

**Piano attuativo dell'Azienda Sanitaria
Locale Salerno**

**Decreto del Commissario Ad Acta per
il Piano di Rientro del Settore
Sanitario n. 49 del 27.9.2010**

Premessa

Il diritto alla salute, garantito dall'art. 32 della Costituzione, in base ad una rinnovata e moderna rilettura della norma, non impone soltanto allo Stato e a tutti gli organi competenti di prevenire e porre in essere ogni iniziativa che conservi e preservi la salute dei cittadini, bensì, deve concretizzarsi anche nella tutela della persona che, pur avendo perso provvisoriamente o irrimediabilmente la salute, necessita maggiormente della più ampia tutela per garantire l'esercizio di tutti i diritti riconosciuti alla persona, compatibilmente con la propria condizione.

Nel decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 49 del 27.9.2010 c'è una chiara applicazione del principio sopra enunciato con l'intento di dare una nuova organizzazione ai servizi sanitari offerti dalla intera Regione Campania. Detto provvedimento ha dato inizio al processo di revisione della rete ospedaliera ponendosi l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini attraverso, soprattutto, la riduzione delle attività ritenute inappropriate, con la conseguente organizzazione funzionale e operativa delle strutture ospedaliere.

Il decreto 49/2010 è caratterizzato dalla tendenza ad accorpare e integrare, quando le caratteristiche del territorio lo consentano, in un unico presidio più strutture sanitarie. Tutto ciò non corrisponde solo alla logica del risparmio, ma soprattutto a rendere più fruibili le prestazioni offerte raggiungendo un livello qualitativo e riconoscendo maggiori garanzie al cittadino. Infatti, per quanto riguarda la Provincia di Salerno, l'attuale organizzazione ospedaliera presenta notevoli lacune dovute alla inadeguata dotazione di risorse per tutte le unità operative attive sul territorio.

I direttori sanitari, sono spesso chiamati ad assumersi in prima persona responsabilità autorizzando prestazioni aggiuntive e turni massacranti al personale sanitario per riuscire a rendere funzionali reparti che, in base ai budget loro assegnati, non potrebbero continuare a rimanere aperti.

In sintesi, l'attuale situazione della Provincia di Salerno dimostra che, nonostante l'esistenza di numerosi presidi ospedalieri, l'assistenza ai cittadini viene offerta in maniera poco funzionale e poco soddisfacente sia dal punto di vista quantitativo sia dal punto di vista qualitativo, tanto che anche le più qualificate professionalità, presenti nell'Azienda, non riescono a esprimersi e a dare i potenziali risultati a causa di una frammentata ripartizione di risorse sia tecnologiche che umane, utilizzate in modo disorganico. A ciò aggiungasi che l'attuale situazione risponde ad una logica antica e non prevede alcun collegamento strutturale, continuativo e funzionale tra la rete ospedaliera e la rete territoriale che richiede una necessaria rivisitazione per garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte.

Nella formulazione del presente documento si è cercato di conciliare il rigoroso rispetto dei parametri e criteri dettati dal decreto con le esigenze collegate all'impatto sulla cittadinanza che per tradizione e cultura considera eventuali modifiche lesive della incolumità pubblica. Per tale motivo è stato individuato un percorso che garantisca all'Ente e all'utenza tutta, scelte tecnicamente ineccepibili formulate da gruppi di tecnici, di comprovata esperienza in materia sanitaria e già dipendenti interni all'ASL.

Il prioritario obiettivo di evitare inappropriati ricoveri viene, quindi, perseguito con tre percorsi da attuare in maniera sinergica e contestuale:

1. potenziamento dell'assistenza domiciliare attraverso l'istituzione di una struttura centrale che curi tutte le attività di assistenza sanitaria e sociale a coloro che non necessitano di degenza ospedaliera, garantendo così un percorso terapeutico e assistenziale anche con una continuità assistenziale;
2. attivazione di strutture sanitarie di nuova tipologia (SPS e Ospedale di Comunità) e postazioni PSAUT che in sinergia con la rete ospedaliera possano accogliere e fornire le prestazioni di primo soccorso riducendo notevolmente le prestazioni di pronto soccorso dei PP.OO. ai quali oggi si accede, per la maggior parte dei casi, senza necessità non avendo altri riferimenti a cui fare ricorso con celerità; SPS (i piccoli ospedali potrebbero diventare SPS: Castiglione e Scafati).

La novità, in alcuni casi, prevede l'attuazione di modelli assistenziali innovativi, la riconversione di piccoli ospedali non comporterà un vulnus di assistenza, anzi tutt'altro. I Cittadini potranno contare su una rete di assistenza territoriale il cui accesso sarà loro garantito in maniera più rapida e sicura. Dove le condizioni geografiche lo consentiranno verranno allocate strutture polifunzionali per la salute (SPS); si tratta di strutture in grado di raccogliere la domanda sanitaria e consistono in un presidio strategico che può fronteggiare le richieste più frequenti (anche i codici bianchi – urgenze che non comportano imminente pericolo di vita). In queste strutture, funzionanti h 24, saranno ricompresi ambulatori di prime cure e piccole urgenze, coordinamenti di medici di famiglia, sedi PSAUT (emergenza territoriale 118), ambulatori medici specialistici e ambulatori infermieristici. La ratio di tali strutture coincide con la necessità di sottrarre il carico che oggi grava sul pronto soccorso dei PP.OO. Il 90% di accessi al pronto soccorso, su base statistica regionale, risulta collegato a prestazioni che potrebbero essere tranquillamente e meglio effettuate dagli istituendi SPS.

Altra nuova e innovativa tipologia è l'ospedale di comunità recepita dall'esperienza di altre Nazioni e, in particolare, dalla Gran Bretagna, è quella degli ospedali di comunità, dotati di posti letto di tipo residenziale che garantiscono, a fronte di bassi costi, una degenza che comporta la riduzione dei ricoveri impropri negli ospedali, la permanenza del paziente in un ambiente più gradevole e vivibile, con la possibilità di relazionarsi con la famiglia e di essere monitorato clinicamente anche dopo la dimissione.

Inoltre, la previsione dell'hospice rappresenta un grande segnale di attenzione al paziente nello stato terminale e alla famiglia come sostegno psicologico e spirituale, affinché viva la particolare fase della vita con dignità e nel modo meno traumatico e doloroso possibile.

3. riorganizzazione della rete ospedaliera contestualmente con la riorganizzazione della rete dell'emergenza alla quale si è attribuita la massima importanza tanto da sottoporre l'intera bozza della riorganizzazione della rete ospedaliera al vaglio ultimo dei tecnici aziendali esperti in materia di emergenza, al fine di assicurare che ogni modifica prevista per i PP.OO. venisse validata da questi ultimi ai quali sarà sottoposto ogni singolo provvedimento inerente il percorso intrapreso.

Si sottolinea che in data 29.10.2010 è stato sottoscritto atto di preintesa tra l'ASL Salerno e l'AOUI Ruggi d'Aragona, allegato al presente documento, che ai sensi di quanto disposto dal decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.9.2010, individua alcune condizioni che disciplineranno il passaggio delle strutture destinate a diventare plessi dell'A.O.,U.I. di Salerno.

Viene allegata, inoltre, al presente documento anche una bozza nella quale è indicata la nuova configurazione aziendale che rappresenterà, qualora la Regione dovesse esprimere il proprio assenso, il modello base da attuare per rendere funzionale l'intera organizzazione, almeno in una prima fase sperimentale, nella quale si intenderebbe attivare, nell'immediato, i dipartimenti, così come elencati nella bozza di atto organizzativo.

Nella fase attuativa del prospettato riassetto aziendale, si determinerà una conseguente e automatica applicazione delle disposizioni prescritte dal decreto in materia di riduzione delle posizioni di coordinamento e organizzative.

