	4.667	13.131	229
NA2	78	787.640	-	373.681	976.804	-	522.398	-	3.843	263.069	1.137.407	15.642	4.080.484	52.314	10.098	4.791	12.523	49
NA3	33	247.994	157.578	164.624	337.677	1.756	182.094	-	5.386	376.839	644.701	-	2.118.649	64.201	7.515	4.989	10.233	163
NA4	58	545.048	90.432	63.431	906.982	8.825	514.735	-	52.853	-	455.395	-	2.637.701	45.478	9.397	1.094	15.638	911
NA5	93	954.511	537.547	-	1.188.654	18.979	620.391	-	311.892	-	851.484	2.190	4.485.648	48.233	10.264	-	12.781	3.354
SA1	97	167.192	3.504	1.966.731	9.499	12.260	648.826	-	52.505	454.583	3.268.120	14.615	6.597.835	68.019	1.724	20.276	98	541
SA2	63	183.228	-	1.115.584	7.751	9.635	371.263	-	14.082	118.551	1.128.650	5.116	2.953.860	46.887	2.908	17.708	123	224
SA3	91	359.705	331.747	264.566	628.724	-	503.660	-	70.142	149.421	639.134	32.337	2.979.436	32.741	3.953	2.907	6.909	771
CARDARELLI	75	319.797	92.488	618.012	1.011.775	6.263	598.673	-	2.355	436.639	882.573	-	3.968.575	52.914	4.264	8.240	13.940	31
SANTOBONO	40	238.731	-	267.396	578.340	1.625	289.218	-	25.395	-	635.271	564	2.037.540	50.939	5.993	6.685	14.459	635
MONALDI	40	215.366	23.900	72.900	492.021	11.824	280.464	-	5.503	267.333	617.831	-	1.987.142	49.679	5.384	1.823	12.301	138
A.O.SA	35	-	-	124.366	522.995	6.481	315.913	-	2.730	10.151	472.198	2.030	1.456.864	41.625	-	3.553	14.943	78
A.O.AV	46	199.063	-	254.742	673.246	2.479	319.622	-	-	95.263	435.764	-	1.980.179	43.047	4.327	5.538	14.636	-
A.O.BN	39	521.324	84.070	430.425	552.995	3.718	265.975	6.320	5.629	-	399.670	33.048	2.303.174	59.056	13.367	11.037	14.179	144
A.O.CE	40	699.515	-	56.139	611.371	6.197	363.348	-	8.098	112.537	437.080	227	2.294.512	57.363	17.488	1.403	15.284	202
FOND. PASCALE	32	84.424	43.000	242.241	363.620	4.913	196.060	-	7.097	-	431.251	93	1.372.699	42.897	2.638	7.570	11.363	222
COTUGNO	30	151.868	-	192.363	301.992	114	180.608	-	72	171.346	415.054	100	1.413.517	47.117	5.062	6.412	10.066	2
Totali	1.418	7.912.111	1.641.530	8.983.498	15.811.931	126.910	9.547.552	6.320	694.160	3.152.309	21.839.047	344.992	70.060.360	49.408	5.580	6.335	11.151	490

COMPENSI ACCESSORI - MEDIA PRO-CAPITE



Riepilogo Generale				
Personale Comparto BS - Competenze Accessorie	Importo			5634676
Personale Comparto B - Competenze Accessorie	Importo			3852750
Personale Comparto A - Competenze Accessorie	Importo			3099425
Dirigenti 2°livello - Competenze Accessorie	Importo			1776630
Dirigenti 1°livello - Competenze Accessorie	Importo			17801927
Personale Comparto DS - Competenze Accessorie	Importo			3433644
Personale Comparto D - Competenze Accessorie	Importo			28283476
Personale Comparto C - Competenze Accessorie	Importo			2786868
	Totale generale			66669396

ALLEGATO 4

Con riferimento all'intervento 11 di seguito viene illustrata la situazione della Regione, da cui si evince che il 38% delle strutture è al di sotto della soglia individuata e pertanto soggetta ad interventi di disattivazione o di accorpamento.

Il possibile risparmio in caso di disattivazione è difficilmente quantificabile con precisione. Un livello minimo di stima potrebbe essere quello relativo alle guardie notturne di anestesisti e ginecologici prendendo a riferimento le quantificazioni attuali di relativo salario accessorio previsto dal CCNL e dal CCIA vigenti. Il costo annuo medio per operatore di tale salario è pari ad €44.140,00. Considerando un anestesista e un ginecologo per turno quindi la quantificazione sarebbe di €88.280,00 che moltiplicata per i 35 punti nascita sotto lo standard, salirebbe ad €3.089.800,00.

Punti Nascita in Campania

Nati/anno	Pubblici	Privati	Totale
1500 >	3	3	6
1000 – 1499	9	7	16
500 – 999	19	17	36
300 – 499	12	9	21
< 300	6	8	14
TOTALE	49	44 (47%)	93

(38%)

o o o o o

Ipotesi di incentivo al trasferimento dal parto cesareo al parto spontaneo della quota di prestazioni eccedente la media nazionale con tariffazione del parto cesareo allo stesso valore del parto spontaneo, con successivo conguaglio, per ogni singolo erogatore, della soglia, opportunamente controllata, non superiore mediamente al 33% del DRG 371 (parto cesareo), con le modalità indicate nella allegata tabella che comportano un risparmio annuo di € 9.717.003,03.

TOTALE DRG PARTI anno 2005	62.024	€108.460.189,77	€1.748,68	
I 62.024 Parti si distribuiscono i 6 diversi DRG, ma in 2 di questi si concentra il 94% dei parti: [373] PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI (23003) e [371] PARTO CESAREO SENZA CC (35371). Pertanto la simulazione verrà condotta su questa casistica.				
TOTALE DRG 371 - PARTO CESAREO SENZA CC	35.371	€ 68.717.194,83	€1.942,76	
% SU TOTALE PARTI di 58374 parti selezionati	57,03			
TOTALE DRG 373 - PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	23.003	€ 30.812.849,85	€1.339,51	
% SU TOTALE PARTI di 58374 parti selezionati	37,09			
TOTALE DRG 371 E 373	58.374	€ 99.530.044,68		
% DRG 371 E 373 SU TOTALE PARTI	94,12			
Se si applica, al totale dei parti selezionati, la frequenza media dei cesarei in Italia, 33%, e si applica al numero di parti cesarei campani in eccesso rispetto a questa percentuale, la tariffa media campana dei parti spontanei si otterrà un minore spesa come di seguito indicato nel calcolo.				
Calcolo				
La media nazionale dei cesari è del 33% pertanto applicando tale percentuale sul totale di 58,374 casi i parti cesarei dovrebbero essere 19,263	19.263			
TOTALE DRG 371 (cesareo)	35.371	€ 68.717.194,83	€1.942,76	Tariffa media parto cesareo
33%	19.263	€ 37.423.293,77	€1.942,76	
Numero casi eccedenti il 33% da tariffare con la tariffa del parto spontaneo	16.108	€ 21.576.898,03	€1.339,51	Tariffa media parto spontaneo
TOTALE DRG 373 (normale)	23.003	€ 30.812.849,85		
Parti cesarei attesi applicando il valore di frequenza nazionale del 33%	19.263	€ 37.423.293,77		
Numero casi eccedenti il 33% atteso tariffati con la tariffa del parto spontaneo	16.108	€ 21.576.898,03		
Spesa attesa con la simulazione	58.374	€ 89.813.041,65		
Spesa effettivamente sostenuta per dimessi DRG 371 E 373	58.374	€ 99.530.044,68		
Risparmio	58.374	€ 9.717.003,03		

Circa il 50% dei parti cesarei avviene in strutture private accreditate. Pertanto il risparmio netto immediato è di circa 4,8 Meuro.

Allegato 5

Il percorso che la Regione Campania ha avviato per promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri ha inizio precedentemente al DPCM del 29/11/01 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Infatti, tra il 1999 e 2000 in Campania, è stato avviato un percorso di sperimentazione per realizzare la trasferibilità, al regime di day surgery, di alcuni interventi chirurgici ad elevata prevalenza ed arruolabili e con indicazione al ricovero in regime diurno. L'anno successivo, a fine 2001 la Regione emanò un provvedimento che disciplinava l'assistenza in day surgery e individuava nel 28 DRG chirurgici (10 in più rispetto ai DRG chirurgici dell'Al.2C del DPCM sui LEA) per i quali fu fissata una soglia massima di ammissibilità ed un sistema di incentivi e disincentivi tariffari a sostegno del processo di trasferimento di parte della casistica dal regime ordinario al day surgery. Inoltre, dal 2002, il raggiungimento degli obiettivi definiti dalle soglie massime di ammissibilità fu incluso tra gli obiettivi assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie. Successivamente, con l'entrata in vigore del DPCM del 29/11/01, la Campania definì, anche per i DRG medici dell'allegato 2 C, soglie massime di ammissibilità in ricovero ordinario. Le strategie adottate dalla regione per promuovere l'appropriatezza di utilizzo dell'ospedale in termini di trasferimento della casistica verso modelli assistenziali a minore intensità assistenziale si sono dimostrate efficaci. Infatti tutti gli istituti di cura hanno raggiunto e ampiamente superato le soglie fissate come si osserva nella figura 1 nella quale è riportato il confronto 2001-2004, per i DRG chirurgici sotto soglia, tra casi in day surgery e ordinario 01 gg attesi e quelli osservati (figura 1). Nella figura 2 si osserva, per DRG, la differenza tra la frequenza dei ricoveri in regime diurno e ordinario a 0-1 giorni tra il 2001 e il 2005

