



MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Campania per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Riferimento: Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro della Regione Campania (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Rif. Prot.: CAMPANIA-150-26/01/2012-0000019-A
CAMPANIA-150-23/03/2012-0000129-A
CAMPANIA-150-09/05/2012-0000163-A
CAMPANIA-150-19/12/2011-0000368-A

Oggetto: Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania con integrazioni e modifiche. (rif. 19A26/01/2012)

Nota prot. 2075/C del 22.03.2012 - Linee Guida Atti Aziendali (rif. 129-A del 23/03/2012)

Nota prot. 3219/C del 09.05.2012 - Linee Guida Atti Aziendali (rif. 163-A del 09/05/2012)

Bozza linee guida per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania (rif. 368/A del 19.12.2011)

Parere:

Con prot. n. 19 del 26/01/2012 la Regione ha provveduto ad inviare la bozza dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Campania contenente modifiche ed integrazioni rispetto all'analogo documento inviato con prot. n. 368 del 19/12/2011.

Con riferimento al provvedimento così modificato si formulano le seguenti osservazioni relative ai paragrafi sottoelencati.

SEZIONE I

Par. 5.4 "Formazione continua"

Al quinto capoverso viene previsto, (anche nella nuova versione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende sanitarie della Regione Campania), che il piano formativo annuale venga finanziato "secondo le norme contrattuali e dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome". Si chiede di conoscere come si concilia tale previsione con quanto stabilito in materia nel Programma Operativo 2011 - 2012, in particolare, nella parte in cui si afferma che "A decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dalle Aziende sanitarie per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50% della spesa sostenuta nel 2009 (ex art. 6 DL 78)";

Par.7 "Relazioni sindacali"

Al terzo capoverso, l'articolo stabilisce che "L'atto aziendale descrive le competenze, le procedure ed i termini della informazione, consultazione, contrattazione e concertazione interna ed esterna". Tale previsione si concretizza attraverso "Il regolamento delle relazioni sindacali". Poiché le prerogative sindacali sono stabilite dai CCNL, conformemente a quanto stabilito dal D.Lgs. 150/2009, come modificato e integrato dal D.lgs. 141 /2011, dovrebbe essere aggiunta tale specifica nel corpo dell'articolo in questione.

SEZIONE II

Par. 8.1 "Programmazione".

Non è sufficientemente esplicitato il collegamento tra gli atti di programmazione pluriennale e gli atti di programmazione annuale, né risulta sufficientemente esplicitata la necessaria, preventiva analisi di compatibilità tra gli atti di programmazione aziendale e quelli regionali. Inoltre, nell'ambito dei documenti pluriennali di programmazione non viene fatto alcun richiamo al "piano della performance" di cui al D. Lgs 27 ottobre 2009 n. 150.

Par. 8.2 Controllo di Gestione e budget.

Il budget viene semplicisticamente, e non correttamente, definito come "sistema di documenti" senza fare alcun richiamo al "ruolo" che le attività di budgeting hanno nel più ampio processo di programmazione e gestione aziendale.

SEZIONE III

Par. 11.2 "Contenuti dell'atto aziendale".

Poiché le linee guida si applicheranno anche all'IRCCS "G. Pascale", andrebbe tenuto conto nel presente articolo e nell'intero documento, della presenza di una Direzione scientifica e di un Direttore scientifico. Nel presente articolo, ad esempio, la Direzione Scientifica va richiamata nei riguardi dell'organizzazione, subarticolazione, funzioni attribuite al Direttore scientifico, modalità di conferimento di responsabilità e deleghe, etc. Andrebbero, inoltre, richiamate le peculiarità dell'attività di ricerca. (In allegato, si potrebbero esplicitare le problematiche organizzative e gestionali delle attività di ricerca, la loro ricaduta sulle attività cliniche, il consenso informato, il Comitato etico, la gestione dei dati sensibili, il rapporto con le case farmaceutiche o con i promotori di attività di ricerca, la gestione dei fondi della ricerca).

Con riferimento alla prevista definizione nell'atto aziendale delle strutture operative nonché dei coordinamenti e delle posizioni organizzative deve restare inteso che il numero complessivo sia delle strutture complesse che di quelle semplici non potrà comunque essere superiore a quello risultante dai parametri definiti da parte del Comitato Lea.