Ad avvenuta acquisizione del pronunciamento favorevole da parte degli organi regionali sarà fornito in dettaglio il piano degli investimenti riguardante in maniera prevalente le tecnologie biomediche ed altri beni mobili la cui disponibilità da parte dell'Azienda renderà operativo il nuovo assetto operativo.

In base ad una preventiva stima i costi ammontano a circa 20.000.000,00 euro senza computare i costi relativi all'O.U. Valle del Sele e gli adeguamenti strutturali da apportare agli immobili aziendali.

I costi relativi all'emergenza, sono sinteticamente quantificati nella parte del documento dedicata all'emergenza.

La nuova configurazione riduce complessivamente i posti letto di 224 unità nel pubblico e di 127 nel privato. Risulta evidente la trasformazione di posti letto per acuti in quelli collegati alla lungodegenza e riabilitazione post acuzie, con un incremento complessivo "per non acuti" di 331 PL egualmente distribuiti tra pubblico e

privato. In termini percentuali la riconversione dei posti letto è più marcata nel privato, con una riduzione dei posti per acuti di circa il 34%, mentre nel pubblico del solo 14%.

ATTUAZIONE PIANO OSPEDALIERO ASL SALERNO

Questo documento è stato elaborato con il contributo dei seguenti tavoli di lavoro:

Tavolo di lavoro n. 2 – Emergenza territoriale e ospedaliera

- Dott.ssa Gerarda Montella
- Dott. Renato Di Marco
- Dott. Giuseppe Basile
- Dott. Domenico Violante

Tavolo di lavoro n. 4 – P.O. Nocera-Pagani

- Dott. Maurizio D'Ambrosio
- Dott. Giovanni D'Angelo
- Dott. Antonio Lucchetti
- Dott. Alfonso D'Arco

Tavolo di lavoro n. 5 - PP.OO. di Scafati, Sarno e Castiglione di Ravello

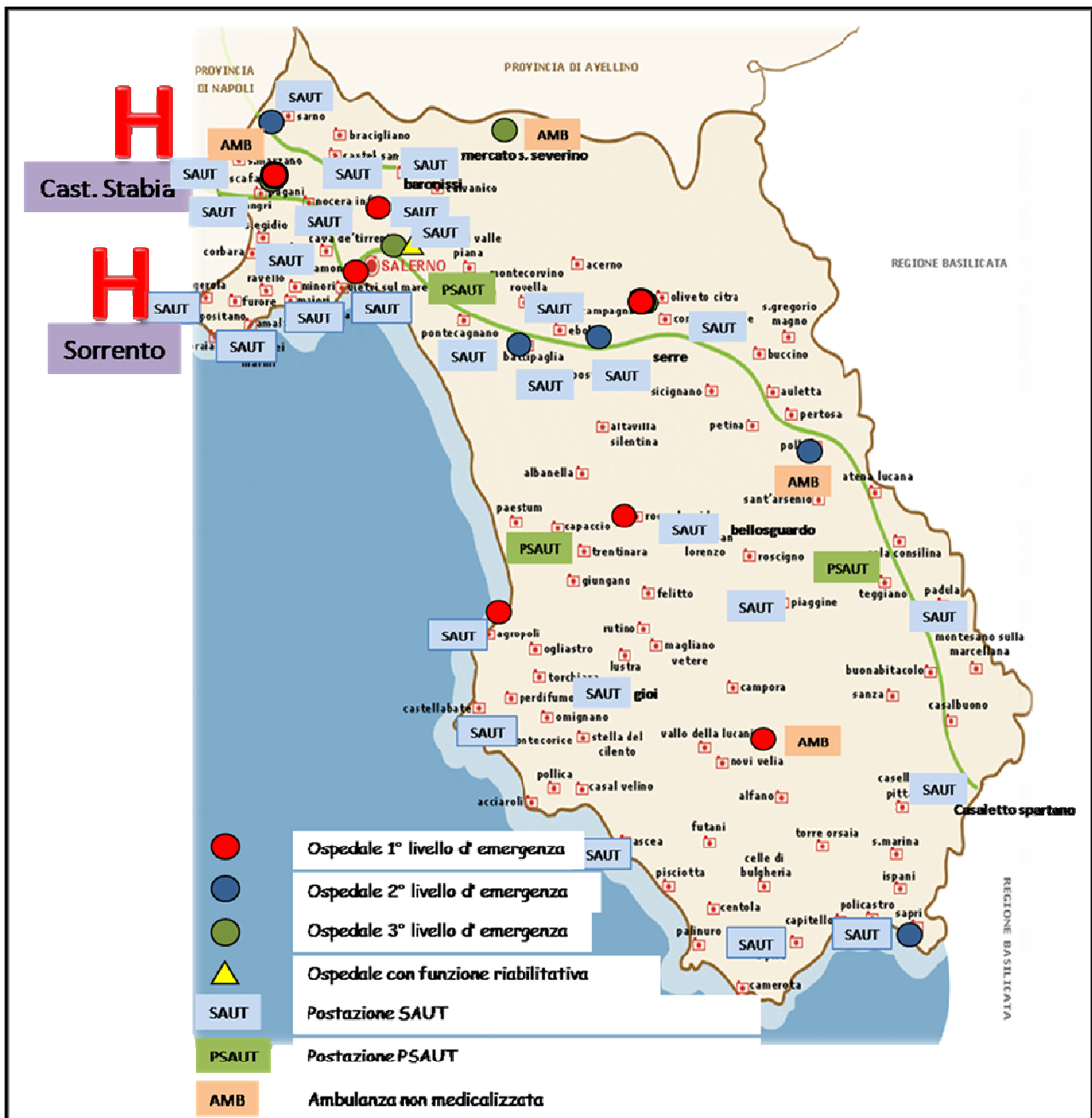
- Dott. Vincenzo Crescenzo
- Dott. Antonio Cuciniello
- Dott. Vincenzo De Paola
- Dott. Alfonso Giordano
- Dott. Domenico Violante

Tavolo di lavoro n. 6 – PP.OO. di Agropoli, Vallo, Polla e Sapri

- Dott. Giovanni D'Angelo
- Dott. Nicola Manzione
- Dott. Pantaleo Palladino

A questi tavoli è stato affidato il compito di predisporre un programma attuativo di quanto previsto dal piano ospedaliero per i presidi di competenza. In considerazione della necessità di dover chiudere i pronto soccorso a seguito di processi di dismissione/riconversione/confluenza di alcuni ospedali, è stato affidato (tavolo n. 2)

il compito di prevedere una riorganizzazione dell'emergenza territoriale che, tenendo conto di questi processi, garantisca il soddisfacimento dei bisogni delle popolazioni interessate.



Riorganizzazione rete ospedaliera

Il piano attuativo è stato elaborato sulla base di quanto previsto dal decreto n. 49 del 28 settembre 2010 del Commissario ad acta della Regione Campania.

Vi è una criticità diffusa, legata alla carenza di risorse umane, in particolare di sanitari (dirigenza e comparto).

Tale situazione ha determinato la necessità, per consentire ai presidi ospedalieri di garantire almeno le loro funzioni essenziali, di ricorrere largamente all'istituto del lavoro straordinario e all'attività libero professionale.

I processi di dismissione, riclassificazione e confluenza consentono di superare, almeno in parte, tale criticità in quanto riducono il fabbisogno di risorse umane. Questo aspetto è particolarmente rilevante in caso di dismissione. Lo è meno in caso di riconversione, in quanto talune risorse umane sono comunque necessarie per garantire la nuova funzione ed altre nuove devono essere acquisite. Anche la fusione produce effetti positivi qualora si associ ad accorpamenti e riduzione di posti letto.

Va inoltre considerato che laddove si chiudano i pronto soccorso occorre prevedere un potenziamento dell'emergenza territoriale e, quindi, disponibilità di risorse umane.