Figura 1

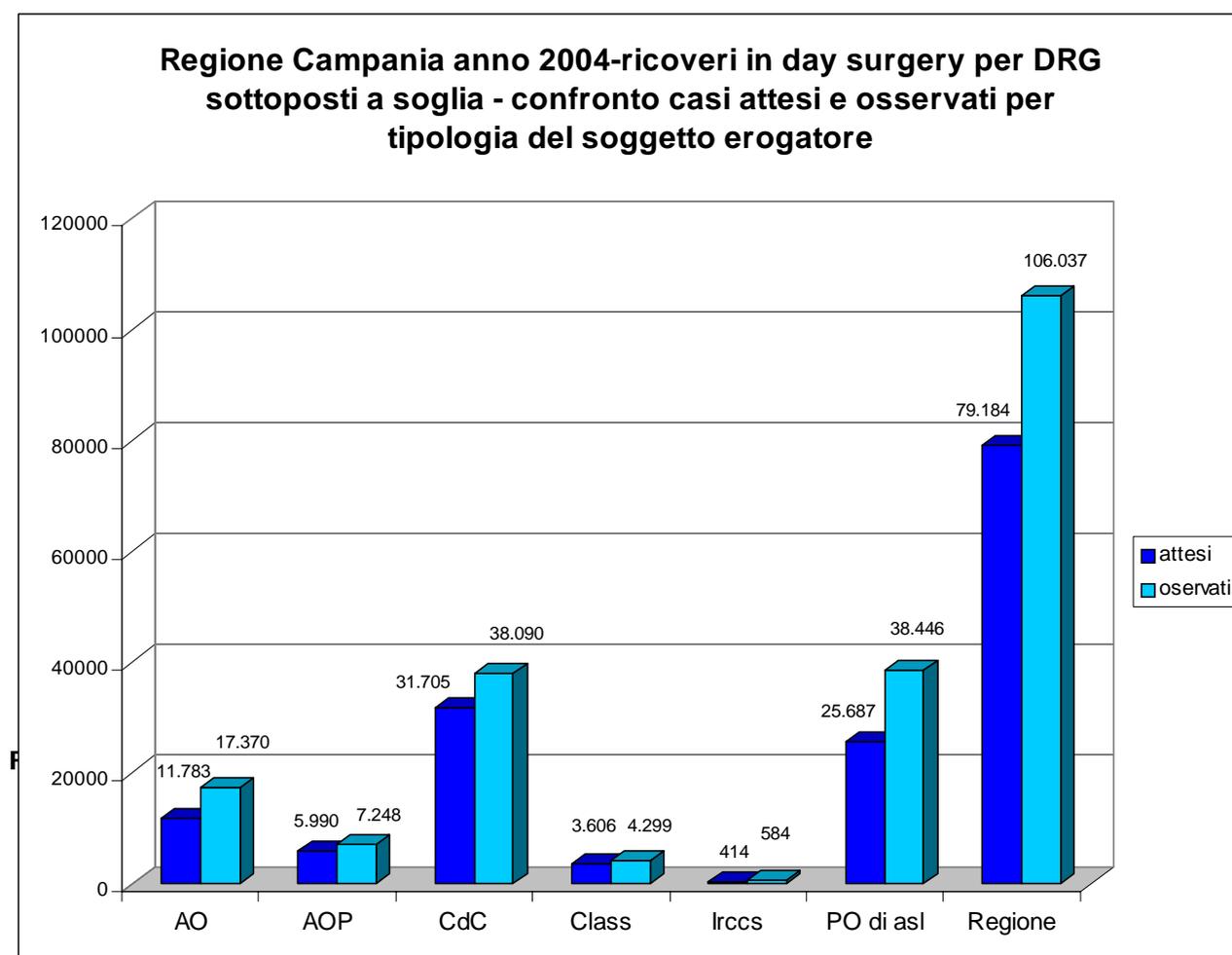
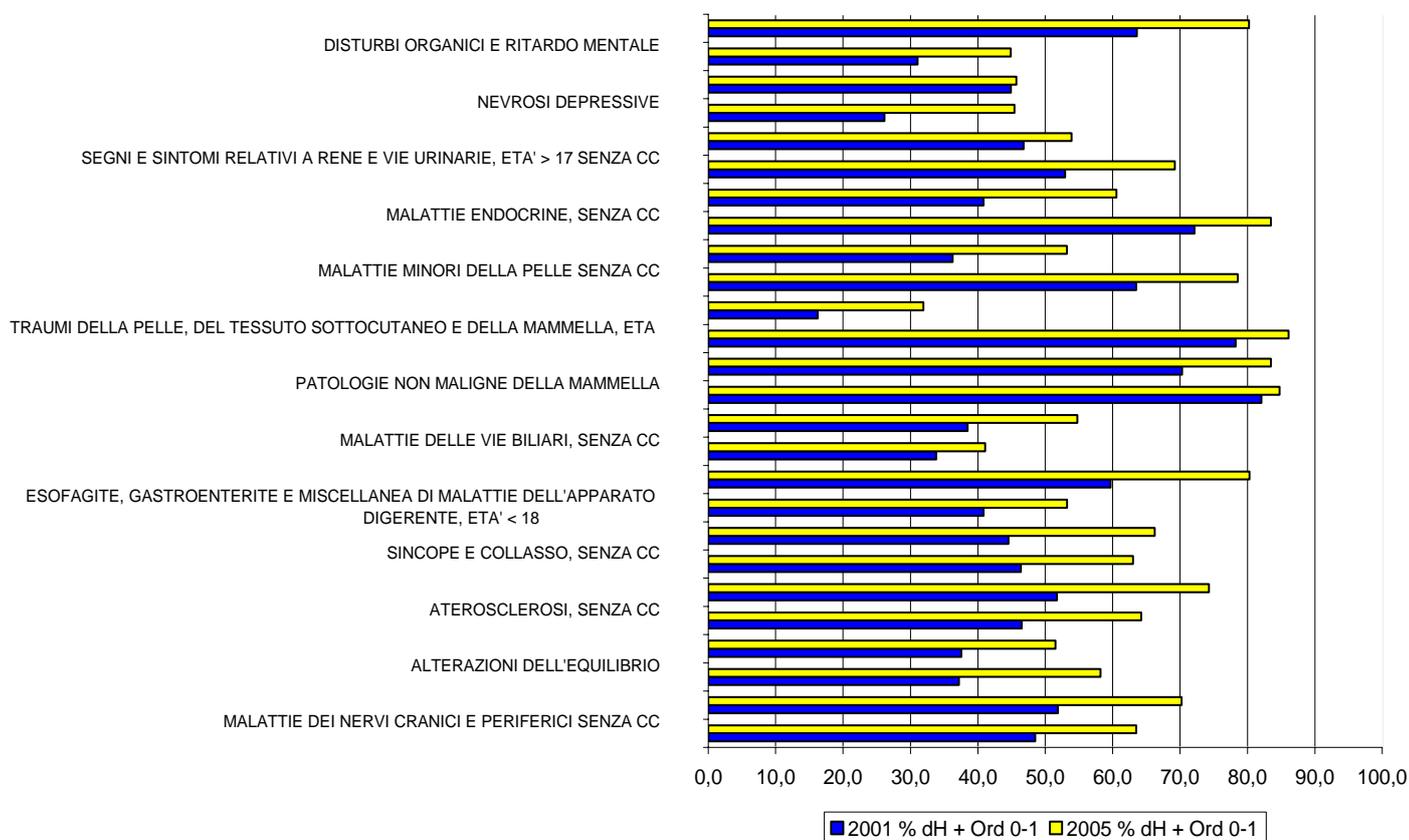


Figura 2

DRG medici sottoposti a soglia max di ricovero ordinario. Confronto 2001-2005



In questi anni, quindi, la quantità di ricoveri passati dal regime ordinario al day surgery e day hospital è stata molto elevata con una riduzione complessiva de numero dei ricoveri ordinari ed un incremento del DH che, però, è andato oltre il numero di casi ridottisi in regime ordinario. Pertanto, complessivamente, si è osservato un certo aumento dei ricoveri e dei relativi tassi di ospedalizzazione attribuibile, esclusivamente, alla crescita dei ricoveri in DH come si può osservare nelle figure 3,4,5 e 6 .