E' opportuno eliminare l'anno di riferimento dei Programmi Operativi, al fine di permettere il riferimento ai Programmi Operativi vigenti.

SEZIONE IV

Par. 12.6 - 12.8 "Direttore sanitario – Direttore amministrativo – Collegio di direzione".

Nel Collegio di direzione è opportunamente presente il Direttore sanitario di presidio (al pari del responsabile amministrativo di presidio). Dovrebbero essere chiarite, al riguardo, responsabilità e funzioni facenti capo al Direttore sanitario aziendale piuttosto che al Direttore di presidio (ad es. la protezione dalle radiazioni ionizzanti all'interno del presidio ospedaliero dovrebbe essere di competenza del Direttore di presidio e non del Direttore aziendale).

Par. 12.9 "Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni".

Nel caso delle Aziende ospedaliero universitarie non è prevista la rappresentanza della componente universitaria.

Par. 12.10 "Comitati e Commissioni aziendali".

Si ricorda che il Comitato per l'ospedale senza dolore è stato modificato dall'articolo 6 della legge n. 38 del 15 marzo 2010, con il passaggio al nuovo progetto "Ospedale - Territorio senza dolore"; a ciò è seguito l'Accordo tra il Governo e le Regioni del 28 ottobre 2010, *sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n.*

38. Pertanto, si ritiene opportuno che questo aspetto venga ridefinito, tenendo conto della suddetta normativa e anche di quanto previsto dall'*Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale*, non prevedendo quindi nuovi "Comitati senza dolore" in sede ospedaliera, ma prevedendo piuttosto un diverso modello organizzativo integrato ospedale-territorio, nel quale la terapia del dolore viene garantita tramite 3 livelli organizzativi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e il presidio ambulatoriale territoriale (gestito da team di MMG e altre figure professionali) realizzando così le reti regionali contro il dolore acuto e cronico. Va chiarito, inoltre, se dalla costituzione dei comitati ivi previsti possano derivare nuovi o maggiori oneri a carico dei bilanci aziendali.

Par. 12.12 "Ufficio Relazioni con il Pubblico"

La figura del mediatore culturale ivi prevista non è contemplata dall'ordinamento del personale del SSN;

Par. 12.13 "Unità Organizzativa Gestione rischio clinico e Controllo qualità" e Par. 12.14 "Servizio prevenzione e protezione"

Va chiarito se le funzioni ivi previste, rispettivamente, "risk manager" e "responsabile servizio prevenzione e protezione", da collocare in staff alla direzione strategica, corrispondano alla responsabilità di specifiche strutture;

SEZIONE V

Par. 13 "Acquisti di beni e servizi e programmazione e gestione delle attrezzature"

Il contenuto del paragrafo deve essere reso coerente con la programmazione regionale sulla quale si resta ancora in attesa della risposta al parere 136-P

Par.15 "Attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali e relative modalità di valutazione".

Occorre coordinare il disposto del penultimo e dell'ultimo comma in merito al conferimento di altri incarichi in assenza di valutazione.

Va aggiunta una previsione conforme all'articolo 1, comma 18 del D.L. 138 del 2011, che stabilisce che *"Al fine di assicurare la massima funzionalità e flessibilità, in relazione a motivate esigenze organizzative, le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono disporre, nei confronti del personale appartenente alla carriera prefettizia ovvero avente qualifica dirigenziale, il passaggio ad altro incarico prima della data di scadenza dell'incarico ricoperto prevista dalla normativa o dal contratto. In tal caso il dipendente conserva, sino alla predetta data, il trattamento economico in godimento a condizione che, ove necessario, sia prevista la compensazione finanziaria, anche a carico del fondo per la retribuzione di posizione e di risultato o di altri fondi analoghi"*.

SEZIONE VI

Par. 16.1 "Distretto"

Si chiede di conoscere se l'ufficio socio-sanitario ivi previsto corrisponda ad una struttura operativa (Semplice o complessa).