È stato altresì valutata la possibilità di un utilizzo polifunzionale dei servizi diagnostici presenti in queste strutture (per l'emergenza territoriale e le attività distrettuali) e la concentrazione in esse di attività territoriali quali continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale.

L'applicazione del piano va pianificata anche tenendo conto delle caratteristiche del territorio e della capacità di dare risposte delle strutture ospedaliere che fanno parte della rete dell'emergenza. In particolare, per l'area Nord (agro nocerino-sarnese), è pianificata la chiusura dei pronto soccorso di Scafati e di Pagani, mentre i presidi di Mercato S. Severino, Cava dei Tirreni e "Da Procida" diventano plessi dell'Azienda Ospedaliera di Salerno.

La principale criticità è legata alla critica situazione organizzativa e strutturale in cui versa attualmente il pronto soccorso di Nocera in particolare e tutto l'ospedale in generale.

Giova ricordare che Nocera è presidio sede dell'emergenza di III livello, con emodinamica e neurochirurgia. Ospita inoltre molte discipline specialistiche.

La chiusura degli altri pronto soccorso dell'agro può essere pianificata solo dopo aver risolto le criticità di questo ospedale. Tale soluzione passa attraverso il completamento dei lavori del nuovo pronto soccorso e la

delocalizzazione nel Plesso di Pagani di almeno parte delle attività di tipo elettivo, che in questo momento appesantiscono Nocera, condizionando la sua capacità di dare risposte efficienti alla domanda di prestazioni in generale, e di emergenza in particolare.

Riorganizzazione dei Presidi di Cava dei Tirreni, Mercato San Severino, Da Procida.

I plessi dei PP.OO. di Cava dei Tirreni, Mercato San Severino e Da Procida confluiscono nell'Azienda Ospedaliera "Ruggi d'Aragona", ad eccezione della Fisiopatologia Respiratoria, Endocrinologia, Geriatria per il presidio di Cava dei Tirreni che vengono assorbiti dal PO "Villa Malta" e del Servizio di Radiologia e del Laboratorio d'Analisi del PO "Da Procida" che diventano servizi territoriali del Distretto dell'ASL. Tutte le altre loro funzioni, compresa l'attività di Pronto Soccorso, non saranno più di competenza dell'ASL Salerno. Dovrà quindi essere prevista, appena avverrà la formalizzazione del passaggio e la disattivazione dei PP.SS., la sostituzione degli stessi con presidi PSAUT a Cava e a Mercato San Severino.

Struttura Sanitaria di Castiglione di Ravello

La struttura di Castiglione di Ravello passerà all'ASL Salerno e disattiverà completamente tutti i posti letto in essere assicurando esclusivamente una funzione di primo soccorso, i servizi, come già enunciato precedentemente, rimarranno a coprire le esigenze distrettuali. In definitiva si realizza un modello di Struttura Polifunzionale (PSP) con la presenza di attività amministrative, cliniche (specialistica ambulatoriale, materno-infantile), di diagnostica di laboratorio e radiologica. In considerazione delle peculiarità del territorio e delle necessità di tutela della popolazione, pur prevedendo la dismissione dei posti letto e della sala operatoria (e quindi di attività chirurgiche) si garantisce il potenziamento dell'emergenza territoriale (118) con un'organizzazione multidisciplinare del primo soccorso, attraverso l'utilizzo delle stesse risorse al servizio del territorio per attività programmate. Accanto a questo si confermano le risorse professionali già dedicate all'attività di pronto soccorso di Castiglione (medici e infermieri). Si ritiene necessario confermare la figura dell'anestesista che potrà anche essere utilizzato sul territorio in ambulanza o auto medica per operazioni di rendez-vous con ambulanze medicalizzate o non medicalizzate o per trasporti secondari.

Presidio di Sarno “Villa Malta”

Il P.O. Villa Malta di Sarno è configurato, quindi, quale struttura di II livello per la rete dell'emergenza, spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale. In esso confluiranno le unità per acuti provenienti dal PO di Scafati, e il reparto di Fisiopatologia Respiratoria, Endocrinologia e Geriatria proveniente dal PO di Cava dei Tirreni.

Nuova configurazione del P.O. di Sarno

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	totali
CARDIOLOGIA	18	2		20
UTIC	6			6
CHIRURGIA GENERALE	23		2	25
UROLOGIA			2	2
MEDICINA GENERALE	15	2		17
PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	8	2		10
ENDOCRINOLOGIA	4	2		6
GERIATRIA	2			2
OSTETRICA E GINECOLOGIA	23		2	25
PEDIATRIA - NIDO	8	7		15
NEONATOLOGIA	4			4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18		2	20
TERAPIA INTENSIVA	8			8
TOTALE				160

Presidio Ospedaliero di Nocera-Pagani

Il Presidio Ospedaliero A. Tortora di Pagani è riconfigurato quale plesso del Presidio ospedaliero di Nocera. L'ospedale di Nocera si colloca nell'ambito dell'area territoriale dell'agro sarnese nocerino come ospedale specialistico con funzioni di DEA di 3° livello.

Ne deriva che il carico delle prestazioni di Pronto Soccorso per l'Ospedale di Nocera saranno di gran lunga incrementate e pertanto si rende necessario un potenziamento del Pronto Soccorso del plesso di Nocera, insieme ad un potenziamento della capacità di ricovero in emergenza. Questi obiettivi devono essere congruenti sia con la tempistica di disattivazione del pronto soccorso nell'area che col potenziamento dell'emergenza territoriale soprattutto connesso al miglioramento dei tempi di percorrenza.

Gli ospedali di 3° livello devono assicurare le funzioni e i percorsi per le prestazioni di emergenza con più alta qualificazione (esempio: cardiocirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per i grandi ustionati, la stroke unit, il trauma center).

La struttura di Anatomia Patologica del P.O. di Scafati trova naturale collocazione nel plesso di Pagani, dovendo essere, tra l'altro, lo stesso P.O. di Scafati riconvertito in una struttura ad indirizzo riabilitativo.

La struttura disponibile nel plesso di Pagani, all'interno dell'ex piastra di emergenza, è perfettamente aderente a un progetto di *"presa in carico globale"* del paziente neoplastico e alle esigenze dei degenti oncologici ed ematologici e pertanto le unità operative corrispondenti del plesso di Nocera saranno trasferite nel plesso di Pagani. E' prevista la collocazione presso il plesso di Pagani di una terapia intensiva post-operatoria per supportare la chirurgia oncologica e le emergenze dell'ematologia.

Il plesso di Nocera rappresenta il plesso di maggiore dimensioni e la struttura organizzativo funzionale è finalizzata alla gestione dell'emergenza ed alle specialità. In virtù di queste indicazioni il plesso deve presentare una capacità ricettiva di ricovero ordinario connesso alle funzioni di pronto soccorso di 3° livello.

Il Presidio Ospedaliero di Nocera è individuato come:

- **Centro HUB di livello 1 di riferimento per emodinamica interventistica (UTIC con emodinamica interventistica)** ed il PO di Sarno è centro spoke (UTIC senza emodinamica interventistica). Quale Centro Hub di 1° livello è sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli e pertanto devono garantire l'assistenza h 24. Anch'essi sono tenuti ad accettare i pazienti provenienti dai centri spoke o inviati dal 118 nei casi gravi secondo le procedure concordate, anche in assenza di posti letto ed il loro decongestionamento deve avvenire garantendo il ritorno del paziente a cura della struttura con UTIC che ha avviato l'iter diagnostico o territorialmente competente rispetto alla residenza del paziente, ovviamente con garanzie di stabilità del paziente stesso. Il 30% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod. 56) è destinato alla cardiologia riabilitativa. La titolarità delle attività di cardiologia riabilitativa è da attribuire allo specialista cardiologo.