Figura 3

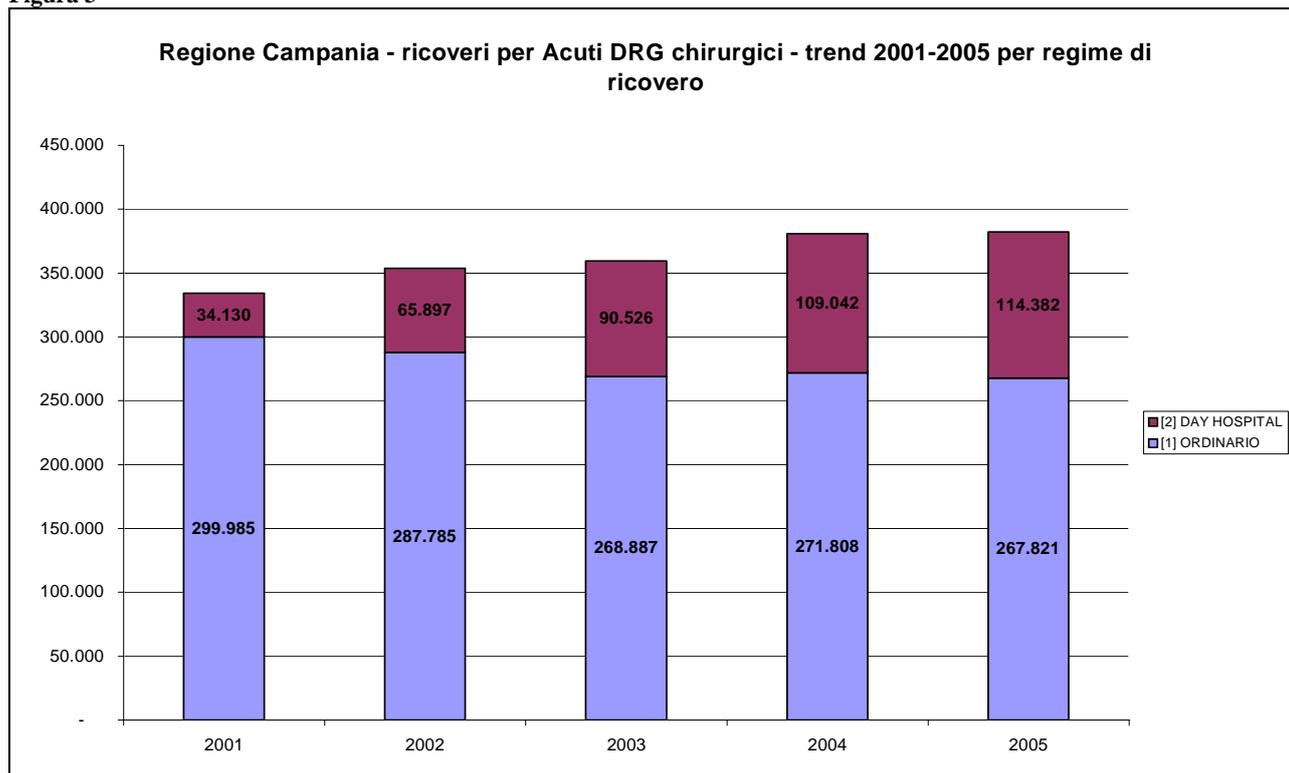


Figura 4

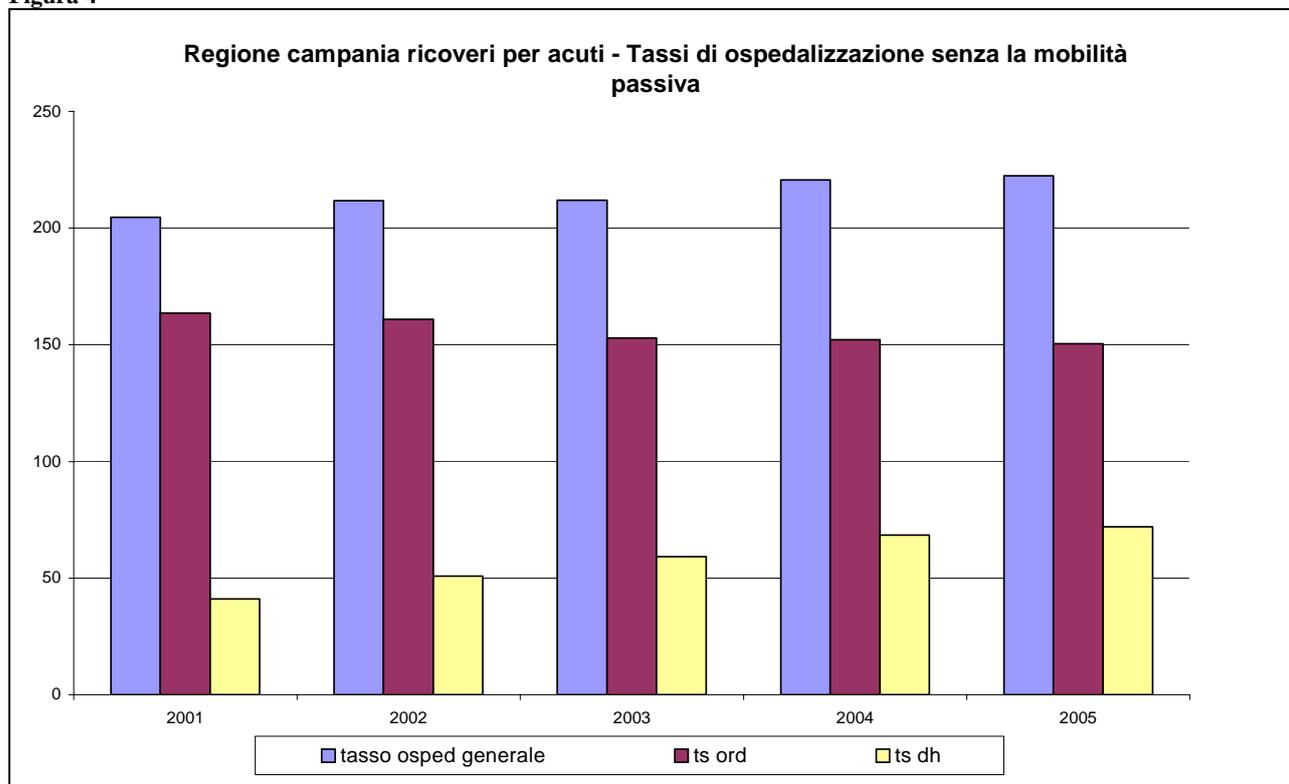


Figura 5

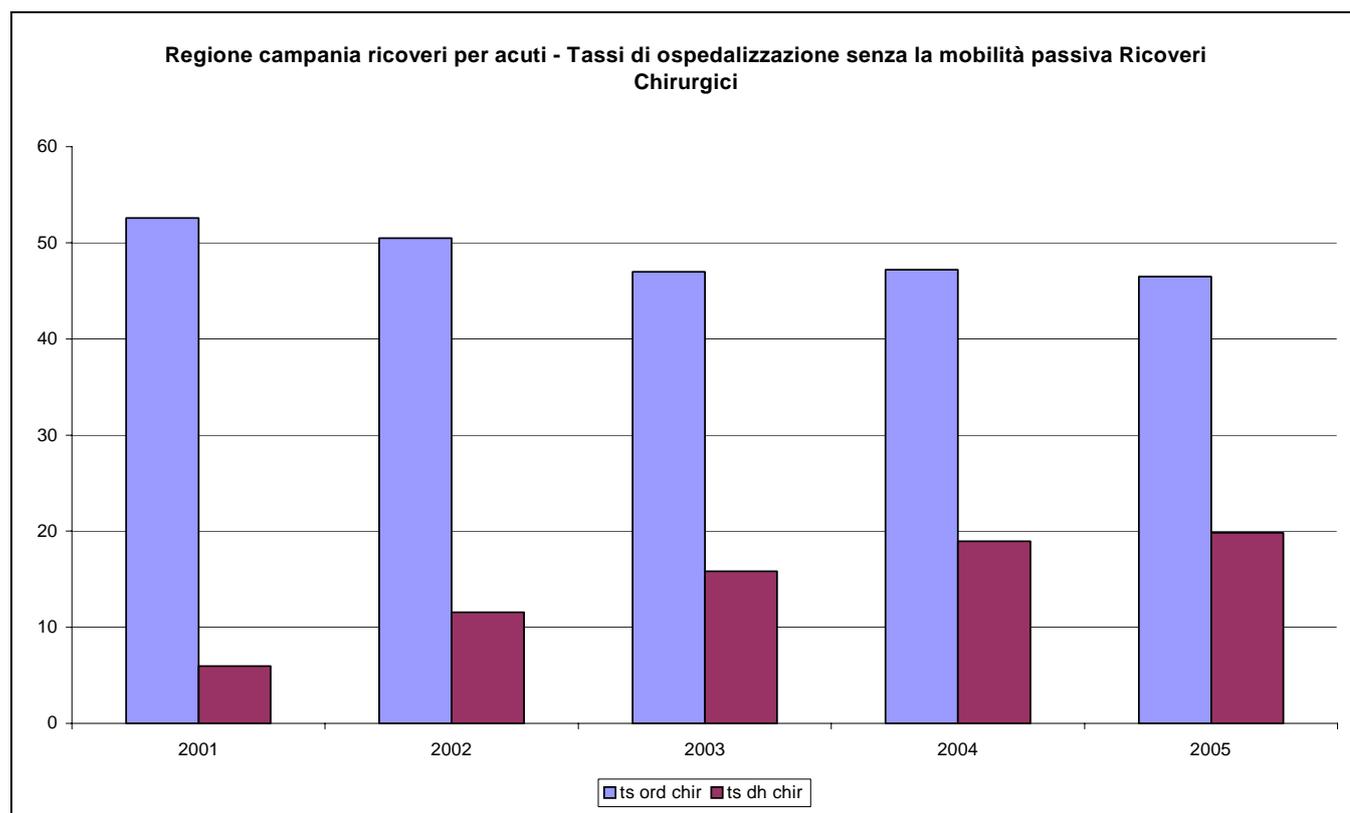
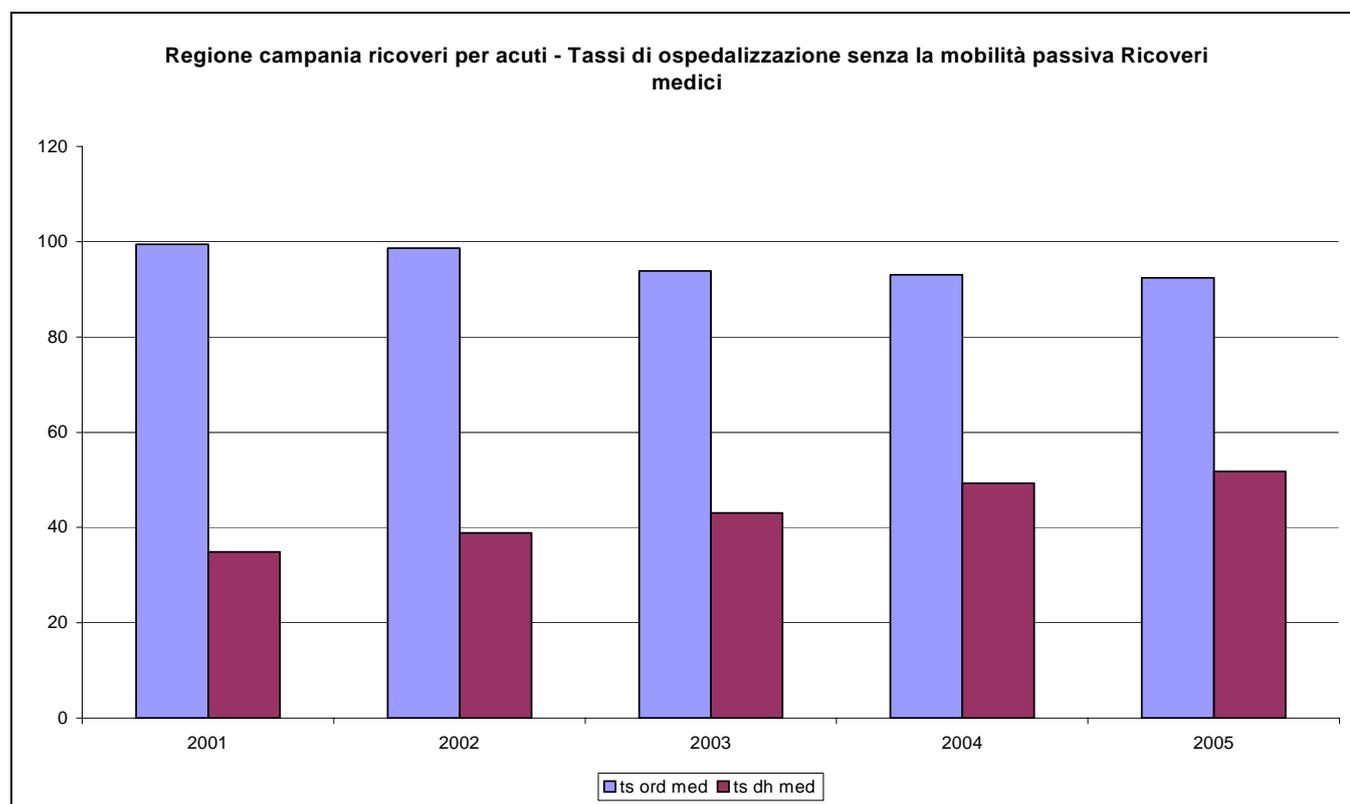


Figura 6



A questo punto dopo aver avviato e portato avanti con successo il processo di trasferimento dei ricoveri dal regime ordinario al DH, processo che va ulteriormente sostenuto, oggi si pone la necessità di trasferire una quota di prestazioni assistenziali dal livello ospedaliero a quello territoriale. La propensione al ricovero della popolazione campana continua a mantenersi relativamente alta, con tassi di ospedalizzazione che superano il 215 per mille. Questo dato è comune a molte regioni meridionale nelle quali, la non sufficiente diffusione della rete assistenziale territoriale determina un utilizzo dell'ospedale ed in particolare per il DH come funzione vicariante del territorio. Va comunque sottolineato che benché si osservino in Campania tassi di ospedalizzazione ancora alti e distanti dagli obiettivi fissati nell'accordo del 23 marzo, in particolare per quanto riguarda il DH, il numero di posti letto per mille risulta tra i più bassi d'Italia. L'associazione tra tassi tendenzialmente alti e numero di letti relativamente basso indica che ci troviamo di fronte ad un elevato utilizzo dei posti letto.

In base a queste considerazioni l'obiettivo posto per diminuire i tassi di ospedalizzazione è quello di ridurre il numero dei ricoveri a partire dal trasferimento di una quota consistente di ricoveri medici di tipo diagnostico dal regime di DH al livello ambulatoriale.

Il successo che l'assistenza in DH ha incontrato in questi anni in tutte le regioni d'Italia, spesso determinando un eccesso di tali ricoveri, è fondamentalmente da attribuire al fatto che tale modalità assistenziale rende facilmente accessibili, ai pazienti, le prestazioni prescritte. Infatti nel DH membri dell'organizzazione dell'ospedale prendono in carico il paziente nel suo percorso diagnostico terapeutico all'interno dell'ospedale garantendo la prenotazione concentrata nel tempo delle prestazioni necessarie; nello stesso tempo nel regime di day hospital lo specialista del reparto di degenza segue il paziente nel percorso e soprattutto si assume il compito, a conclusione del percorso, della sintesi clinica delle informazioni raccolte durante il ricovero.

Una possibilità concreta di trasferire una quota di prestazioni di DH medico diagnostico dal livello ospedaliero a quello territoriale ambulatoriale, benché erogabile anche all'interno dell'ospedale, è quello di definire un nuovo modello assistenziale, definibile day service o percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) che pure se erogati in un livello assistenziale territoriale mantengano le caratteristiche della presa in carico tipiche del modello di day hospital. Tale modalità assistenziale destinata a quei pazienti per i quali l'MMG o lo specialista abbia prescritto, per l'inquadramento diagnostico, prestazioni afferenti a molteplici branche specialistiche (almeno 4) da erogare, di norma, nella medesima struttura, in un breve lasso di tempo e sotto il controllo di uno specialista della struttura che assume la responsabilità clinica del paziente.

Questo modello assistenziale andrà avviato nella prima fase nelle strutture ospedaliere in alternativa al ricovero in DH prevalentemente di tipo medico diagnostico. La quota di dimissioni che saranno trasferite in questo regime assistenziale, intermedio tra Day hospital e ambulatorio contribuirà a ridurre i ricoveri impropri e gradualmente potrebbe essere trasferito dalle strutture ospedaliere a poliambulatori territoriali adeguatamente dotati ed organizzati anche utilizzando risorse di personale medico e infermieristico ospedaliero che dedicherebbe parte del proprio tempo di lavoro in questo tipo di attività. Per le prestazioni da erogare in dai service o PACC le modalità di prenotazione dovranno essere simili a quelle del ricovero in DH e quindi non andranno prenotate le singole prestazioni ma l'intero percorso assistenziale. La tipologia delle patologie o percorsi diagnostici da avviare al day service dovrà essere codificata in specifici protocolli in cui, ovviamente non dovranno rientrare prestazioni ambulatoriali a bassa complessità e senza necessità di coordinamento e presa in carico dello specialista che dovranno essere erogate con le modalità tipiche delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Va infine segnalato che l'introduzione di questa modalità assistenziale comporterà necessariamente l'adeguamento del nomenclatore della specialistica ambulatoriale che dovrà prevedere aggregazioni di prestazioni e regole per la prescrizione delle prestazioni adeguate alla erogazione delle prestazioni aggregate in forma di day service o PACC.

Di seguito si illustrano i dati relativi all'ipotesi sopra indicata.

ACUTI ORDINARIO MEDICI			ACUTI DAY HOSPITAL MEDICI			TOTALE ACUTI MEDICI			
DRG all.2C DPCM LEA	RESTANTI DRG	TOTALE	DRG all.2C DPCM LEA	RESTANTI DRG	TOTALE				
113.011	419.609	532.620	85.057	213.363	298.420	831.040			

Obiettivo: trasferire una quota di ricoveri di tipo medico dal regime di ricovero in DH al day service/PACC
Stima della quota di ricoveri trasferibili:

I ricoveri in DH afferenti ai DRG dell' all. 2C del DPCM 29.11.01, ad elevato rischio di inappropriatazza, sono quasi esclusivamente di tipo diagnostico e per questi ricoveri è prevedibile il trasferimento di una quota elevata di casi verso il modello assistenziale del day service/PACC , pari all'80% dei casi (68.00)
I ricoveri in DH afferenti ai RESTANTI DRG sono stati, nel 2005, 213.363; di questi circa il 60%, (127.000), sono di tipo diagnostico. Si può stimare che il 60% di questi ricoveri pari a 76.200 eventi, sia trasferibile in Day service

Applicando le stime precedenti i ricoveri trasferibili dal day hospital al day service risulterebbero 144.200 che comporterebbe una riduzione del 25 per mille del tasso di ospedalizzazione che ci consentirebbe di avvicinarci moltissimo all' obiettivo del 45 per 1000 dell'Accordo del 23 marzo 2005 , visto che il nostro tasso 2005 di osp. in DH è 71 x 1000 senza considerare la mobilità passiva che, però è solo del 3,6 x 1000 di cui il 2,4x 1000 per i DH medici diagnostici. A tal proposito si sottolinea che per il raggiungimento degli obiettivi di tassi di osp., la mobilità passiva, comunque, rappresenta un problema in quanto le regioni di residenza non hanno strumenti per governarla se non attraverso accordi tra Regioni che, però, allo stato, non sono obbligatori. E soprattutto non è stato previsto che debbano fissare dei tetti max di rimborsabilità. A proposito dei tassi di ospedalizzazione per il DH va osservato che il numero delle dimissioni è molto influenzato dalle consuetudini organizzative. Vi sono infatti istituti che per ogni contatto del paziente aprono una Cartella, altri che pur adottando i cicli di ricovero con più accessi, preferiscono, comunque, trimestralmente chiuderli per poi riaprirli al fine di poter, trimestralmente, monitorare attraverso le SDO produzione e ricavi. Per questo motivo sarebbe preferibile che i tassi di ospedalizzazione per il DH fossero calcolati sugli accessi e non sulle dimissioni.

ALLEGATO 6**COMITATO EMERGENZA , EX ART. 43 LR 32/94****Premessa**

Negli ultimi anni, le Regioni stanno ultimando la messa a punto della riorganizzazione dei servizi di emergenza.

Alla presenza storica del pronto soccorso Ospedaliero quale punto di riferimento per l'utenza in caso di urgenze ed emergenze, si sono integrate nel tempo varie forme di interventi a tutela delle necessità sanitarie urgenti finalizzate vuoi a rendere più rapido l'intervento, vuoi a qualificarne la prestazione, vuoi ad indirizzare il paziente verso la risposta sanitaria più idonea ai propri bisogni e nel contempo più efficiente anche in ragione del rapporto costo beneficio.

Attualmente la tutela della salute del cittadino è affidata al medico di medicina generale che si rende disponibile negli orari di studio e, nei casi di impossibilità, per visite domiciliari.

Per prestazioni notturne e festive, la assistenza è garantita dai medici della continuità assistenziale (ex guardia medica).

La organizzazione territoriale dell'emergenza sanitaria, fa capo al coordinamento del 118, il quale si avvale di personale formato all'emergenza e di mezzi propri. Dopo un accurato triage, è in grado di intervenire direttamente sul territorio in tempi brevissimi vuoi prestando al domicilio del paziente direttamente la prestazione terapeutica, vuoi provvedendo, in caso di necessità al trasporto dell'infermo presso il più vicino Ospedale.