Par.16.2 "Forme organizzative del distretto"

Il documento fa riferimento, in alcuni casi, al "Dipartimento tossicodipendenze" (pag. 45), laddove lo stesso documento prevede, più correttamente, l'istituzione di un Dipartimento delle Dipendenze. Si rileva positivamente l'integrazione delle attività del distretto, attraverso uno specifico richiamo alla non autosufficienza ed agli anziani fragili, nonché la realizzazione di programmi di integrazione dei servizi sociali e sanitari. Si ribadisce che queste azioni dovranno trovare indicazioni sia rispetto all'ambito territoriale che alle strategie di coordinamento e *governance* della rete delle cure primarie, anche rispetto agli aspetti di informatizzazione.

Par.16.4 “Dipartimenti”

L'atto aziendale indica che la creazione del Dipartimento “trova ragion d'essere quando serve a razionalizzare...i rapporti tra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili”, viene in tal modo “ribaltata” la logica secondo cui è dalla natura e tipologia delle unità operative che deriva la creazione del dipartimento. Non vengono, inoltre, indicate, assieme alle unità complesse, le unità semplici dipartimentali come strutture componenti il dipartimento.

Par.16.5 “Tipologie di Dipartimenti”.

Il numero delle UOC non appare in linea con gli standard definiti dal Comitato Lea.

I criteri individuati per l'individuazione dei dipartimenti appaiono alquanto generici e pertanto si ritiene vadano meglio specificati in rapporto anche alla situazione esistente, tenuto conto che la creazione di nuovi dipartimenti determina l'insorgere di maggiori oneri a carico del bilancio aziendale;

Par. 16.5 bis “Aree interdipartimentali organizzativo-funzionali”.

Tali aree vanno meglio descritte, eventualmente anche con esempi: appare generico il riferimento al “pieno dispiegamento” del Governo clinico, non chiaro il richiamo alle “funzioni sanitarie emergenti”; viene previsto che siano possibili solo tra più Presidi ospedalieri all'interno della stessa azienda: non è chiara tale limitazione, non si evince da chi dipendano da un punto di vista funzionale ed eventualmente gerarchico, se e come venga individuato e nominato il coordinatore o referente o responsabile.

Par.16.6 “Direttore di dipartimento”.

Non si prevede che il Direttore che “gestisce il budget del Dipartimento” (nel caso dei dipartimenti strutturali) partecipi alla sua negoziazione. Non viene esplicitata tra le attività/funzioni del direttore di Dipartimento quella relativa al “deployment” degli obiettivi dipartimentali sulle singole Unità componenti il dipartimento stesso

Par.16.7 “Comitato di dipartimento”

I componenti di diritto andrebbero specificati, differenziando il caso della Azienda ASL da quello dell'Azienda ospedaliera, Ospedaliero Universitaria ed IRCCS. Nel caso delle aziende ospedaliere, ad esempio, non è adeguatamente rappresentata la figura tecnico sanitaria (intendendo le professioni sanitarie) che dovrebbero preferibilmente avere un loro referente dipartimentale in grado di coordinare tutte le attività articolate all'interno delle differenti U.O. Analogamente, Università ed Irccs hanno le loro peculiarità.

Sarebbe opportuno indicare la tempistica con cui si riunisce il Comitato di Dipartimento per evitare che le Aziende, nei propri regolamenti, prevedano riunioni saltuarie o troppo diluite nel tempo, rendendo di fatto il Comitato privo delle funzioni che sono richiamate nelle linee guida. Non viene previsto, tra i compiti del comitato, l'individuazione della rosa dei candidati a direttore di Dipartimento da presentare al Direttore Generale.

16.11 “Dipartimento Integrato delle Emergenze”.

Nell'art.16.5 si fa riferimento al Dipartimento Integrato, nell'art.16.11 al Dipartimento Strutturale integrato, in ogni caso viene chiarito che si tratta di dipartimenti che stabiliscono interazioni solo nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

Tuttavia, potrebbero esserci altri casi, oltre al DIE per l'emergenza: lo stesso Dipartimento di salute mentale, in molti casi, prevede al suo interno U.O. facenti parte di un' ASL ed U.O (vedi SPDC) facenti parte di un'azienda ospedaliera.