- **Centro HUB di 2° livello di riferimento per l'assistenza del paziente in fase acuta per ictus cerebrale (Stroke Units)** ed il PO di Sarno è centro spoke. Tali unità sono costituite da aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo, che hanno raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica derivante dalla partecipazione ai registri SITS – MOST e SITS – ISTR, dislocate in ospedali in cui è presente una U.O. di Neurologia, con personale adeguato alle necessità, una U.O. di neuroradiologia e una di Neurochirurgia, in esse verrà organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.

Riguardo il **Plesso di Nocera** è previsto:

- Il miglioramento dell'accessibilità e la capacità ricettiva del Pronto Soccorso;
- Trasferimento del pronto soccorso dal plesso di Pagani a quello di Nocera, ivi compreso il personale attualmente in servizio.
- Trasferimento della Medicina d'urgenza del plesso di Pagani al plesso di Nocera e fusione con la Medicina Interna e creazione di una unica struttura di Medicina Generale.

Attualmente sono in fase di attuazione i lavori per la ristrutturazione del nuovo Pronto Soccorso.

RIORGANIZZAZIONE PLESSO DI PAGANI

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	totali
ONCOLOGIA	2	10		12
EMATOLOGIA	10	5		15
DERMATOLOGIA		4		4
CHIRURGIA ONCOLOGICA	10		1	11
TERAPIA INTENSIVA POST-OP	4			4
TOTALE				46

RIORGANIZZAZIONE PLESSO DI NOCERA

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	totali
CARDIOLOGIA	23	1		24
UTIC	8			8
CHIRURGIA GENERALE	21		1	22
MALATTIE INFETTIVE	14	4		18
MEDICINA GENERALE	23	2		25
NEFROLOGIA	9	3		12
NEUROCHIRURGIA	18		2	20
NEUROLOGIA	18	2		20
OCULISTICA	1		4	5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18		2	20
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	26		2	28
OTORINOLARINGOIATRIA	13		2	15
PEDIATRIA	8	7		15
PSICHIATRIA	16			16
UROLOGIA	12		3	15
TERAPIA INTENSIVA	12			12
RIABILITAZIONE	10			10
GASTROENTEROLOGIA	2	4		6
NEONATOLOGIA	10			10
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA		4		4
PNEUMOLOGIA	11	2		13
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8			8
TOTALE				326

O.U. Valle del Sele

La Regione ha provveduto ad individuare la dott.ssa Maria Rosaria Caropreso quale Project Manager per la realizzazione dell'Ospedale Unico Valle del Sele.

Nell'ambito di una fattiva collaborazione e nei limiti delle competenze e dei poteri attribuiti dalla Regione, la Direzione Commissariale, recependo una richiesta informale formulata dalla manager, confida di trasmettere entro il giorno 8.11.2010, il documento attuativo riguardante la Valle del Sele.

Qualora la dilazione del termine di rinvio non dovesse essere accolta, si potrà considerare valida la proposta che la Direzione Commissariale, in via autonoma e precauzionale, ha formulato in un separato documento, al fine di evitare qualsivoglia disagio o danno alla Regione derivante da ritardo nell'adempimento prescritto dal decreto n. 49/2010.

P.O. Polla-Sant'Arsenio

Il Presidio di Polla garantisce, per l'emergenza cardiologica, l'assistenza come centro spoke essendo dotato di **Cardiologia** con U.T.I.C. senza servizio di Emodinamica. Per quanto attiene invece la **Stroke Unit** viene garantita presso il Presidio, dotato di Neurologia, Radiologia con TC e Terapia Intensiva, la prestazione di Hub di I livello.

Nuova configurazione del P.O. di Polla – S.Arsenio

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	<i>Totale</i>
MEDICINA GENERALE	27	2		29
NEFROLOGIA	3	1		4
NEUROLOGIA	13	2		15
PNEUMOLOGIA	14	1		15
GERIATRIA	13	2		15
S.P.D.C.	8			8
PEDIATRIA	6	4		10
CARDIOLOGIA	13	1		14
U.T.I.C.	6			6
TERAPIA INTENSIVA	8			8
CHIRURGIA GENERALE	23		2	25
OCULISTICA	1		4	5
O.R.L.	5		4	9
UROLOGIA	7		3	10
OSTETRICIA	28		2	30
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	23		2	25
<i>TOTALE</i>				228

Struttura Sanitaria di Agropoli

Il Presidio, esce fuori dalla rete dell'emergenza ospedaliera per essere riconvertito "in centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico ed in struttura residenziale per cure palliative (hospice)" in un disegno di integrazione con le strutture di ricovero oncologico così da garantire l'intero percorso dell'assistenza al paziente ed una ulteriore qualificazione.

Per mantenere un punto di primo soccorso verrà ubicata presso il Presidio di Agropoli una struttura PSAUT in h24, coadiuvata, per 8 ore al giorno, da strutture specialistiche ambulatoriali atteso che il Presidio Ospedaliero occupa, già al momento, gli stessi spazi ove è allocato il Distretto.

Presidio Ospedaliero di Sapri

In tale Presidio l'assistenza cardiologica è del tipo spoke così come quella relativa alla stroke unit in quanto priva di U.O. di Neurologia.

Nuova configurazione del P.O. di SAPRI

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	<i>Totale</i>
MEDICINA GENERALE	23	2		25
PEDIATRIA	6	4		10
CARDIOLOGIA	5	1		6
U.T.I.C.	4			4
TERAPIA INTENSIVA	4			4
GASTROENTEROLOGIA				
CHIRURGIA GENERALE	23		2	25
OCULISTICA	1		4	5
UROLOGIA	2		3	5
OSTETRICIA	14		2	16
ORTOPEDIA	18		2	20
<i>TOTALE</i>				<i>120</i>

Presidio Ospedaliero di Vallo Della Lucania

Presso il Presidio di Vallo è previsto un centro hub di I livello per l'emergenza cardiologica in quanto la U.T.I.C. è munita di servizio di emodinamica ed elettrofisiologia, mentre può garantirsi una stroke unit come hub di II livello per l'ictus cerebrale.

Nuova configurazione del P.O. di VALLO DELLA LUCANIA

uu. oo.	Dotazione P.L. Piano Osp.	Day Hospital	Day Surgery	<i>Totale</i>
U.T.I.C.	8			8
TERAPIA INTENSIVA	10			10
MEDICINA GENERALE	33	2		35
NEUROLOGIA	18	2		20
PEDIATRIA	8	7		15
PSICHIATRIA	8			8
RECUPERO E RIABILITAZIONE	20			20
CARDIOLOGIA	25	2		27
ONCOLOGIA	5	10		15
MALATTIE INFETTIVE	13	2		15
CHIRURGIA GENERALE	33		2	35
CHIRURGIA VASCOLARE	6		2	8
NEUROCHIRURGIA	13		2	15
OCULISTICA	5		5	10
UROLOGIA	12		3	15
OSTETRICIA	23		2	25
ORTOPEDIA	18		2	20
ORL	4		2	6
TOTALE				307

ASL Salerno

Piano Ospedaliero decreto commissariale n. 49 del 27/09/2010



RIORGANIZZAZIONE RETE DI EMERGENZA TERRITORIALE

La rete di emergenza territoriale viene rimodulata in virtù del nuovo piano di riconversione/ristrutturazione della rete ospedaliera, in una fase iniziale, verranno posizionati presidi PSAUT nei P.O. in dismissione, nonché nella zona di Salerno Centro e di Capaccio. Ciò allo scopo di ridurre all'utenza il disagio proveniente dalla chiusura totale dei Pronto Soccorso; è previsto dopo il primo periodo di prova un ridimensionamento degli stessi in base ai livelli di attività. Resta inteso che un PSAUT non è un pronto soccorso ma un presidio di primo intervento volto a trattare patologie meno complesse, e alla stabilizzazione e trasferimento dei casi di maggiore complessità ai sensi delle D.G.R.C. 2343/2003 e 1268/09.