La ospedalizzazione quale risposta ad ogni tipo di bisogno in tema di salute, ha portato e porta ad una offerta di servizi spesso sovradimensionata ed altamente dispendiosa rispetto alle reali necessità. Sono recenti le ultime analisi sui DRG degli ultimi anni che hanno evidenziato che buona parte delle patologie trattate in ospedale, avrebbero potuto giovare di assistenza alternativa.

La scarsa utilizzazione di queste ultime, affolla particolarmente gli ospedali, e paradossalmente, quelli vocati alla emergenza più qualificata (DEA), vedono soffocare le proprie potenzialità di interventi in quanto letteralmente invasi da richieste inappropriate o fuori luogo.

Ogni osservatore sanitario sa che almeno l'80% delle richieste di intervento di pronto soccorso Ospedaliero in realtà sono richieste improprie. Le stesse però sottraggono l'attenzione e le migliori risorse ai casi più gravi ed abbisognevoli.

L'Ospedale ed il Pronto Soccorso sono individuati quali uniche risposte ad interventi qualificati. Purtroppo spesso ciò avviene anche da parte degli operatori dell'emergenza territoriale.

Tutto ciò rende difficile la gestione del ricovero dei pazienti in emergenza per una costante carenza di posti letto ed una assistenza relegata, nella migliore delle ipotesi, indipendentemente dalla natura e gravità delle patologie, a lunghe permanenze in barelle spesso poste in corridoi, in attesa di una giusta ed auspicata collocazione.

Il miglioramento del servizio della emergenza sanitaria, non può essere affrontato in modo giusto e corretto, se non sarà preso in esame, oltre ad una più razionale politica dei flussi

ospedalieri, una corretta politica dei deflussi dei pazienti stabilizzati, coinvolgendo in modo pieno ogni risorsa territoriale ed integrandola con il sistema ospedaliero.

Si vuole prospettare un primo sintetico percorso riorganizzativo per proporre un successivo impegno per definirne le caratteristiche operative e normative.

I notevoli sforzi fin qui compiuti in sede Regionale per l'attivazione di servizi di emergenza (118), capaci di dare risposte qualificate e tempestive nonché appropriate, necessitano di ulteriore contributo in termini di maggiore efficienza organizzativa che consenta in particolare alla mole di risorse dispiegate un'efficace raccordo tra le stesse.

Il territorio e l'Ospedale devono cioè potersi raccordare in maniera costante e puntuale per il perseguimento dell'obiettivo di assicurare una assistenza che dia concrete garanzie di risposta immediata al cittadino.

Si pone cioè il problema della **congruità dell'accesso** degli utenti al circuito dell'emergenza che va opportunamente e specificamente approfondito.

Oltre all'accesso particolare attenzione dovrà essere posta per la **formazione** degli operatori e, in particolare, del medico di emergenza territoriale, il quale, preparato per intervenire direttamente sul territorio, dovrà acquisire un ruolo operativo all'interno del pronto soccorso ospedaliero. E' qui che collaborando accanto ai colleghi del P.S, nell'ambito di una rotazione dei turni, ne unificherà le professionalità.

La presenza attiva in Ospedale sarà utilizzata anche con specifiche competenze nella gestione delle prestazioni sanitarie impropriamente richieste al P.S. ma in realtà di competenza dell'assistenza territoriale.

Tutto ciò dovrà portare ad ottenere il risultato che il medico dell'emergenza territoriale, acquisite le professionalità del lavoro del pronto soccorso ospedaliero, porterà tali competenze a domicilio dell'ammalato, traguardando l'obiettivo di limitarne i ricoveri.

Nel contempo, il medico del P.S. sarà maggiormente impegnato nell'occuparsi dei pazienti più gravi da ospedalizzare.

Il terzo campo di azione da approfondire è quello dei **deflussi** del malato dagli ospedali sedi di DEA

A) Indirizzo, coordinamento e controllo del sistema 118

Per rispondere in maniera efficace alla richiesta di salute bisogna riorganizzare e attivare a pieno regime il SIRES.

Il sistema di emergenza deve essere governato centralmente dall'Ente Regionale con compiti di coordinamento complessivo del sistema stesso al fine di uniformare la risposta in tutta la regione Campania.

Il Coordinamento Regionale deve definire i protocolli di intervento, deve codificare il tipo di soccorso avanzato extra-ospedaliero, nonché gli operatori ed i mezzi da utilizzare; inoltre, deve programmare la formazione continua di tutto il personale (autista-soccorritore, infermiere, medico) impegnato nella équipe di soccorso avanzato, deve delineare efficienti modelli organizzativi, come l'istituzione di un unico Dipartimento delle Emergenze Sanitarie che governi la fase territoriale e quella ospedaliera ed, infine, deve programmare una maggiore integrazione tra i diversi livelli di cura in Emergenza Sanitaria.

Al fine di organizzare la risposta in Emergenza è indispensabile partire da precisi dati epidemiologici in termini sia di volume di richieste di soccorso alla Centrale Operativa che di tipologia di intervento richiesto ed effettuato.

I dati epidemiologici di alcune realtà italiane dimostrano che meno del 10% del totale delle richieste di intervento giunte alla C.O. sono di assistenza per pazienti in Codice Rosso.

Dall'analisi dei dati emerge chiaramente che la possibilità per una équipe medica di soccorso avanzato di effettuare un protocollo ALS completo con defibrillazione ed intubazione oro-tracheale in un anno è molto bassa.

In considerazione dei dati suesposti esiste il rischio che un numero elevato di medici di emergenza sanitaria presenti sul territorio finisca con l'essere sottoutilizzato e, quindi, finisca con il perdere confidenza con le manovre di rianimazione cardio-polmonare che dovrà eseguire.

Infatti, il mantenimento di abilità pratica da parte di una équipe, oltre la formazione di base (BLS-D, ALS, PTC, PBLIS), richiede la frequente esecuzione di manovre rianimatorie.

Al fine di conseguire competenze professionali idonee e di mantenere adeguati livelli di addestramento è necessario che il medico della emergenza sanitaria territoriale partecipi in prima persona, con completa assunzione di responsabilità, alle attività proprie della emergenza sanitaria ospedaliera nei D.E.A. di I e II livello .

L'attività intraospedaliera nei D.E.A. è la componente qualificante della attività di emergenza, in quanto garantisce una continuità assistenziale al paziente ed, al tempo stesso, fornisce al medico una continuità professionale, il cui fine ultimo è omogeneizzare l'assistenza in emergenza con univoci criteri di riferimento sulla base di comuni linee-guida ed efficienti protocolli organizzativi che coinvolga sia la fase territoriale che quella più propriamente ospedaliera.

B) Quadro normativo di riferimento

Attualmente la Regione Campania ha un quadro legislativo regionale di riferimento obsoleto, superato dalle norme legislative nazionali ed anche da quelle contrattuali, la qual cosa ha creato non poche difficoltà nella attivazione di un efficiente "Sistema 118".

La mancanza di un quadro di riferimento regionale chiaro ed univoco ha consentito lo svilupparsi nelle 13 AASSLL della Campania di differenti realtà organizzative per quanto concerne i due "pezzi" attivati del 118: lo STI ed i SAUT.

La L.R. 2/94, che istituisce il Sistema Integrato Regionale per l'Emergenza Sanitaria S.I.R.E.S., avendo come quadro normativo di riferimento il Dlvo 502/92 ed il Dlvo 517/93 nasce già vecchia, oltre ad essere di difficile attuazione in tutte le sue componenti e molto onerosa economicamente.

Il maggiore punto "critico" della L.R. è rappresentato dalla scarsa interconnessione tra i vari sottosistemi costituenti il sistema integrato della emergenza sanitaria che operano come tanti corpi indipendenti.

A ciò si aggiunga che il più delle volte, la équipe medica che opera nei SAUT, invece di svolgere le funzioni di soccorso avanzato su mezzi attrezzati, è portata a svolgere, di fatto, le funzioni di "sostituzione" del medico di famiglia e di Guardia Medica.

In particolare, gli artt. 11 e 12 che disciplinano la istituzione ed il funzionamento dei SAUT producono **confusione e/o commistione tra l'attività svolta dai presidi SAUT e quelle proprie di Guardia Medica**, ora Continuità Assistenziale, laddove si afferma che al medico SAUT spetta di svolgere anche i compiti della Guardia Medica.

Questo comporta che, allo stato, in diversi presidi territoriali soprattutto dell'entroterra regionale, si stanno utilizzando gli stessi operatori per svolgere sia l'attività di Continuità Assistenziale, con compiti di sostituzione del medico di Medicina Generale, che l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Tutto ciò crea confusione e rende tutto il Sistema di Emergenza Sanitaria poco credibile agli occhi degli utenti e degli stessi operatori.

Inoltre, i sopra citati articoli, non definiscono chiaramente l'attività ospedaliera che i medici SAUT devono svolgere nei P.S.A e nei D.E.A. e questo sta determinando solo confusione ed

incomprensioni tra medici territoriali ed ospedalieri, mettendo a serio rischio quella integrazione naturale tra emergenza territoriale ed ospedaliera indispensabile per rendere efficace l'attività di emergenza sanitaria.

Infine, la LR non affronta il problema tecnico-organizzativo della C.O. in particolare sulla disponibilità, in tempo reale, dei posti letto nei DEA.

Un ulteriore momento di difficoltà è fornito dalle "Linee guida per l'organizzazione dei presidi SAUT e Continuità Assistenziale" pubblicate il 22.02.1999 sul BURC n. 11 con le relative piante organiche dei due servizi che, pur concepite in un periodo successivo alla L.R. 2/94, ne sono diretta emanazione e racchiudono in sé tutte le contraddizioni di quella Legge Regionale, in particolare:

1. E' stato determinato un numero troppo elevato sia di SAUT (113 uno per ogni Distretto Sanitario, ivi compresi i PSAUT Capofila) che di medici addetti a tale attività, circa 1600 unità.
2. E' stata effettuata una rideterminazione della dotazione organica della Continuità Assistenziale con una riduzione degli operatori addetti ad essa (da 2600 a 1200 unità) senza una adeguata riflessione circa le reali necessità territoriali.
3. I SAUT attivati, così come previsti dalle "Linee Guida", benché numerosi sul territorio regionale, stanno evidenziando tutti i loro limiti e la loro inadeguatezza ed, in alcuni casi, nonostante un numero congruo di operatori in servizio si registrano pochi interventi di reale Emergenza Sanitaria extra-ospedaliera. Inoltre, i PSAUT aperti al pubblico 24 ore su 24 svolgono, di fatto ed il più delle volte, attività ambulatoriali di Medicina Generale.
4. La medicalizzazione, con uno o due medici della emergenza, di una autoambulanza di tipo "B" non garantisce di per sé un reale soccorso avanzato agli utenti e produce un notevole dispendio di risorse umane.
5. L'attività ospedaliera è svolta, laddove la ASL abbia i presidi ospedalieri necessari per assicurarla ai medici della emergenza, solamente da pochi medici e non da tutti.
6. La formazione professionale specifica e continua dei medici non è assicurata a tutti gli operatori della Emergenza Sanitaria dalle AA.SS.LL.

C) Problematica degli accessi

Il sistema 118 deve essere capace di identificare la domanda, tramite un sistema di codici, e di fornire una risposta qualitativamente adeguata attraverso una intima connessione tra la rete della assistenza territoriale e quella dei presidi ospedalieri dell'Emergenza, al fine precipuo di garantire al cittadino una risposta unica di elevata professionalità alla emergenza sanitaria.

In questo ambito particolare importanza riveste l'accesso a particolari patologie fra cui spiccano, per l'alta frequenza e possibilità di recupero, **le emergenze cardiologiche e cardiocircolatorie/cardiochirurgiche, neurochirurgiche e politraumatiche.**

L'emergenza cardiologica territoriale dovrebbe porsi l'obiettivo di ottimizzare i tempi di:

1. Diagnosi precoce delle sindromi coronariche acute;
2. Valutazione di elegibilità per terapia trombolitica o angioplastica primaria;
3. Allertamento delle strutture ospedaliere di riferimento;
4. Trasporto "protetto", in relazione al rischio di arresto cardiaco in FV o asistolia, edema polmonare acuto, shock cardiogeno, aritmie ipocinetiche, che costituiscono le più frequenti complicanze gravi della prima ora.

Rispetto all'obiettivo dato, sembrano identificabili 4 priorità :

1. La preparazione del personale del 118, mediante corsi BLS e ALS certificati, completati da frequenza sotto forma di guardia attiva in PS, Medicina e Chirurgia d'Urgenza. UTIC, Rianimazione, servizio a bordo di ambulanze.

2. Costituzione di un comitato scientifico per la preparazione dei protocolli operativi.

3. Il potenziamento delle strutture di riferimento cardiologico operanti in Regione per garantire la migliore risposta operativa. A tal proposito tutte le principali società scientifiche concordano nel ritenere che è preferibile attivare pochi centri dipartimentali completi (UTIC, emodinamica, cardiocirurgia, rianimazione), piuttosto che promuovere una frammentazione dell'offerta di emodinamica " non protetta" dalla presenza della cardio-chirurgia. Ciò anche nell'ottica di consentire una adeguata casistica interventistica per equipe: in caso contrario è dimostrato un aumento dei rischi per il malato.