Se il DIE è un dipartimento interaziendale va meglio chiarita la modalità di nomina del Direttore, quando è riportato che "è nominato dal DG dell'Azienda competente".

Va anche chiarito l'impatto delle disposizioni concernenti l'istituzione dei DIE rispetto alla situazione attuale.

Par. 16.12. "Sanità penitenziaria".

Le Linee guida prevedono la possibilità, e in alcuni casi l'obbligo, di articolare l'attività su un numero, forse eccessivamente elevato, di unità operative. In particolare, quando nel territorio dell'azienda sanitaria insista una struttura carceraria con un numero di detenuti superiore a 500, a fronte dell'indicazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 di istituire "idonea struttura", le Linee guida prevedono l'istituzione di tutte le seguenti UU.OO:

- UO Tutela salute in carcere (a livello aziendale)
- Servizio medicina penitenziaria distrettuale (a livello distrettuale)
- UO salute mentale penitenziaria (all'interno del dipartimento salute mentale)
- UO dipendenze patologiche penitenziaria (all'interno del dipartimento delle dipendenze).

Si fa inoltre presente che il citato DPCM 1 aprile 2008, stabilisce espressamente (articolo 6) che l'applicazione dello stesso decreto non può comportare oneri a carico della finanza pubblica superiori all'ammontare delle risorse complessivamente trasferite al SSN; in tale quadro va precisato se la struttura organizzativa prevista possa essere attuata con le risorse trasferite per effetto del predetto DPCM. Inoltre, con specifico riferimento ai medici incaricati ex legge 740/1070, il DPCM in questione stabilisce che tale personale continui ad essere disciplinato da tale legge fino alla scadenza dei relativi rapporti di lavoro; pertanto non si giustifica l'espressione "e nelle more dell'adozione di ulteriori indirizzi relativi alla tipologia di inquadramento e attribuzione di funzioni" contenuta a pag 57.

Par. 16.13 "Integrazione Sociosanitaria Aziendale e Rapporti con gli ambiti territoriali sociali".

Il documento prevede la figura di "responsabile del coordinamento sociosanitario che, in funzione di staff alla direzione strategica, supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema sociosanitario"; non sono precisate, tuttavia, le caratteristiche dell'incarico e come vi si acceda.

Si ribadisce, ad ogni modo, quanto precisato nei paragrafi 12.13 e 12.14.

Par. 16.15 "Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie".

Va meglio chiarita l'istituzione nelle Aziende sanitarie (e se sia prevista anche in quelle ospedaliere e negli IRCCS) dei 4 Servizi delle professioni sanitarie, anche alla luce della loro subarticolazione in 4 settori (professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione, delle altre professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione).

Se ne ricavano 16 settori per azienda che sembrano pletorici e sicuramente costosi in termine di personale assegnato, di cui va comunque chiarita la consistenza numerica, la modalità di individuazione, etc.

A tale riguardo, si chiede:

- la tipologia di aggregato dei Servizi, ovvero se si configurino come aggregazione di altre strutture o come struttura singola e, dunque, quale sia il numero globale di dirigenti delle professioni sanitarie previsti, e se trattasi di strutture semplici o complesse;
- il tipo di articolazione organizzativa prevista per i settori;
- le specifiche competenze del settore Formazione universitaria e le eventuali previsioni ad esso relative previste nei protocolli d'intesa Regione-Università.

Si prevede l'istituzione dei predetti servizi senza alcun riferimento alle modifiche compensative della dotazione organica di cui all'articolo 8, comma 2, del CCNL dirigenza SPTA del SSN 17/10/2008.

Inoltre, il documento specifica che la Regione "si riserva di integrare le presenti linee guida con gli indirizzi per la costituzione dei Servizi Sociali Professionali delle aziende sanitarie, all'atto dell'emanazione delle norme regionali sulle modalità di attribuzione delle funzioni di direzione delle attività dell'area professionale dei servizi sociali"; tuttavia, a pagina 61, si fa cenno alle modalità di conferimento dell'incarico "dei direttori dei servizi delle professioni sanitarie e sociali".