E' prevista, come dal decreto 49 27/09/2010, l'istituzione dei DIE (dipartimenti integrati per l'emergenza), programmati per governare tutte le componenti del sistema di emergenza:

1. DIE Salerno 1 interaziendale

1. U.O. Centrale Operativa 118 Salerno (dell'Azienda Ospedaliera);
2. U.O. Emergenza Territoriale ;
3. U.O. P.S. Azienda Ospedaliera;
4. U.O. P.S. P.O. Nocera, Sarno, Valle del Sele;
5. Direttori dei Servizi Infermieristici.

2. DIE Salerno 2 intraziendale

1. U.O. Centrale Operativa 118 Vallo della Lucania;
2. U.O. Emergenza Territoriale;
3. U.O. P.S. P.O. Polla, Vallo della Lucania, Sapri
4. Direttori dei Servizi Infermieristici

Centrale Operativa 118 di Vallo della Lucania

1. Coordina i soccorsi nell'ambito territoriale dell'ex Asl Sa3;
2. 1 Direttore Responsabile, 6 Medici, 1 Coordinatore, 15 Infermieri, 1 Amministrativo, 2 Tecnici tutti dipendenti;
3. Referente aziendale nel proprio ambito territoriale per la Maxiemergenza.

Si prevedono le seguenti tipologie di postazioni:

- Ambulanza non medicalizzata (Autista-Soccorritore, Infermiere Professionale) **tipo B**;
- Ambulanza medicalizzata di soccorso avanzato (Autista-Soccorritore, Infermiere Professionale, Medico Saut) **tipo BM**;

- Centri Mobili di Rianimazione (Autista-Soccorritore, Infermiere-Professionale, Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione) **tipo A**;
 - Auto medicalizzata (Infermiere Professionale, Medico del Saut o Anestesista Rianimatore) tipo **AM**
 - Elicottero sanitario **HEMS**
-
- Le postazioni non medicalizzate (**tipo B**) utilizzano la figura dell'infermiere professionale e dell'autista soccorritore; questo equipaggio addestrato su tecniche di soccorso di base (BLSD – PTC) è in grado di erogare le primissime cure sulla scena, applicare atti medici delegati, di richiedere un pronto intervento dell'auto medica, dell'ambulanza medicalizzata o del Centro mobile di rianimazione, per il prosieguo delle cure mediche a seconda del grado di complessità; inoltre procede al trasporto infermi quando richiesto. Queste postazioni possono essere posizionate in zone ad alta densità abitativa per incrementare la risposta del sistema quando è previsto un alto numero di chiamate e prevedere l'intervento medico solo nei casi in cui si rende necessario. Possono essere utilizzate, altresì, in quelle aree dove la previsione di chiamate è reputata modesta. Si ritiene che l'attivazione contemporanea di ambulanza B in sequenza con Auto medica rappresenti il necessario passaggio ad un sistema ad più alta efficienza e a minor costo rispetto all'esistente.
 - Le postazioni medicalizzate (**tipo BM**) vengono allocate in base a criteri demografici e orografici, impiegate sia in centri urbani ad alta densità che a bassa densità, assicurano una pronta medicalizzazione dell'intervento e quindi anche un'azione di filtro, con trattamento della patologia senza successivo trasferimento in ospedale. Devono assicurare una copertura territoriale il più possibile omogenea, con possibilità di rendez-vous con Ambulanza di tipo A, o auto medica. Laddove la postazione SAUT sia ubicata in un Pronto Soccorso è previsto l'impiego del medico sia nel servizio di pronto soccorso sia nel sistema 118, in modo da supportare il PS in soprannumero in interventi a bassa criticità.
 - Le **Auto mediche** verranno impiegate laddove consentito dal sistema viario in posizione baricentrica tra due o più Ambulanze tipo B, per consentirne la medicalizzazione laddove necessario. Assicurano una risposta efficiente laddove patologie a bassa complessità non richiedono il supporto medico ma il semplice trasporto in ospedale che può essere effettuato da ambulanze B, permettendo di medicalizzare l'intervento solo quando necessario. Operano in rendez-vous con altri mezzi sanitari. Intervengo preferibilmente su codici Rossi.
 - Postazioni rianimative **tipo A**: l'impiego del centro mobile di rianimazione si rende necessario in virtù del notevole aumento dei tempi di percorrenza successivo all'organizzazione tipo Hub and Spoke per le patologie traumatiche, cardiologiche e neurologiche. Può fornire supporto, laddove

richiesto, alle ambulanze B e BM, effettuare trasporti secondari per patologie ad elevata complessità pervenute ai PSAUT. È opportuno prevederne l'utilizzo nell'esteso ambito territoriale compreso tra Agropoli e Roccadaspide. Si prevedono inoltre nei P.O. di 2° e di 3° livello (Nocera Inferiore, Sarno, Valle del Sele-Eboli, Polla, Vallo della Lucania).

- Elicottero **HEMS**: può effettuare interventi primari o secondari in rapporto alle aumentate richieste operative conseguenti alla dismissione di alcuni presidi ospedalieri. Rende possibile una rapida centralizzazione dei pazienti. È necessario realizzare elisuperfici idonee anche al volo notturno per garantire un'operatività h24: in tal modo l'HEMS avrà un ruolo centrale nel sistema di emergenza, cessando di essere uno strumento accessorio come attualmente risulta. L'utilizzo in soccorso primario a supporto dei mezzi, medicalizzati o non, permette l'operatività su tutto il territorio provinciale ed in particolare nelle aree più remote ed a bassa incidenza di eventi, aree sguarnite da presidi sanitari ad alta efficienza. Per cui è prevista la costruzione di due elisuperfici atte al volo notturno in prossimità dei presidi di Castiglione di Ravello, e di Roccadaspide il cui costo stimato ammonta a 1.200.000 cadauna.
- **Ubicazione**
 1. **Psaut n. 9 (6 nel DIE Sa1 e 3 nel DIE Sa 2)**
 - 1.1.1. Scafati, Cava de' Tirreni, Mercato San Severino, Salerno via Vernieri, Eboli, Oliveto Citra, Roccadaspide, Capaccio Scalo, Agropoli;
 - 1.1.2. Per ogni Psaut è prevista una dotazione di 12 Medici Dipendenti, 18 Infermieri Dipendenti e 2 Ambulanze con Autista-Soccorritore, una di tipo BM ed una di tipo B;
 2. **Saut n. 21 (14 nel DIE Sa1 e 7 nel DIE Sa2)**

Sarno, Angri, Nocera Inferiore, Nocera Superiore, Praiano-Positano, Maiori, Castiglione, Baronissi, Giffoni Valle Piana, Pontecagnano, Battipaglia, Campagna, Buccino, Serre, S.M. di Castellabate, Ascea, Palinuro, Policastro, Piaggine, Padula, Teggiano;

Ogni Saut prevede una dotazione organica di 6 Medici Dipendenti, 6 Infermieri Professionali, 1 Ambulanza tipo BM con Autista-Soccorritore;
 3. **Ambulanze tipo B n. 17 (8 nel DIE Sa1 e 9 nel DIE Sa2)**

Pagani, S. Valentino Torio, Vietri sul Mare, Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3, Acerno, Bellizzi, Aquara, Omignano, Salento-Fasano, Gioi, Marina di Camerota, Montano Antilia, Vallo della Lucania, Sapri, Sala Consilina, Caselle in Pittari;

Ambulanza, Autista-Soccorritore ed Infermiere Professionale;
 4. **Automediche n. 3 (tutte nel DIE Sa 1)**

Pagani, Eboli, Mercato San Severino

Personale medico Saut o Anestesista Rianimatore ed Infermiere Professionale
Dipendente

5. Ambulanze CMR n. 6 (3 nel DIE Sa1 e 3 nel DIE Sa2)

Nocera Inferiore, Sarno, Valle del Sele-Eboli, Polla, Agropoli-Roccamare, Vallo della Lucania con equipaggio costituito da Anestesisti-Rianimatori e Infermieri Professionali Dipendenti forniti a rotazione dalle U.O. di Emergenza (Rianimazione, Utic, Pronto Soccorso, Centrale operativa, Sala Operatoria);

A Salerno è attiva un'Ambulanza Rianimativa dell'Azienda Ospedaliera;

Una parte dei rianimatori su ambulanza A o AM, potranno essere distolti dal attività ordinarie non critiche in ospedale, e quindi in contemporaneo servizio ospedale/118 .