4. La creazione di una sottocentrale cardiologica in stand-by, da collocare presso un centro di eccellenza con idonea casistica di emergenza in termini quali-quantitativi con opportuno organico di cardiologi e di altro personale di supporto con la previsione di dotare un idoneo numero di ambulanze di dispositivi per la trasmissione a distanza alla sottocentrale cardiologia delle immagini elettro e, possibilmente, ecocardiografiche e nel rispetto comunque di una organizzazione del soccorso che garantisca il trasporto nelle sedi appropriate in una tempistica idonea ("golden hour"). In Italia le esperienze di maggiore rilevanza sono in corso presso Milano Niguarda, Firenze Careggi e Bologna 118. In tutte le aree citate è il personale addestrato del 118 a svolgere il soccorso extraospedaliero, eventualmente coadiuvato dai Centri mobili di Rianimazione (con anestesista-rianimatore) nei casi più gravi.

Per dare risposte concrete, oltre che alle emergenze cardiologiche di cui sopra, anche a quelle cardiocirurgiche, neurochirurgiche e politraumatiche e per tentare di risolvere l'annoso problema del reperimento dei posti letto in emergenza relativamente a tali patologie, è necessario individuare delle aree territoriali (bacini di utenza) afferenti per competenza a ciascuna struttura/dipartimento di emergenza, tenendo conto della rete di comunicazione, della ubicazione e della capacità assistenziale (n° interventi e attese) di ciascuna struttura/dipartimento di emergenza. In questo quadro programmatico vanno inseriti anche i posti letto di alta specialità presenti nelle Case di Cura private accreditate.

D) Ridefinizione e superamento dei SAUT

Le finalità del S.A.U.T. previste dalla art. 11 della LR 2/94 vanno riviste alla luce anche della necessità, del resto prevista anche dai CCNNLL di categoria, di separare le funzioni dell'ex guardia medica da quelle dell'emergenza territoriale con una rideterminazione dei rispettivi contingenti di personale.

Il vecchio S.A.U.T. deve trasformarsi quale struttura in attività ventiquattro ore al giorno che deve assicurare al cittadino in casi di urgenza emergenza sanitaria un rapido ed efficace intervento assorbendo così in toto le funzioni dei vecchi PSAUT previsti dalla citata LR 2/94.

Al P.S.A.U.T. competono:

- le funzioni di pronto soccorso attivo medico - chirurgico di base territoriale;
- le funzioni di integrazione del Servizio trasporto infermi.

Presso i Presidi del P.S.A.U.T. deve essere prevista la presenza di infermieri professionali, che possono anche essere utilizzati in attività territoriali per l'assistenza di pazienti che hanno bisogno di interventi terapeutici per i quali non è prevista la presenza medica.

I medici del P.S.A.U.T. svolgono sia attività territoriale che ospedaliera.

L'attività territoriale consiste in:

- a) assicurare il pronto soccorso attivo medico-chirurgico territoriale di base nei locali opportunamente attrezzati per idonei interventi sanitari e percorsi diagnostico-terapeutici, nonché per la osservazione medica breve e per interventi di piccola chirurgia;
- b) rispondere con massima sollecitudine alle chiamate della C.O.;
- c) recarsi, nel più breve tempo possibile, sul luogo in cui è stato richiesto l'intervento;

- d) identificare la gravità della situazione sanitaria;
- e) stabilire la possibilità di trattamento in loco;
- f) richiedere al C.O. il mezzo di trasporto più idoneo;
- g) predisporre, se necessario, il ricovero ospedaliero presso l'ospedale più idoneo a fornire la specifica assistenza sanitaria necessaria al paziente;
- h) fornire notizie sulle condizioni del paziente, direttamente o tramite la C.O., ai sanitari che prenderanno successivamente in cura il caso:
- i) prestare servizio sui mezzi di soccorso, anche avanzato, del S.T.I.;
- l) demandare, in casi di competenza, il trattamento al medico di assistenza primaria o continuità assistenziale.

L'attività ospedaliera consiste nell'inserimento dei medici di P.S.A.U.T. nella organizzazione dei D.E.A. i quali devono svolgere, con assunzione di responsabilità nell'area critica della Medicina e chirurgia di Urgenza-Emergenza, compiti di accettazione e di primo impatto con la utenza, attivazione di procedure diagnostico-terapeutiche, mediante turni di servizio che prevedano la copertura h.24 nelle medesime strutture DEA di I e II livello, al fine di conseguire competenze professionali idonee a mantenere adeguati livelli di addestramento.

L'attività intra-ospedaliera nei D.E.A. e la conseguente responsabilizzazione del medico PSAUT è la componente qualificante della attività di emergenza, in quanto garantisce una continuità assistenziale al paziente ed, al tempo stesso, fornisce al medico una continuità professionale, il cui fine ultimo è omogeneizzare l'assistenza in emergenza con univoci criteri di riferimento sulla base di comuni linee-guida ed efficienti protocolli organizzativi elaborati dalla CO che coinvolga sia la fase territoriale che quella più propriamente ospedaliera.

Le direttive di riorganizzazione dei PSAUT dovrebbero inoltre riguardare i seguenti punti:

- stabilire che spetta alle singole Aziende, sulla base della rete stradale per il rispetto dei tempi di percorrenza previsti a livello nazionale, delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e della rete ospedaliera della emergenza, individuare le sedi PSAUT, prevedendo la dislocazione dei mezzi di soccorso presso ciascun PSAUT e presso i presidi ospedalieri sedi di DEA;
- definire un organico dei PSAUT in base al numero degli interventi da effettuare (l'organico dovrà tener conto dei periodi di aggiornamento professionale obbligatorio, di formazione continua presso i servizi di emergenza ospedaliera e assenze fisiologiche)
- definire univoci protocolli di intervento territoriale;
- codificare il tipo di soccorso avanzato territoriale ed il numero minimo di operatori e mezzi impiegati;
- stabilire la verifica di controllo di qualità degli interventi effettuati per realizzare una continuità terapeutica e per omogeneizzare l'assistenza in emergenza con univoci criteri di riferimento sulla base di comuni linee-guida ed efficienti protocolli organizzativi.

E' necessario attivare, nelle zone ubicate lontane dai DEA, presidi PSAUT aperti al pubblico 24 ore su 24 integrandoli nel modello successivamente descritto di "ospedale di comunità".

In tal modo, queste strutture, opportunamente attrezzate, potranno espletare, oltre i compiti previsti per i vecchi SAUT, anche attività di breve "osservazione medica" e "piccola chirurgia" svolgendo funzioni di Primo Soccorso Territoriale e funzioni di "filtro" rispetto agli attuali PS dei Presidi Ospedalieri.

Inoltre, nei PSAUT la prestazione sanitaria dovrebbe essere organizzata per codici di gravità (triage), con un infermiere ed un medico per turno, poiché le linee guida nazionali stabiliscono tale organico per prestazioni inferiori alle 25.000 per anno.

Questa riorganizzazione ha un suo razionale nell'entroterra regionale dove i Presidi Ospedalieri insistono su di un territorio vasto e geo-morfologicamente difficile.

Diversa la situazione nelle zone urbane, dove esistendo una alta densità ospedaliera, fino a che non si riuscirà a riconvertire tale pletora di ospedali, non bisogna attivare nuovi presidi PSAUT (a meno che non siano frutto della citata riconversione), aperti al pubblico 24 ore su 24, mentre bisogna potenziare le strutture intermedie, i distretti e i poliambulatori con funzioni di filtro e, contemporaneamente, dislocare i mezzi di soccorso avanzato presso i DEA, dove i medici PSAUT dovrebbero svolgere parte del loro monte orario.

Accanto alle postazioni sedi di PSAUT, la cui organizzazione può prevedere numero di mezzi differenti, diversi orari, carichi di lavoro disomogenei (per la necessità di coprire comunque alcune aree a bassa densità di popolazione e accadimento, ma non altrimenti servibili), in aree in cui l'incidenza degli eventi non giustifichi presidi continuativi a gestione diretta, la logica della riorganizzazione dovrà prevedere, come naturale evoluzione del Sistema, l'individuazione di "punti di stazionamento" legati alla necessità di completare ed ottimizzare la copertura del territorio in maniera dinamica e più aderente alle realtà locali. Ovvero la realizzazione di una flessibilità estrema nella copertura del territorio con una maggiore garanzia di tempestività ed efficacia dell'intervento di soccorso.

Tale logica prevede, in una prima fase, una definizione di punti di stazionamento fissi che verrà superata, una volta realizzata la prevista implementazione con la localizzazione satellitare dei mezzi (GPS),. Ciò porterà alla definizione di una rete integrata che vedrà al centro le postazioni, un numero ridotto di punti di fissi a copertura di aree stabilmente "calde" per densità di popolazione e frequenza di accadimenti, ma con un numero elevato di mezzi "itineranti" sul territorio a garanzia "istantanea" di aree temporaneamente a rischio.

Tale meccanismo di garanzia del territorio è reso ancor più adeguato per quanto attiene le fascia ad alta criticità (codici gialli e rossi) dalla possibilità di capacitare istantaneamente i mezzi BLS ad ALS mediante rendez-vous con le automediche e dall'eventuale richiamo al soccorso di ulteriori mezzi avanzati quali i CMR e l'elicottero e dalla possibilità di offrire già con il mezzo BLS dotato di defibrillatore semiautomatico. In tal modo il Sistema acquisterà una solidità clinica ed una flessibilità operativa ottimali sia nella gestione dell'ordinario sia per eventi di massa programmati sia per eventuali maxi emergenze improvvise e quindi non prevedibili.

Questo garantirà al Sistema la possibilità di allocare risorse, per brevi periodi di tempo, in maniera mirata, per esempio in luoghi ove si prevedano concentrazioni, anche momentanee, di cittadini (l'uscita dalle scuole, dalle fabbriche, flussi derivanti da eventi sportivi o sociali di massa , concerti, raduni) o, ancora più dinamicamente, garantendo il pattugliamento di aree ad elevato rischio socio sanitario o coinvolte in flussi di veicoli (esodi) e ritenute a rischio in base alle segnalazioni delle Autorità competenti in una filosofia di presidio del territorio "costruito" sui tempi e modi del territorio stesso e quindi più vicina, al bisogno del cittadino.

Quanto sopra necessita per essere pienamente attuato di una programmazione delle risorse sul territorio che partendo da elementi in qualche modo statici (popolazione da servire, aspetti logistici relativi alle percorrenze ed agli ospedali di riferimento) monitorizzi in modo sistematico e continuo l'incidenza statistica degli eventi .

Ciò al fine di definire il fabbisogno numerico dei mezzi e la tipologia degli stessi con una elasticità tale da "vestire" la realtà del territorio nella interezza dei suoi aspetti dinamici.

Le "Linee Guida" dei SAUT vanno, quindi, riscritte riorganizzando i presidi, le postazioni, i punti di stazionamento, i mezzi di soccorso e ridefinendone i contingenti.

Inoltre, le "Linee Guida" devono **ridefinire il numero di presidi della ex-Guardia Medica**, nonché i contingenti dei medici impegnati nella Continuità Assistenziale **prevedendo, di norma, che le sedi per tali funzioni siano ubicati in comuni o distretti diversi da quelli dove sono presenti PSAUT o DEA.**

F) Ridefinizione della rete degli ospedali di emergenza

Contestuale alla ridefinizione della rete degli ex-SAUT e alla implementazione delle loro funzioni in quelle previste per gli PSAUT, deve essere quella dei presidi ospedalieri addetti alle funzioni di emergenza. In questo senso vanno individuati e ridefiniti i presidi sedi di DEA di 1° e 2° livello con la riconversione degli attuali PSA e l'introduzione del nuovo modello citato di ospedale di comunità.

In sostanza a partire dalla programmazione della rete dell'emergenza, va ridisegnato un nuovo piano ospedaliero regionale che tenga conto della possibilità e dell'opportunità sia dell'apertura di nuove strutture, che della riconversione di quelle esistenti, attraverso una molteplicità di interventi di cui alla legenda che segue da applicare alla proposta di nuovo POR di cui all'allegato 2.

Legenda strutture

DEA 1° = Dipartimento emergenza-accettazione 1° livello

DEA 2° = Dipartimento emergenza-accettazione 2° livello

OE = Ospedale di elezione

OS = Ospedale specialistico

OC = Ospedale di comunità

OR = Ospedale/Presidio di riabilitazione

OL = Ospedale/Presidio di lungodegenza

PSAUT = Presidio di pronto soccorso per l'urgenza territoriale e postazione 118

SAUT = Punto di stationamento 118 fisso o mobile

GM = Presidio di continuità assistenziale, ex Guardia Medica

G) Problematica dei deflussi

La risposta Ospedaliera all'emergenza è attualmente organizzata su diversi livelli di specializzazione: Pronto soccorso attivo, DEA di I e II Livello, Centri di alta specialità.

Il costo di gestione del posto letto è direttamente proporzionato al livello di specializzazione del presidio di emergenza.

L'analisi dei numeri rivela che i centri di emergenza più attrezzati attraggono il maggior numero di utenti, indipendentemente dalla gravità della patologia presentata.

Mentre riteniamo doveroso garantire sempre la prestazione di Pronto soccorso, anche se di livello meno impegnativo, dobbiamo attivarci per riservare i posti letto dei grandi centri per l'emergenza ai pazienti più impegnativi ai quali garantire il massimo dell'attenzione. In pratica, la gran parte delle patologie acute seguite da ricovero, essendo di piccola e media gravità, dovrebbero essere indirizzate nei centri a minore specializzazione per l'emergenza e maggiormente vocati all'elezione.