SEZIONE VII

Preliminarmente si osserva che nelle sezioni precedenti vengono previsti uffici di staff della Direzione generale (Formazione continua, Controllo di gestione, Sistema informativo, Rischio clinico, SPP, Servizio professioni sanitarie, Comunicazione, URP) che non sono consentiti dall'art. 4, comma 4, del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 e s.m.i., secondo cui alle amministrazioni pubbliche "... è fatto divieto di istituire uffici di collaborazione posti alle dirette dipendenze dell'organo di vertice dell'ente".

Nel S.S.N., pertanto, ciascun dirigente deve appartenere ad un profilo professionale e ad una disciplina, laddove prevista, e deve far capo a strutture organizzative (dipartimenti, strutture complesse) dirette e/o coordinate da altro dirigente contrattualizzato secondo il CCNL.

Par. 17 "Articolazioni Interne delle Strutture Operative"

Fermo restando quanto precisato con riferimento ai parametri standard per le strutture semplici e complesse (punto 11.2), va chiarito l'impatto in termini organizzativi dei criteri previsti nel paragrafo in esame rispetto alla situazione attuale.

Par. 18 "Criteri e parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative in ambito ospedaliero"

Per quanto riguarda i criteri e parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative in ambito ospedaliero è opportuno precisare che i criteri individuati vanno applicati dopo la definizione dell'assetto complessivo delle strutture, definizione effettuata in base all'applicazione dei parametri standard per l'individuazione quantitativa delle strutture semplici e complesse, nonché nel rispetto della programmazione regionale e, in particolare, della ristrutturazione della rete ospedaliera, secondo quanto stabilito dalla legge 23 dicembre 2009, n.191, art. 2, comma 72, che recepisce il Patto per la salute 2010-2012.

Fermo restando quanto precisato con riferimento ai parametri standard per le strutture semplici e complesse (punto 11.2), va chiarito l'impatto in termini organizzativi dei criteri previsti nel paragrafo in esame rispetto alla situazione attuale.

Par. 18.1 "UOC in ambito ospedaliero"

Nella esplicitazione dei parametri minimi di personale delle UOC si parla di n. 20 unità per le UO di degenza e di n.10 unità per quelle senza posti letto, senza però esplicitare che tali unità di personale possano essere o assegnate direttamente all'unità ovvero messe funzionalmente a disposizione della stessa. Nell'ambito dei criteri ulteriori viene indicato il rapporto tra attività istituzionale e libero professionale che, tuttavia, non può qualificarsi come criterio di valutazione; l'atto di organizzazione, infatti, deve analizzare la funzionalità delle attività istituzionali; il rapporto tra attività istituzionale e professionale è, invece, oggetto della regolamentazione in merito alle modalità di organizzazione dell'attività libero professionale.

In particolare, i "Criteri ulteriori" risultano piuttosto generici e possono ridimensionare in modo eccessivo i "Criteri di ordine prioritario" che, al contrario, risultano individuati in modo più puntuale.

La stessa "Valutazione" dell'attività in termini di complessità della casistica e di efficienza operativa della struttura non è possibile in quanto le Linee guida rinviano ad un successivo atto della struttura commissariale nel quale verranno individuati indicatori comparativi di performance.

Par. 18.2 "UOSD in ambito ospedaliero"

Anche per le UOSD in ambito ospedaliero valgono le stesse considerazioni di cui sopra, in quanto, anche per tali strutture, vengono previsti "Criteri ulteriori" piuttosto generici e si rinvia ad un successivo atto della struttura commissariale.

Par. 18.3 "UOS in ambito ospedaliero"

Per tali strutture non sono previsti criteri ulteriori e, pertanto, i criteri individuati sono meno generici rispetto a quelli per UOC e UOSD ospedaliere, né è previsto il rinvio ad altri atti successivi; ne consegue l'immediata applicabilità dei criteri e dei parametri previsti per le UOS ospedaliere.

Par. 19 "Criteri e parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative in ambito territoriale"

Va precisato al riguardo che i criteri individuati vanno applicati dopo la definizione dell'assetto complessivo delle strutture, definizione effettuata in base all'applicazione dei parametri standard per l'individuazione quantitativa delle strutture semplici e complesse.