Si prevede l'integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale per il trattamento delle patologie di minore gravità.

Tuttavia in corso d'opera, per migliorare l'economicità del sistema e l'ottimizzazione delle risorse, si prevede una riduzione progressiva del fabbisogno di medici, incrementando il numero di mezzi non medicalizzati in rapporto alle reali richieste e all'effettivo numero di interventi delle postazioni. Per raggiungere tale obiettivo è necessario prevedere un monitoraggio con cadenza trimestrale della rete onde intervenire in itinere per gli aggiustamenti necessari.

Si prevede un piano di formazione certificata di alto profilo atta a permettere ai medici e agli infermieri dedicati all'emergenza, l'acquisizione di competenze specifiche. Già da molti anni nel nostro paese sono attivi processi formativi che sono volti, basandosi su conoscenze già patrimonio dei sanitari e dei parasanitari, per permettere l'acquisizione di protocolli operativi internazionalmente riconosciuti volti ad accorciare i tempi di reazione in emergenza, a ridurre la carica di stress degli operatori e in definitiva a migliorare le performance dei soccorritori. Inoltre operando con protocolli standardizzati si permette un serio controllo di qualità degli interventi. La proposta di un piano formativo rivolto indifferentemente, ma in maniera modulare a tutti gli operatori coinvolti nelle emergenze ma anche a coloro che occasionalmente possano essere coinvolti nelle emergenze, propone la costituzione di un centro di formazione permanente in emergenza che progressivamente potrà rispondere alle necessità formative aziendali.

Tale centro si occuperà dell'organizzazione di corsi teorico-pratici, con una forte valenza formativa e con una grande propensione al lato pratico, avendo come attenzione il Sapere, cioè la standardizzazione delle conoscenze, il saper fare alla divulgazione e strutturazione delle manualità suddette, e del saper essere cioè curare le capacità di reazione durante le urgenze.

Ci sembra quindi necessario ribadire fin dall'inizio come sia mandatario assicurare il reclutamento dei formatori inizialmente con soggetti che già effettuano formazione in emergenza secondo linee guida unificate da società scientifiche accreditate a livello internazionale.

Questi corsi utilizzano schemi didattici già pienamente validati da società scientifiche nazionali ed internazionali.

Si basano su:

- Un ridotto ruolo delle lezioni teoriche frontali a beneficio di tecniche formative innovative prevalentemente pratiche
- Ridotto numero di allievi per corso e basso rapporto istruttore. In modo da garantire pienamente l'apprendimento e l'acquisizione di un corretto metodo di lavoro
- Utilizzo di tecnologie multimediali e di manichini appositamente progettati per la formazione interattiva, in modo da contestualizzare le manovre in scenari di simulazione
- Valutazione in itinere e finale, in modo da avere la certezza dell'apprendimento ed offrire agli allievi un forte strumento di autovalutazione e una serietà di conduzione.

Il costo di un progetto di formazione che prevede la costituzione del centro di formazione e l'effettuazione dei corsi di formazione si basa su un prezzo stimato di circa 700 euro ad allievo, che può essere quantificato in un costo totale di circa 395.000 euro

BOZZA ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

**DI SEGUITO VIENE INDICATA LA BOZZA DI ORGANIZZAZIONE MINIMA
DELL'AZIENDA**

Presidi Ospedalieri e strutture sanitarie

P.O. Nocera-Pagani

P.O. Sarno

P.O. U. Valle del Sele (Rocccaspide, Eboli, Battipaglia e Oliveto Citra)

P.O. Vallo della Lucania

P.O. Polla-Sant'Arzenio

P.O. Sapri

Struttura sanitaria Castiglione di Ravello

Struttura sanitaria di Scafati

Struttura sanitaria Agropoli

DISTRETTI SANITARI

- Distretto Sanitario Angri- Scafati
- Distretto Sanitario Saeno-Pagani
- Distretto Sanitario Nocera
- Distretto Sanitario Cava dei Tirreni-Costa d'Amafi
- Distretto Sanitario Mercato San Severino
- Distretto Sanitario Salerno
- Distretto Sanitario Pontecagnano – Giffoni Valle Piana
- Distretto Sanitario Battipaglia
- Distretto Sanitario Eboli
- Distretto Sanitario Oliveto Citra
- Distretto Sanitario Capaccio-Rocccaspide-Agropoli
- Distretto Sanitario Vallo della Lucania
- Distretto Sanitario Polla Sant'Aresenio
- Distretto Sanitario Sala Consilina
- Distretto Sanitario Sapri/Camerota

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Dipartimenti di tipo strutturale ASL SALERNO

Individuazione dei Dipartimenti Aziendali

L'Azienda fonda la propria organizzazione dipartimentale individuando i seguenti dipartimenti che si conformano ai principi di efficienza, efficacia, responsabilità operativa, omogeneità delle funzioni, indicati nell'atto di indirizzo regionale.

- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento delle Dipendenze
- Con direzioni sanitarie e amministrative U.O. complesse

Dipartimento di Emergenza

Il modello dipartimentale, che anticipa il riordino del sistema di emergenza – urgenza su base regionale, è organizzato sulla base del D.P.R. 27 marzo 1992 e delle linee guida nazionali approvate in sede di intesa Stato-Regione. L'organizzazione dipartimentale assicura lo svolgimento efficace e coordinato delle fasi di *allarme sanitario, di risposta territoriale e di risposta ospedaliera*.

SOC Medicina d'Urgenza, Pronto Soccorso e Accettazione

SOC Servizio Anestesia e Rianimazione

SOC Servizio 118 e Coordinamento trasporto infermi

Ad esso partecipano nel complesso o attraverso sub articolazioni UUOO di tutti gli altri dipartimenti assicurando le necessarie competenze specialistiche.

Dipartimento Area Medica e Specialità Mediche

- SOC Medicina**
- SOC Nefrologia e Dialisi**
- SOC Gastroenterologia**
- SOC Endocrinologia**
- SOC Malattie infettive e Tropicali**
- SOC Geriatria e lungodegenza**
- SOC Malattie endocrine del ricambio e nutriz.**
- SOC Neurologia**
- SOC Pneumologia**
- SOC Oncologia Medica e Oncoematologia**

Il Dipartimento comprende quasi tutta l'area medica ed è dotato di posti letto ordinari, di Day Hospital e di Terapia sub intensiva laddove presenti. Eroga servizi a pazienti degenti sia in elezione che in urgenza, nonché prestazioni ambulatoriali e consulenze per i degenti di altri dipartimenti.

Esso rappresenta il naturale prolungamento del dipartimento d'emergenza per i pazienti non chirurgici ed anche la naturale sede dell'approfondimento clinico. In questo senso, e fino alla profonda ristrutturazione dell'intera sanità territoriale, il Dipartimento di medicina e delle specialità mediche assume un ruolo particolarmente delicato di carattere assolutamente strategico. Esso è infatti la sede naturale di risposta a una domanda di salute quantitativamente molto rilevante e qualitativamente estremamente articolata che risponde a bisogni in qualche caso semplici e forse, a posteriori finanche inappropriati, ma che arrivano anche a condizioni che, specialmente nell'ambito della polipatologia, richiedono spesso attività, strumenti, personale e competenze di carattere sub-intensivo particolarmente qualificati e specializzati.