Ci si dovrà aprire alla nuova cultura di riservare i posti letto dei centri per le grandi emergenze solo a queste.

L'accettazione del paziente in Ospedale tramite il canale del P.S., non sempre dovrà coincidere con la certezza del ricovero nello stesso presidio.

Alla prestazione di pronto soccorso dovrebbe seguire un ricovero di breve osservazione in un ambiente contiguo al pronto soccorso, su letti mobili che ne sottolineano la provvisorietà, la cui durata, in termini di ore, dovrà assicurare un'assistenza attiva garante della più completa diagnostica eseguibile in linea prioritaria, prima della ricollocazione dello stesso paziente nella rete ospedaliera o in altro livello assistenziale appropriato utilizzando un idoneo sistema

di trasporto all'uso dedicato e sulla base di un utilizzo della specifica tipologia di ospedale o di assistenza di cui alla riclassificazione prevista nei precedenti paragrafi.

In sintesi, in attesa che l'ottimizzazione del sistema garantisca ad ogni forma di patologia acuta il proprio livello di assistenza, bisogna affrontare la realtà del posto mobile trasformandolo, vuoi in una opportunità strategica che preveda un percorso che ne qualifichi l'assistenza e garantisca il necessario in tempo reale, vuoi in un momento di intervento terapeutico specializzato destinato alla stabilizzazione della fase acuta.

Al paziente su posto mobile verranno assicurate con priorità tutte le indagini diagnostiche e specialistiche ritenute necessarie. Quando lo stesso verrà affidato ad altro presidio, o ad altro livello di assistenza, porterà con sé il corredo di indagini necessarie al prosieguo delle cure.

I pazienti studiati o stabilizzati sui posti mobili dell'emergenza, così come quelli ricoverati nei reparti di degenza, una volta ottenuta la stabilizzazione della fase acuta, potranno essere affidati anche ad altri livelli di intervento con gradi minori di intensità assistenziale, come ospedali di elezione, presidi intermedi, home care, ospedali di comunità, assistenza domiciliare; in questi tre ultimi casi è necessario il coinvolgimento del medico di medicina generale.

I medici della medicina generale, affiancati nei primi giorni di ricovero domiciliare o nell'ospedale di comunità dal medico ospedaliero, svilupperanno un percorso terapeutico e diagnostico.

La cogestione dello paziente, potrebbe richiamare in causa l'ospedale, in caso di necessità, non obbligatoriamente con il ricovero, ma in alternativa con interventi in regime di day hospital o day surgery.

L'affidamento all'assistenza alternativa rispetto a quella nell'ospedale per acuti deve essere riservata anche, e prevalentemente, a tutti i pazienti ospedalizzati, che conclusa la fase diagnostica, o di stretta vigilanza terapeutica, potranno continuare al proprio domicilio le cure.

La cultura che vuole l'Ospedale tenuto a dimettere pazienti guariti, si dovrà aprire alla possibilità del trasferimento all'assistenza domiciliare, all'home care e all'ospedale di comunità. Anche il potenziamento della recettività del territorio incrementando i posti delle residenze sanitarie assistite per la terza età rientra in questa filosofia gestionale.

All'Ospedale sarà riservata sempre di più la funzione di gestire l'acuzie demandando ad altri ambiti di cura la continuità assistenziale a minore intensità. La promozione e valorizzazione di forme alternative al ricovero per decongestionare gli ospedali leader dell'emergenza necessita comunque di essere accompagnata anche da un aumento di posti letto nelle varie discipline afferenti all'emergenza, riconvertendo quelli, in eccesso, di elezione, ed indirizzando le scelte programmatiche anche verso l'implementazione di strutture e funzioni oggi molto trascurati come i Centri di risveglio.

H) Ospedale di comunità

L'idea di creare una rete di ospedali di comunità per alleggerire il deflusso dagli ospedali per acuti sedi di DEA di 1° o 2° livello, insieme allo sviluppo delle altre forme alternative al ricovero classico sopra descritte, sarebbe in grado di dare una risposta seria non solo alla integrazione, fondamentale, con i distretti e i MMG, ma anche con la capacità di riprogrammare ruolo e funzioni degli attuali PSA, facendo uscire queste strutture dal pericoloso ibrido che li contraddistingue indirizzandoli quindi (a seconda dei bisogni di salute espressi nel territorio di riferimento) o verso la costituzione dei DEA o, viceversa, verso l'integrazione con i servizi territoriali di cui l'ospedale di comunità rappresenta un esempio innovativo utile e molto meno dispendioso. Questo modello rappresenta uno schema

organizzativo assistenziale in regime di residenzialità per patologie cronico degenerative, poiché al di là della patologia che richiede interventi di contenuto medico non complesso, vi sono situazioni sociali particolari. In questi casi è inappropriato il ricorso al ricovero ordinario, ma non è sufficiente l'ADP o l'ADI.

L'ospedale di comunità rappresenta così un ampliamento del servizio territoriale che consente di seguire in strutture di primo livello patologie a rischio di scompenso e a forte disagio sociale, integrando in tal modo l'intervento sociale con quello sanitario.

ALLEGATO 7

tipo str	ISTICODE	NomeIsti	ASL terr	CP_2003	CP_2004	CP_2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	delta costi ricavi 2003	delta costi ricavi 2004	delta costi ricavi 2005	Incidenza % dei ricavi sui costi - 2003	Incidenza % dei ricavi sui costi - 2004	Incidenza % dei ricavi sui costi - 2005
PO	15000300	A.G.P. MARCIANISE - CE1	104	19.519.000,00	21.610.000,00	21.090.000,00	8.373.762,10	8.536.627,68	8.502.122,55	-11.145.238	-13.073.372	-12.587.877	42,90	39,50	40,31
PO	15000400	OSP SAN GIUSEPPE E MELORIO	105	23.206.000,00	25.247.000,00	23.947.000,00	8.979.843,44	9.593.612,99	9.886.672,16	-14.226.157	-15.653.387	-14.060.328	38,70	38,00	41,29
PO	15000500	PO F.PALASCIANO CAPUA - CE	105	18.414.000,00	20.409.000,00	19.135.000,00	7.781.504,83	8.686.549,40	7.758.751,20	-10.632.495	-11.722.451	-11.376.249	42,26	42,56	40,55
PO	15000700	A.G.P. MADDALONI - CE1	104	26.636.000,00	29.349.000,00	28.370.000,00	15.351.103,70	15.495.376,33	15.012.226,50	-11.284.896	-13.853.624	-13.357.774	57,63	52,80	52,92
PO	15000800	A.G.P. PIEDIMONTE - CE1	104	30.606.000,00	34.862.000,00	29.709.000,00	16.965.437,71	15.390.604,29	16.077.707,81	-13.640.562	-19.471.396	-13.631.292	55,43	44,15	54,12
PO	15000900	A.G.P. TEANO - CE1	104	#N/D	8.578.000,00	8.370.000,00		266.660,53	1.763.062,39	#N/D	-8.311.339	-6.606.938	N.D.	3,11	21,06
PO	15001000	PO SAN ROCCO - CE2	105	18.550.000,00	21.875.000,00	22.214.000,00	10.854.574,63	11.954.351,00	12.180.030,78	-7.695.425	-9.920.649	-10.033.969	58,52	54,65	54,83
PO	15001200	A.G.P. SAN FELICE - CE1	104	16.765.000,00	19.117.000,00	18.397.000,00	8.671.513,70	9.109.354,38	8.774.160,55	-8.093.486	-10.007.646	-9.622.839	51,72	47,65	47,69
PO	15001300	PO S.G.MOSCATI AVERSA - CE2	105	49.676.000,00	55.003.000,00	55.250.000,00	25.533.906,99	27.574.821,24	27.764.970,05	-24.142.093	-27.428.179	-27.485.030	51,40	50,13	50,25
PO	15003100	OSP SAN GIOVANNI DI DIO - BN	103	8.699.000,00	9.304.000,00	10.298.000,00	3.338.998,07	3.847.893,62	4.584.108,38	-5.360.002	-5.456.106	-5.713.892	38,38	41,36	44,51
PO	15003600	OSP SS.MARIA DELLE GRAZIE -	103	15.203.000,00	16.005.000,00	16.541.000,00	9.908.618,55	9.981.523,47	9.296.510,68	-5.294.381	-6.023.477	-7.244.489	65,18	62,37	56,20
PO	15003900	PO INCURABILI	106	43.893.000,00	32.159.000,00	44.637.000,00	10.731.511,81	11.455.430,44	11.908.359,26	-33.161.488	-20.703.570	-32.728.641	24,45	35,62	26,68
PO	15004101	PO LORETO MARE + PSI NAPOLI	106	58.734.000,00	73.386.000,00	79.220.000,00	33.944.184,70	34.380.199,81	34.921.233,98	-24.789.815	-39.005.800	-44.298.766	57,79	46,85	44,08
PO	15004300	PO ASCALESI	106	43.893.000,00	53.536.000,00	55.379.000,00	19.024.315,47	19.424.830,35	20.048.817,67	-24.868.685	-34.111.170	-35.330.182	43,34	36,28	36,20
PO	15004600	CENTRO TRAUMATOLOGICO OR	106	59.175.000,00	59.984.000,00	64.677.000,00	13.967.986,21	15.685.406,55	16.373.273,17	-45.207.014	-44.298.593	-48.303.727	23,60	26,15	25,32
PO	15005000	PO DEI PELLEGRINI	106	62.704.000,00	72.860.000,00	85.803.000,00	22.901.339,26	25.811.096,98	22.915.718,11	-39.802.661	-47.048.903	-62.887.282	36,52	35,43	26,71
PO	15005100	OSPEDALE SANTA MARIA DI LO	106	13.505.000,00	-	#N/D				-13.505.000	0	#N/D	N.D.	N.D.	N.D.
PO	15005200	PO SAN PAOLO + PSI LORETO C	106	55.287.000,00	70.792.000,00	78.685.000,00	26.418.238,70	26.425.492,84	26.161.751,21	-28.868.761	-44.366.507	-52.523.249	47,78	37,33	33,25
PO	15005500	OSP DELLA SS ANNUNZIATA	106	26.210.000,00	31.126.000,00	34.278.000,00	9.079.992,14	10.775.743,87	9.852.329,45	-17.130.008	-20.350.256	-24.425.671	34,64	34,62	28,74
PO	15005600	PO S.LEONARDO - NA5	110	79.078.000,00	78.534.000,00	87.168.000,00	28.870.788,98	29.090.620,94	28.687.408,16	-50.207.211	-49.443.379	-58.480.592	36,51	37,04	32,91
PO	15005700	OSP CIVILE S. GIOVANNI DI DIO	108	37.268.000,00	32.410.000,00	42.501.000,00	14.250.770,01	16.742.537,45	17.972.554,00	-23.017.230	-15.667.463	-24.528.446	38,24	51,66	42,29
PO	15005800	OSP SAN GIULIANO - NA2	107	33.951.000,00	27.619.000,00	29.229.000,00	15.355.517,84	16.368.486,26	16.706.113,69	-18.595.482	-11.250.514	-12.522.886	45,23	59,27	57,16
PO	15006000	OSP CIVILE TORRE ANNUNZIATA	110	18.433.000,00	29.580.000,00	32.801.000,00	13.864.645,23	13.264.698,11	12.478.465,64	-4.568.355	-16.315.302	-20.322.534	75,22	44,84	38,04
PO	15006100	PO MARESCA EX CODICE 15006	110	25.180.000,00	42.551.000,00	47.215.000,00	14.010.953,47	15.178.340,79	15.333.045,43	-11.169.047	-27.372.659	-31.881.955	55,64	35,67	32,47
PO	15006200	OSP G. CAPILUPI CAPRI - NA5	110	5.303.000,00	8.178.000,00	9.063.000,00	1.514.525,63	1.457.501,83	1.456.901,97	-3.788.474	-6.720.498	-7.606.098	28,56	17,82	16,08
PO	15006400	PO S. MARIA DELLA PIETA - NA4	109	53.689.000,00	55.983.000,00	57.149.000,00	23.421.214,33	18.329.920,03	18.421.001,08	-30.267.786	-37.653.080	-38.727.999	43,62	32,74	32,23
PO	15006600	OSP CAV RAFFAELE APICELLA -	109	32.772.000,00	33.772.000,00	34.742.000,00	14.651.630,44	14.397.128,29	3.362.309,31	-18.120.370	-19.374.872	-31.379.691	44,71	42,63	9,68
PO	15006801	PSA SORRENTO + VICO - NA5	110	15.575.000,00	26.661.000,00	56.923.000,00	23.208.582,01	24.418.542,06	23.927.848,42	7.633.582	-2.242.458	-32.995.152	149,01	91,59	42,04
PO	15006900	OSPEDALE DE LUCA E ROSSANO		16.144.000,00	24.623.000,00	#N/D				-16.144.000	-24.623.000	#N/D	N.D.	N.D.	N.D.
PO	15007000	OSP RIZZOLI ISCHIA - NA2	107	24.082.000,00	21.764.000,00	22.372.000,00	6.915.994,76	7.788.504,55	8.937.781,83	-17.166.005	-13.975.495	-13.434.218	28,72	35,79	39,95
PO	15013100	OSP SAN GIOVANNI BOSCO	106	71.575.000,00	92.639.000,00	88.866.000,00	28.427.931,75	33.417.786,40	31.166.834,34	-43.147.068	-59.221.214	-57.699.166	39,72	36,07	35,07
PO	15013200	OSP S.GENNARO	106	52.395.000,00	58.289.000,00	75.126.000,00	24.211.784,20	25.032.611,33	26.976.513,53	-28.183.216	-33.256.389	-48.149.486	46,21	42,95	35,91
PO	15013900	OSP LANDOLFI SOLOFRA - AV2	102	24.474.000,00	24.147.000,00	26.531.000,00	14.123.698,08	15.800.775,92	15.210.750,39	-10.350.302	-8.346.224	-11.320.250	57,71	65,44	57,33
PO	15014000	OSP ARIANO IRPINO - AV1	101	32.340.000,00	31.838.000,00	32.414.000,00	15.330.924,58	15.948.344,46	14.718.753,04	-17.009.075	-15.889.656	-17.695.247	47,41	50,09	45,41
PO	15014100	OSP DI BISACCIA - AV1	101	8.300.000,00	10.393.000,00	10.584.000,00	3.010.906,87	4.156.774,26	3.876.209,63	-5.289.093	-6.236.226	-6.707.790	36,28	40,00	36,62
PO	15015000	OSP S.ANGELO DELL LOMBARDI	101	17.733.000,00	16.253.000,00	16.543.000,00	7.314.528,35	6.286.805,45	6.166.261,79	-10.418.472	-9.966.195	-10.376.738	41,25	38,68	37,27
PO	15015300	PO S.MARIA DELL OLMO CAVA -	111	26.176.000,00	33.845.000,00	34.168.000,00	14.550.523,15	16.826.948,42	17.364.241,40	-11.625.477	-17.018.052	-16.803.759	55,59	49,72	50,82
PO	15015400	PO UMBERTO I - SA1	111	68.593.000,00	73.477.000,00	83.073.000,00	46.035.638,17	47.618.936,59	52.578.395,86	-22.557.362	-25.858.063	-30.494.604	67,11	64,81	63,29
PO	15015800	PO SAN FRANCESCO D ASSISI	112	19.731.000,00	19.482.000,00	37.439.000,00	16.692.053,71	16.958.082,72	17.224.447,16	-3.038.946	-2.523.917	-20.214.553	84,60	87,04	46,01
PO	15015900	PO ANDREA TORTORA - SA1	111	11.165.000,00	12.834.000,00	13.887.000,00	7.894.445,04	8.538.572,65	8.844.677,15	-3.270.555	-4.295.427	-5.042.323	70,71	66,53	63,69
PO	15016000	PO DI POLLA-S. ARSENIO - SA3	113	39.951.000,00	41.828.000,00	43.234.000,00	28.763.962,23	28.640.916,55	28.843.220,35	-11.187.038	-13.187.083	-14.390.780	72,00	68,47	66,71
PO	15016100	PO DELL IMMACOLATA - SA3	113	23.377.000,00	24.285.000,00	25.306.000,00	14.902.989,02	14.722.468,86	15.418.631,38	-8.474.011	-9.562.531	-9.887.369	63,75	60,62	60,93
PO	15016200	PO MARIA SS. ADDOLORATA - S	112	32.431.000,00	31.897.000,00	85.731.000,00	27.466.984,77	27.141.703,29	27.802.543,46	-4.964.015	-4.755.297	-57.928.457	84,69	85,09	32,43
PO	15016300	PO VILLA MALTA - SA1	111	19.889.000,00	19.145.000,00	19.521.000,00	12.767.761,53	12.836.174,13	12.751.721,02	-7.121.238	-6.308.826	-6.769.279	64,20	67,05	65,32
PO	15016400	PO M.SCARLATO SCAFFATI - SA	111	27.222.000,00	31.250.000,00	30.710.000,00	15.784.190,87	16.691.212,96	16.379.498,76	-11.437.809	-14.558.787	-14.330.501	57,98	53,41	53,34
PO	15016500	OSP S.LUCA - SA3	113	50.129.000,00	54.178.000,00	57.156.000,00	39.484.700,16	36.596.800,02	39.089.433,92	-10.644.300	-17.581.200	-18.066.566	78,77	67,55	68,39
PO	15016600	PO S.MARIA SPERANZA - SA2	112	32.386.000,00	31.133.000,00	77.016.000,00	17.918.739,91	18.931.030,65	20.159.521,85	-14.467.260	-12.201.969	-56.856.478	55,33	60,81	26,18
PO	15018300	PO CURTERI MERCATO S.SEVE	112	28.424.000,00	28.454.000,00	53.888.000,00	21.662.473,53	20.767.764,01	21.223.554,20	-6.761.526	-7.686.236	-32.664.446	76,21	72,99	39,38
PO	15018700	PO G.DA PROCIDA - SA2	112	13.321.000,00	12.543.000,00	28.400.000,00	5.182.290,81	5.050.944,41	5.191.988,65	-8.138.709	-7.492.056	-23.208.011	38,90	40,27	18,28
PO	15018900	OSPEDALE CIVILE ALBANO FRAN	CSG	2.827.000,00	2.711.000,00	2.853.000,00				-2.827.000	-2.711.000	-2.853.000	N.D.	-	-
PO	15019100	OSP S.M.DELLE GRAZIE - POZZI	107	42.068.000,00	45.279.000,00	47.668.000,00	26.800.438,84	30.123.595,23	33.738.587,28	-15.267.561	-15.155.405	-13.929.413	63,71	66,53	70,78
PO	15038700	OSP DI ROCCADAPIDE - SA3	113	11.934.000,00	13.067.000,00	13.976.000,00	8.398.618,89	8.709.209,04	8.282.901,24	-3.535.381	-4.357.791	-5.693.099	70,38	66,65	59,27
PO	15040400	OSP CIVILE DI AGROPOLI - SA3	113	-	7.381.000,00	17.650.000,00		3.203.930,68	7.028.214,03	0	-4.177.069	-10.621.786	N.D.	43,41	39,82