A tal proposito è necessario che la normativa regionale riguardante i servizi territoriali, peraltro, citata nelle linee guida proposte, risulti coerente con i contenuti di queste ultime e con i predetti parametri standard.

Pertanto, il parametro standard di 3,5 U.O.C. ogni 100.000 abitanti (con esclusione del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale, del dipartimento delle dipendenze e del DIE) che corrisponde ad una UOC ogni 28.571 abitanti per un totale di 204 UOC in tutta la regione non può essere accoglibile anche se non sono previste più di 6 UOC per dipartimento di prevenzione, 2 UOC per dipartimento di salute mentale, 1 UOC per dipartimento delle dipendenze. Infatti, prevedendo non oltre 1 UOC per DIE, 1 UOC aziendale per la Tutela per la Salute in carcere, 4 UOC aziendali per le professioni sanitarie e 6 UOC per i servizi amministrativi, così come riportato nelle Linee guida, in totale gli atti aziendali individueranno 452 UOC non ospedaliere a fronte di non oltre 431 UOC (comprendenti le S.C. amministrative), numero di ben lunga superiore agli standard definiti dal Comitato LEA in attuazione dell'art.12, comma 1, lettera b) del Patto per la salute 2010-2012.

Di qui la necessità di rendere compatibile il numero massimo di UOC, derivante dal suddetto parametro standard (1 SC ogni 13.515 abitanti), con la normativa regionale e gli stessi contenuti delle linee guida.

Fermo restando quanto precisato con riferimento ai parametri standard per le strutture semplici e complesse (punto 11.2), va chiarito l'impatto in termini organizzativi dei criteri previsti nel paragrafo in esame rispetto alla situazione attuale.

Par. 19.1 "UOC in ambito territoriale"

Va osservato che i "Criteri ulteriori" risultano piuttosto generici e possono ridimensionare in modo eccessivo i "Criteri di ordine prioritario".

Par. 19.2 "UOSD in ambito territoriale"

Per le UOSD in ambito territoriale non sono previsti criteri ulteriori e almeno un criterio individuato è di carattere numerico.

par 19.3 "UOS in ambito territoriale"

Per quanto riguarda le UOS in ambito territoriale i criteri risultano piuttosto generici.

Par.20 "Ambito delle funzioni centrali della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa". Al riguardo si osserva che non sono esplicitati i criteri per la costituzione delle UOS; inoltre non è previsto alcun momento organizzativo di coordinamento delle attività amministrative

Date le caratteristiche delle linee guida, che prevedono determinati criteri per la strutturazione dei servizi, sarebbe opportuno, in sede di relazione di accompagnamento, ipotizzare un impatto organizzativo a seguito dell'applicazione dei criteri stessi in modo da dimostrare la compatibilità dell'assetto che ne deriva con i fondi contrattuali rideterminati a norma della L. n. 122/2010.

Fermo restando quanto precisato con riferimento ai parametri standard per le strutture semplici e complesse (punto 11.2), va chiarito l'impatto in termini organizzativi dei criteri previsti nel paragrafo in esame rispetto alla situazione attuale.

Si richiama l'attenzione sulla necessità che nelle linee guida si faccia riferimento al rispetto di quanto previsto dal d. lgs. 118/2011.

Per quanto riguarda il protocollo 129/2012 del 22.03.2012, con cui si sollecita ai Ministeri affiancanti di rendere un parere sui protocolli 368/2011 e 19/2012, si rileva che la firma in calce alla richiesta formulata è del dott. Coppola, che alla data della stessa, non era più sub commissario della Regione Campania, avendo rassegnato le dimissioni il 20.02.2012.

Visto il parere dell'Agenas,

Visto il parere dell'Ufficio competente del Ministero della Salute

Sentito il Capo Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, tenuto conto che si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia, quanto segue :

SI ESPRIME PARERE NEGATIVO. SI CHIEDONO I CHIARIMENTI, LE INTEGRAZIONI E LE MODIFICHE DI CUI AL TESTO DEL PARERE

Francesco BEVERE
Direttore Generale della programmazione sanitaria

Roma, 28.06.2012

CAMPANIA-DGPROG-28/06/2012-0000236-P