Dipartimento Cardiovascolare

E' il dipartimento dove si integrano le aree cardiologiche con le UTIC, che collaborano alla rete Hub and spoke dell'emergenza cardiologica integrandosi con il dipartimento Emergenza-Urgenza per intervenire sulle patologie cardiologiche acute.

SOC Cardiologia

SOC UTIC

SOC Emodinamica

SOC Chirurgia Vascolare

Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche

SOC Chirurgia Generale

SOC Ortopedia

SOC Urologia

SOC Neurochirurgia

SOC Oculistica

SOC Otorinolaringoiatria

E' un Dipartimento finalizzato alla terapia chirurgica di tutte le patologie di pertinenza. È dotato di posti letto ordinari e di Day surgery. E' la sede appropriata dell'approfondimento e dell'elezione chirurgica e delle specialità chirurgiche.

Dipartimento dei Servizi

- SOC Chimica Clinica**
- SOC Microbiologia e Virologia**
- SOC Anatomia Patologica**
- SOC Farmacia**
- SOC Medicina fisica, riabilitativa**
- SOC Radiodiagnostica e Medicina Nucleare**
- SOC Medicina trasfusionale e servizio emostasi**

Il Dipartimento governa considerevoli risorse Aziendali, sia dal punto di vista economico che organizzativo. Eroga servizi e prestazioni diagnostiche e di laboratorio e di diagnostica per immagini ai degenti e ad utenti esterni e partecipa alle attività del dipartimento di emergenza. Aggrega inoltre due Servizi di particolare delicatezza quali la Farmacia e la Medicina fisica e riabilitativa.

Il Dipartimento è contraddistinto dall'utilizzo di tecnologie di elevato costo e necessitanti di costante evoluzione.

Dipartimento della integrazione e della tutela della maternità e della infanzia

L'area materno infantile si caratterizza come area funzionale integrata a livello territoriale. Il dipartimento ha la finalità di collegare e integrare i servizi afferenti al dipartimento materno infantile dell'Azienda Sanitaria e al Dipartimento materno Infantile dell'Azienda, nonché i servizi a questi funzionalmente collegati con lo scopo di migliorare la qualità degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione attraverso l'unitarietà, l'interdisciplinarietà e la continuità degli stessi.

Unità operative aziendali che convergono strutturalmente o funzionalmente nel Dipartimento interaziendale Materno Infantile:

SOC Ostetricia e Ginecologia

SOC Neonatologia

SOC Pediatria

SOC Ematocologia Pediatrica

SOC Terapia Intensiva neonatale

Il Dipartimento è la modalità ordinaria di organizzazione delle strutture complesse e semplici dipartimentali dell'ambito ospedaliero, che può interessare anche più stabilimenti ospedalieri, è dotato di autonomia tecnico-funzionale e professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, pertanto saranno di tipo strutturale.

I Dipartimenti rispondono a criteri di autonomia e di responsabilità gestionale e sono organizzati per assicurare omogeneità funzionale e assistenziale.

Si articola in:

Strutture operative Complesse (SOC): le strutture complesse sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione dei processi integrati e sono costituite dai Dipartimenti (che aggregano unità operative complesse e di strutture semplici dipartimentali) e dalle Unità operative complesse (che possono subarticolarsi in strutture semplici)

Strutture Semplici Dipartimentali (SOD): sono strutture semplici dotate di autonomia gestionale oltre che professionale.

Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali, dedicate o condivise con altre strutture. Gerarchicamente sono sotto-ordinate al Direttore del Dipartimento al quale afferiscono ;

Strutture semplici: sono strutture dotate di autonomia professionale, funzionale ed operativa e di risorse finalizzate allo svolgimento dei processi e delle funzioni assegnate. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovra-ordinata di cui rappresentano articolazione interna. Dipendono gerarchicamente dal Direttore della struttura complessa di appartenenza.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa. A tal fine il dipartimento adotta protocolli uniformi per quanto riguarda gli aspetti clinico assistenziali, tecnico-professionali, didattici, di ricerca, ed economico-finanziari.

I Dipartimenti sono istituiti per garantire:

3. la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
4. il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
5. il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
6. la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti.

In ogni dipartimento, per il governo complessivo della funzione infermieristica e tecnica, è istituita una posizione organizzativa ex art.20 del CCNL 1998/2001 del comparto sanità, conferibile secondo le vigenti disposizioni contrattuali .

CURE DOMICILIARI

L'obiettivo regionale fissato alla percentuale del 3,5 della popolazione anziana in carico al servizio sanitario (over o uguale a 65 anni) entro il 2012. Stante la disomogeneità della percentuale raggiunta tra le tre disciolte Aziende sanitarie Locali sarà necessario prima uniformare le modalità di gestione dell'assistenza domiciliare sul territorio e, successivamente potenziare il servizio mediante una capillare distribuzione sul territorio delle basi operative per il personale adibito che dovrebbe essere reclutato dal personale ospedaliero risultante in esubero a seguito della riorganizzazione della rete dei PP.OO.

Sarà necessario, comunque, selezionare il personale e provvedere ad una adeguata formazione, pertanto, si presume che per la messa in regime possano coincidere.

ATTO DI PREINTESA

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno CF 04701800650 con sede in Salerno alla via Nizza 146, Salerno, rappresentata dal Commissario Straordinario prof. Francesco De Simone, domiciliato per la carica nella medesima sede

E

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona CF 05044230654 con sede alla via San Leonardo, Salerno, rappresentata dal direttore generale, dott. Attilio Montano Bianchi, domiciliato per la carica nella medesima sede

Premesso:

- che il Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.9.2010, pubblicato sul BURC n. 65 del 28.9.2010, ha approvato un documento, quale testo coordinato con i precedenti, modificato e integrato sulla base delle osservazioni del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza, che annulla e sostituisce integralmente i documenti approvati con i decreti commissariali 29/2010, 42/2010 e 46/2010 con conseguente rimozione della legge regionale della legge regionale n. 16/2008, nella parte in cui la ristrutturazione della rete ospedaliera e di tutti i provvedimenti in contrasto con il presente decreto che sostituisce il Decreto del Commissario ad Acta 42/2010 ai sensi di quanto disposto dal Decreto ;
- che nel suddetto decreto è previsto che:
 - il Presidio Ospedaliero A. Fucito di Mercato San Severino ed il Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno sono programmati quali plessi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona;
 - confluiscono, previa intesa tra la ASL Salerno e l'Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università, talune funzioni attualmente presenti nel Presidio Ospedaliero di Cava che sarà destinato a plesso dell'Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università;
- che è necessario stabilire le condizioni, le modalità e i termini per attuare il passaggio dei PP.OO. A. Fucito di Mercato San Severino, il Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno e delle funzioni del P.O. Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni.