tipost r	ISTICODE	NomeI STI	ASL terr	2003	2004	2005	POSTI LETTA	
PO	15000300	15000300	A.G.P. MARCIANISE - CE1	104	3	2	3	88
PO	15000400	15000400	OSP SAN GIUSEPPE E MELORIO - C	105	2	2	3	89
PO	15000500	15000500	PO F.PALASCIANO CAPUA - CE2	105	3	3	3	72
PO	15000700	15000700	A.G.P. MADDALONI - CE1	104	4	4	4	145
PO	15000800	15000800	A.G.P. PIEDIMONTE - CE1	104	4	3	4	189
PO	15000900	15000900	A.G.P. TEANO - CE1	104		0	2	22
PO	15001000	15001000	PO SAN ROCCO - CE2	105	4	4	4	111
PO	15001200	15001200	A.G.P. SAN FELICE - CE1	104	4	3	3	62
PO	1,5E+07	15001300	PO S.G.MOSCATI AVERSA - CE2	105	4	4	4	216
PO	15003100	15003100	OSP SAN GIOVANNI DI DIO - BN	103	2	3	3	35
PO	15003600	15003600	OSP SS.MARIA DELLE GRAZIE - BN	103	5	5	4	113
PO	15003900	15003900	PO INCURABILI	106	2	2	2	106
PO	15004101	15004101	PO LORETO MARE + PSI NAPOLI ES	106	4	3	3	247
PO	15004300	15004300	PO ASCALESI	106	3	2	2	165
PO	15004600	15004600	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTO	106	2	2	2	169
PO	15005000	15005000	PO DEI PELLEGRINI	106	2	2	2	163
PO	15005100	15005100	OSPEDALE SANTA MARIA DI LORE	106				-
PO	15005200	15005200	PO SAN PAOLO + PSI LORETO CRIS	106	3	2	2	193
PO	15005500	15005500	OSP DELLA SS ANNUNZIATA	106	2	2	2	92
PO	15005600	15005600	PO S.LEONARDO - NA5	110	2	2	2	274
PO	15005700	15005700	OSP CIVILE S. GIOVANNI DI DIO - N	108	2	4	3	127
PO	15005800	15005800	OSP SAN GIULIANO - NA2	107	3	4	4	124
PO	15006000	15006000	OSP CIVILE TORRE ANNUNZIATA -	110	6	3	2	131
PO	15006100	15006100	PO MARESCA EX CODICE 150067-	110	4	2	2	149
PO	15006200	15006200	OSP G. CAPILUPI CAPRI - NA5	110	2	1	1	18
PO	15006400	15006400	PO S. MARIA DELLA PIETA - NA4	109	3	2	2	153
PO	15006600	15006600	OSP CAV RAFFAELE APICELLA - NA	109	3	3	0	123
PO	15006801	15006801	PSA SORRENTO + VICO - NA5	110	6	6	3	225
PO	15006900	15006900	OSPEDALE DE LUCA E ROSSANO					-
PO	15007000	15007000	OSP RIZZOLI ISCHIA - NA2	107	2	2	2	82
PO	15013100	15013100	OSP SAN GIOVANNI BOSCO	106	2	2	2	314
PO	15013200	15013200	OSP S.GENNARO	106	3	3	2	211
PO	15013900	15013900	OSP LANDOLFI SOLOFRA - AV2	102	4	5	4	132
PO	15014000	15014000	OSP ARIANO IRPINO - AV1	101	3	4	3	151
PO	15014100	15014100	OSP DI BISACCIA - AV1	101	2	2	2	54
PO	15015000	15015000	OSP S.ANGELO DEI LOMBARDI - A	101	3	2	2	70
PO	15015300	15015300	PO S MARIA DELL OLMO CAVA - SA	111	4	3	4	145
PO	15015400	15015400	PO UMBERTO I - SA1	111	5	5	5	401
PO	15015800	15015800	PO SAN FRANCESCO D ASSISI - S	112	6	6	3	134
PO	15015900	15015900	PO ANDREA TORTORA - SA1	111	6	5	5	60
PO	15016000	15016000	PO DI POLLA-S. ARSENIO - SA3	113	6	5	5	260
PO	15016100	15016100	PO DELL IMMACOLATA - SA3	113	5	5	5	152
PO	15016200	15016200	PO MARIA SS. ADDOLORATA - SA2	112	6	6	2	231
PO	15016300	15016300	PO VILLA MALTA - SA1	111	5	5	5	101
PO	15016400	15016400	PO M SCARLATO SCAFATI - SA1	111	4	4	4	160
PO	15016500	15016500	OSP S.LUCA - SA3	113	6	5	5	287
PO	15016600	15016600	PO S.MARIA SPERANZA - SA2	112	4	5	2	141
PO	15018300	15018300	PO CURTERI MERCATO S.SEVERIN	112	6	6	2	158
PO	15018700	15018700	PO G.DA PROCIDA - SA2	112	2	3	1	86
PO	15018900	15018900	OSPEDALE CIVILE ALBANO FRAN	ESCANO				2
PO	15019100	15019100	OSP S.M.DELLE GRAZIE - POZZUOL	107	5	5	6	244
PO	15038700	15038700	OSP DI ROCCADASPIDE - SA3	113	6	5	4	57
PO	15040400	15040400	OSP CIVILE DI AGROPOLI - SA3	113		3	2	30

LEGENDA:

0= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è inferiore al 10%
1= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è compresa tra 10 e 20%
2= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è compresa tra 20 e 40%
3= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è compresa tra 40 e 50%
4= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è compresa tra 50 e 60%
5= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è compresa tra 60 e 70%
6= Presidi in cui la % dei ricavi sui costi è maggiore di 70%

2003	COD. 2=	13	13
	COD. 3=	10	
	COD. 4=	11	
	COD. 5=	5	
	COD. 6=	9	
		48	
2004	COD. 0=	1	17
	COD. 1=	1	
	COD. 2=	15	
	COD. 3=	11	
	COD. 4=	7	
	COD. 5=	11	
	COD. 6=	4	
		50	
2005	COD. 0=	1	23
	COD. 1=	2	
	COD. 2=	20	
	COD. 3=	10	
	COD. 4=	10	
	COD. 5=	6	
	COD. 6=	1	
		50	

LEGENDA

 **PRESIDI CON % DI COPERTURA INFERIORI AL 40% E N. P.L. <12**

Allegato 8

❖ **Ticlopidina**

❖ **Clopidogrel**

❖ **Eritropoietina e nuove preparazioni:**

- **darbepoetina α**
- **epoetina α**
- **epoetina β**

❖ **Fattori di crescita dei leucociti:**

- **filgrastim**
- **lenograstim**
- **molgramostim**

❖ **Interferoni:**

- **Interferone alfa 2 ricombinante**
- **Interferone alfa 2b ricombinante**
- **Interferoni alfa-2 e alfa-2b pegilati**
- **Interferone n1 linfoblastoide**
- **Interferone alfa naturale alfa-n3 (leucocitario)**
- **interferone alfacon-1**
- **lamivudina**

ALLEGATO 8 BIS

Consumo Farmaci SSN						
PHT Campania Anni 2004 - 2005						
Erogati Attraverso Farmacie Convenzionate						
Principi Attivi	UNITA ANNO 2004	UNITA ANNO 2005	VALORE SSN ANNO 2004	VALORE SSN ANNO 2005	DDD x 1000 AB. RES. ANNO 2004	DDD x 1000 AB. RES. ANNO 2005
CAMPANIA	1.184.870	1.189.743	96.962.777,36	88.177.921,90	103,53	106,71
L02BB03 BICALUTAMIDE	36.075	35.366	12.705.622,81	12.234.924,00	10,04	9,84
B01AB05 ENOXAPARINA	307.230	343.366	9.841.234,14	10.539.065,05	17,61	19,87
B02BD02 FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	15.587	11.186	13.437.958,09	10.428.377,95	0,18	0,11
B01AB06 NADROPARINA	293.289	285.565	8.792.292,54	8.405.215,29	15,19	14,78
N05AH03 OLANZAPINA	42.138	38.905	4.546.036,75	4.177.538,03	5,00	4,68
N06DA02 DONEPEZIL	24.943	28.350	2.760.306,19	3.099.893,48	4,33	4,95
B01AC04 CLOPIDOGREL	38.827	47.392	2.470.033,22	2.982.739,36	6,18	7,58
H01AC01 SOMATROPINA	13.033	9.670	3.536.490,52	2.552.611,80	0,67	0,49
B01AB08 REVIPARINA	44.798	43.500	2.874.956,86	2.529.252,14	6,59	6,57
B03XA01 ERITROPOIETINA	22.823	18.552	2.227.494,75	1.984.920,46	0,73	0,62
N05AX08 RISPERIDONE	23.709	18.045	2.445.187,23	1.837.643,91	3,17	2,43
B01AB07 PARNAPARINA	60.827	67.428	1.677.853,43	1.652.912,13	2,74	3,05
B03XA02 DARBEPOIETINA ALFA	10.292	6.727	2.278.993,48	1.608.156,37	0,82	0,57
J05AB11 VALACICLOVIR	14.263	11.688	1.864.146,25	1.501.905,37	0,57	0,47
L03AB10 PEGINTERFERONE ALFA-2B	6.470	5.479	1.528.143,93	1.393.205,37	0,42	0,39
L04AA05 TACROLIMUS	9.434	8.423	1.630.349,05	1.362.852,41	0,56	0,48
G03GA05 FOLLITROPINA ALFA	2.479	2.727	1.364.137,22	1.354.520,18	0,15	0,11
L02AE04 TRIPTORELINA	6.174	5.413	1.462.425,27	1.291.767,46	1,27	1,14
N06DA03 RIVASTIGMINA	10.766	11.648	1.118.690,78	1.194.775,13	1,26	1,37
N05AH04 QUETIAPINA	32.902	22.875	1.200.266,14	1.188.754,07	1,31	1,26
L02AE02 LEUPRORELINA	6.445	4.546	1.606.535,00	1.149.502,30	1,40	1,03
B02BD03 ATTIVITA' DI BYPASS DELL'INI	1.890	840	2.313.945,88	1.028.420,40	0,00	0,00
L03AB11 PEGINTERFERONE ALFA-2A	6.241	2.995	2.037.894,63	965.855,96	0,24	0,12
B02BD04 FATTORE IX DI COAGULAZIONE	974	1.246	757.214,58	950.755,28	0,02	0,02
B02BD09 NONACOG ALFA	322	784	342.507,90	874.476,14	0,00	0,00
H01CB02 OCTREOTIDE	1.918	1.837	1.044.392,21	827.280,06	0,12	0,10
L04AA13 LEFLUNOMIDE	7.250	8.862	619.800,31	755.230,82	1,22	1,51
G03GA06 FOLLITROPINA BETA	3.519	3.721	648.300,70	753.142,55	0,09	0,10
H01BA02 DESMOPRESSINA	36.425	36.653	721.629,66	743.489,02	16,28	16,15
L03AA02 FILGRASTIM	6.412	5.269	891.091,75	720.573,51	0,02	0,02
L03AA10 LENOGRASTIM	5.142	4.257	732.602,80	597.640,65	0,02	0,02
N06DA04 GALANTAMINA	4.447	5.356	457.535,81	558.497,90	0,68	0,87
H01CB03 LANREOTIDE	652	569	596.721,41	520.932,35	0,09	0,10
L02AE03 GOSERELIN	2.335	1.491	818.740,78	483.317,70	0,64	0,39
N05AH02 CLOZAPINA	20.461	18.810	476.348,31	440.434,06	0,91	0,85
J05AF05 LAMIVUDINA	4.050	3.727	384.448,30	348.918,74	0,21	0,20
B01AB12 BEMIPARINA	886	7.943	39.339,67	343.335,82	0,14	1,16
A10AE04 INSULINA GLARGINE	13	3.798	779,77	288.026,89	0,00	0,58
B01AB04 DALTEPARINA	10.930	9.146	362.678,76	287.142,25	0,68	0,55
L03AB05 INTERFERONE ALFA-2B	1.115	1.142	208.126,07	246.876,08	0,06	0,07
L04AA10 SIROLIMUS	487	398	279.177,84	221.284,45	0,04	0,03
L02BB01 FLUTAMIDE	11.231	9.081	291.475,60	212.688,00	0,64	0,51
L03AA13 PEGFILGRASTIM	0	121	0,00	194.938,67	0,00	0,01
A16AA01 LEVOCARNITINA	3.682	10.050	63.299,32	172.840,87	0,21	0,57
L03AB01 INTERFERONE ALFA NATURALE	4.280	2.661	299.365,68	166.176,25	0,05	0,03
G03GA02 GONADOTROPINA UMANA DELLA ME	1.670	1.234	202.083,42	146.722,35	0,24	0,18
V03AC01 DEFEROXAMINA	2.385	2.418	139.311,66	130.036,52	0,03	0,02
J05AB14 VALGANCICLOVIR	39	56	82.612,92	119.030,86	0,01	0,01
L02AE01 BUSERELINA	660	394	126.154,89	74.699,94	0,11	0,07
L03AB04 INTERFERONE ALFA-2A	4.598	2.043	159.562,59	70.671,82	0,05	0,02
G03GA04 UROFOLLITROPINA	2.456	1.095	122.233,52	66.974,62	0,04	0,02
V03AF03 CALCIO FOLINATO	9.739	8.154	75.013,66	61.880,84	0,05	0,04
A10BG03 PIOGLITAZONE	0	1.016	0,00	58.354,83	0,00	0,15
N06BA07 MODAFINIL	610	560	59.158,90	53.661,42	0,03	0,03
N07BB04 NALTREXONE	2.375	1.574	64.483,22	42.847,32	0,13	0,09
A10BG02 ROSIGLITAZONE	0	859	0,00	40.271,63	0,00	0,12
H01CA01 GONADORELINA	370	252	59.419,91	40.247,79	0,07	0,05
L03AB07 INTERFERONE BETA-1A	74	32	34.223,08	39.516,01	0,00	0,01
L01XX14 TRETINOINA	71	74	21.030,06	21.598,42	0,01	0,01
G03BA03 TESTOSTERONE	1.929	1.686	28.246,33	17.351,69	0,19	0,15
J06BB01 IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	211	190	7.798,61	8.959,48	0,00	0,00
L03AB09 INTERFERONE ALFACON-1	312	304	8.056,52	7.578,84	0,00	0,00
V03AF01 MESNA	59	110	1.403,54	2.576,18	0,00	0,01
L03AX13 GLATIRAMER ACETATO	0	1	0,00	1.269,65	0,00	0,00
R05CB13 DORNASE ALFA (DESOSSIRIBONUC	5	3	1.202,55	721,53	0,00	0,00
P01CX01 PENTAMIDINA ISETIONATO	2	3	48,93	71,85	0,00	0,00
N07BC02 METADONE	114	77	109,90	71,61	0,00	0,00
B02AB03 C1-INIBITORE	21	0	13.669,60	0,00	0,00	0,00
L03AA03 MOLGRAMOSTIM	4	0	382,16	0,00	0,00	0,00

Consumo Farmaci SSN			
PHT Campania 1° Semestre 2006			
Erogati Attraverso Farmacie Convenzionate			
Principi Attivi	UNITA 1 SEM 2006	VALORE SSN 1 SEM 2006	DDD x 1000 AB. RES. 1 SEM 2006
CAMPANIA	614.805	40.271.853,18	53,85
B01AB05 ENOXAPARINA	190.731	5.875.661,24	10,99
B01AB06 NADROPARINA	158.612	4.589.610,38	8,21
L02BB03 BICALUTAMIDE	13.997	4.538.784,88	3,80
B02BD02 FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	4.682	4.381.207,42	0,04
N05AH03 OLANZAPINA	15.380	1.589.900,31	1,82
B01AC04 CLOPIDOGREL	23.656	1.464.455,92	3,81
N06DA02 DONEPEZIL	13.492	1.451.953,02	2,37
B01AB08 REVIPARINA	20.701	1.349.771,45	3,23
H01AC01 SOMATROPINA	3.828	981.436,52	0,20
B01AB07 PARNAPARINA	35.982	965.829,33	1,64
B03XA02 DARBEPOIETINA ALFA	3.619	807.830,63	0,29
N05AX08 RISPERIDONE	7.876	793.201,02	1,08
B03XA01 ERITROPOIETINA	6.586	760.723,48	0,28
J05AB11 VALACICLOVIR	5.433	687.163,01	0,22
N05AH04 QUETIAPINA	10.881	627.429,05	0,67
L04AA05 TACROLIMUS	3.848	609.666,27	0,22
G03GA05 FOLLITROPINA ALFA	1.414	564.113,90	0,07
L02AE04 TRIPTORELINA	2.272	545.498,49	0,49
N06DA03 RIVASTIGMINA	5.297	534.840,88	0,64
L02AE02 LEUPRORELINA	1.865	478.834,08	0,44
H01BA02 DESMOPRESSINA	20.011	450.208,01	8,30
L03AB11 PEGINTERFERONE ALFA-2A	1.432	446.554,60	0,06
A10AE04 INSULINA GLARGINE	5.777	426.936,50	0,80
B02BD04 FATTORE IX DI COAGULAZIONE	539	424.220,43	0,01
L03AB10 PEGINTERFERONE ALFA-2B	1.625	412.441,57	0,12
B02BD09 NONACOG ALFA	356	397.696,05	0,00
L04AA13 LEFLUNOMIDE	4.047	339.982,98	0,70
B02BD03 ATTIVITA' DI BYPASS DELL'INI	239	292.610,09	0,00
H01CB02 OCTREOTIDE	788	283.745,91	0,03
G03GA06 FOLLITROPINA BETA	1.423	277.486,58	0,04
L03AA10 LENOGRASTIM	1.978	272.879,47	0,01
N06DA04 GALANTAMINA	2.270	232.031,63	0,37
H01CB03 LANREOTIDE	205	187.994,43	0,05
N05AH02 CLOZAPINA	8.344	182.212,11	0,37
L03AA02 FILGRASTIM	1.321	177.960,90	0,00
B01AB12 BEMIPARINA	3.967	174.576,02	0,60
L02AE03 GOSERELIN	547	171.904,01	0,14
J05AF05 LAMIVUDINA	1.765	162.576,36	0,09
L03AA13 PEGFILGRASTIM	97	152.126,41	0,01
A10BG03 PIOGLITAZONE	2.221	125.466,50	0,33
B01AB04 DALTEPARINA	3.592	110.415,31	0,22
L03AB05 INTERFERONE ALFA-2B	569	101.371,51	0,03
L02BB01 FLUTAMIDE	4.421	97.992,87	0,25
J05AB14 VALGANCICLOVIR	47	97.810,65	0,01
L04AA10 SIROLIMUS	184	95.162,87	0,03
A16AA01 LEVOCARNITINA	4.963	83.859,81	0,29
L03AB01 INTERFERONE ALFA NATURALE	1.193	76.934,45	0,01
G03GA02 GONADOTROPINA UMANA DELLA ME	647	76.656,44	0,09
A10BG02 ROSIGLITAZONE	1.188	52.504,73	0,16
V03AC01 DEFEROXAMINA	1.026	50.642,76	0,01
G03GA04 UROFOLLITROPINA	561	45.384,06	0,02
L03AB04 INTERFERONE ALFA-2A	1.045	39.656,35	0,01
N06BA07 MODAFINIL	342	32.203,28	0,02
V03AF03 CALCIO FOLINATO	3.882	29.055,74	0,02
L02AE01 BUSERELINA	170	23.377,57	0,02
H01CA01 GONADORELINA	128	20.138,29	0,02
N07BB04 NALTREXONE	632	16.862,07	0,03
L01XX14 TRETINOINA	43	12.302,86	0,00
G03BA03 TESTOSTERONE	742	7.630,96	0,07
J06BB01 IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	108	5.490,15	0,00
L03AB07 INTERFERONE BETA-1A	2	3.223,68	0,00
L03AB09 INTERFERONE ALFA-CON-1	105	2.581,08	0,00
J05AD01 FOSCARNET	17	849,64	0,00
V03AF01 MESNA	6	138,84	0,00
N07BC02 METADONE	88	85,36	0,00
L03AX13 GLATIRAMER ACETATO	0	0,00	0,00
P01CX01 PENTAMIDINA ISETIONATO	0	0,00	0,00
R05CB13 DORNASE ALFA (DESOSSIRIBONUC	0	0,00	0,00