Le parti convengono

l'AOUI Ruggi d'Aragona, con decorrenza 1.1.2011 subentra nella titolarità:

- di tutti i beni mobili (attrezzature informatiche, sanitarie ecc.) dei presidi oggetto del trasferimento;
- di tutti i beni mobili e immobili, già di proprietà degli Enti Ospedalieri di Cava dei Tirreni, Mercato San Severino e G. Da Procida trasferiti ai comuni di pertinenza e da questi alle ex UU.SS.LL. di competenza, rientranti poi nei patrimoni delle disciolte ASL SA 1 e SA 2;

- di tutte le funzioni dei tre PP.OO. A. Fucito di Mercato San Severino, il Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno e parte delle funzioni del P.O. Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni;
- di tutti i rapporti contrattuali riguardanti:
 - a) il personale dipendente dall'A.S.L Salerno che verrà trasferito all'A.O.U.I. con le modalità previste dalle normative vigenti in materia e dai rispettivi CC.CC.NN.LL e se possibile conserverà, se migliore, il trattamento accessorio spettante alla data del 31.12.2010, gli incarichi di struttura (semplice, complessa, dipartimentale o di altro tipo), posizione organizzativa e coordinamento, fino a relativa scadenza, già conferiti dalla Azienda in data antecedente alla delibera con la quale l'ASL Salerno ha approvato lo schema della presente preintesa;
 - b) gli immobili adibiti a sede del Presidio Ospedaliero A. Fucito di Mercato San Severino, del Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno e del P.O. Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni;
 - c) contratti di fornitura e servizi in essere destinati al funzionamento dei PP.OO. in parola e agli obblighi derivanti dal loro funzionamento, manutenzione ecc. ;

Le parti convengono, inoltre, che le unità operative di Fisiopatologia respiratoria, Endocrinologia e Geriatria del P.O. di Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni sono trasferite al P.O. di Sarno, mentre le restanti attività resteranno nella disponibilità dell'A.O.U.I.;

L'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona, pertanto, acquisisce, con decorrenza 1.01.2011, il valore dei cespiti ammortizzabili relativo ai beni mobili e immobili presente nel bilancio dell'A.S.L. Salerno al 31.12.2010, così come risultante dalla certificazione che produrrà il responsabile della Funzione Economico Finanziaria dell'ASL Salerno.

Dalla data del 1.1.2011, anche, tutti gli oneri economici derivanti dai rapporti contrattuali di cui sopra sono a carico dell'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona. In particolare, si precisa che dal 1.1.2011 tutti gli oneri (a titolo esemplificativo: retribuzione base, accessori, oneri previdenziali, oneri riflessi, ecc...) relativi al personale trasferito saranno a carico dell'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona.

Qualora le procedure e gli adempimenti tecnici e contabili necessari al trasferimento non dovessero essere perfezionati alla data del 1.1.2011, con la rideterminazione delle quote del FSR spettanti alle due aziende da parte della regione Campania e, quindi, impedire all'A.O.U.I. di effettuare operazioni di liquidazione e pagamento delle spettanze del personale trasferito, per salvaguardare e tutelare gli interessi del personale, fermo restando la decorrenza giuridica già fissata e confermata al 1.1.2011, l'Azienda Sanitaria Salerno si rende disponibile, nel periodo necessario al perfezionamento dell'iter, ad effettuare il pagamento dello stipendio base spettante al personale già trasferito.

In tal caso e per tutto il lasso di tempo necessario (comunque per un massimo di sei mesi) a consentire all'A.O.U.I. di effettuare i pagamenti in piena autonomia, quest'ultima sarà tenuta a rimborsare mensilmente, entro e non oltre, trenta giorni dalla richiesta formale avanzata dall'ASL Salerno, gli importi che l'Azienda medesima ha anticipato per conto dell'A.O.U.I. per garantire la continuità nel pagamento degli stipendi.

L'ASL Salerno resta titolare dei crediti relativi ai PP.OO. trasferiti e maturati fino alla data del 31.12.2010.

L'ASL Salerno resta obbligata nei confronti dei vari creditori per i debiti maturati fino alla data del 31.12.2010 relativamente ai PP.OO. trasferiti che verranno quantificati dalla Funzione Economico Finanziaria.

Per quanto riguarda gli interventi per l'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/88, si conviene che l'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona avrà competenza a decorrere dalla data di sottoscrizione del presente atto ad adottare tutti gli atti inerenti alla programmazione e gli ulteriori provvedimenti attuativi, mentre le risorse economiche trasferite e relative a investimenti, se già finanziati e attuati e realizzati, saranno di competenza dell'ASL Salerno.

L'ASL Salerno si impegna a fornire all'A.O.U.I. tutti gli atti previsti dal presente protocollo ed utili all'attuazione di quanto in esso previsto, entro cinque giorni dalla sottoscrizione dello stesso.

Le parti stabiliscono che dalla data di sottoscrizione del presente atto, salvo diverse disposizioni da parte della Regione Campania alla quale il presente accordo verrà trasmesso per competenza, ogni adempimento attuativo del decreto 49/2010 relativo al P.O. Mercato San Severino, al P.O. Da Procida e al P.O. di Cava dei Tirreni rientra nelle competenze del rappresentante legale dell'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona.

Il presente atto di preintesa potrà essere oggetto di ulteriori modifiche e integrazioni e, in caso di sopravvenuti provvedimenti regionali contrari a quanto pattuito, si intenderà automaticamente priva di qualunque effetto.

Qualora, entro la data di 10 giorni dalla ricezione del presente atto, la Regione Campania non dovesse pronunciarsi favorevolmente in ordine al presente atto (in particolare, l'assenso degli organi competenti regionali dovrà concretizzarsi in un impegno formale relativo all'adeguamento della rimessa mensile spettante all'A.O.U.I. per par fronte ai maggiori oneri derivanti dal trasferimento delle funzioni e del personale, così come sopra indicato), verrà sospeso qualunque effetto dello stesso fino all'acquisizione del parere regionale, in tal caso le parti individueranno una nuova data dalla quale far decorrere gli effetti di cui sopra.

Salerno

Il Commissario Straordinario

ASL Salerno

Prof. Francesco De Simone

Il Direttore Generale

A.O.U.I. Ruggi d'Aragona

Dott. Attilio Montano Bianchi

APPENDICE

Sintesi dei costi preventivati per l'attuazione del presente documento relativo al riordino della rete ospedaliera e territoriale dell'ASL Salerno, esclusi i costi relativi alla realizzazione dell'O.U. del Sele.

Tecnologie biomediche per presidi ospedalieri euro 20.000.000,00

Tecnologie biomediche per strutture territoriali euro 5.000.000,00

Ristrutturazione immobili e/o adeguamento degli stessi:

- **P.O. Nocera-Pagani euro 18.000.000,00 finanziabili con fondi ex art. 20 della legge sull'edilizia sanitaria se viene autorizzato il loro utilizzo per ipotesi di progetto diversa rispetto a quella precedente al decreto 49/2010;**
- **altri P.O. forfetariamente euro 10.000.000,00**

Opere edilizie in materia di emergenza euro 2.400.000,00: euro 1.200.000,00 per ciascuna delle due piazzole di atterraggio delle eliambulanze previste a Castiglione di Ravello e di Roccadaspide.

Acquisto automezzi per l'emergenza:

n. 6 auto mediche = euro 150.000,00 ca
n 6 ambulanze di tipo "A" euro 240.000,00 ca
n. 56 ambulanze di tipo "B" euro 1.680.000,00 ca

noleggio annuo per eliambulanza 1.150.000,00 ca

Attività e costi dei Presidi Ospedalieri esistenti

La tabella sotto riportata evidenzia le risorse presenti di personale e dei costi complessivi per ciascun presidio ospedaliero. La distribuzione del personale presenta un considerevole variabilità. I costi sono rappresentati anche per posto letto, evidenziando una significativa variabilità di questo indicatore di efficienza connesso alla dimensione dell'ospedale.

PRESIDI OSPEDALIERI ASL SALERNO	Posti letto ex Decreto n. 49/2010	PERSONALE					N. personale per posto letto	COSTI	Costo per posto letto
		DIRIGENTI	PERSONALE INFERM.	ALTRO PERSONALE	TOTALE				
CAVA - CASTIGLIONE	125	129	176	130	435	3,48	39.305.696	314.446	
SCAFATI	110	104	162	100	366	3,33	32.976.553	299.787	
SARNO	91	72	120	102	294	3,23	28.625.183	314.562	
NOCERA	357	235	476	240	951	2,66	102.946.215	288.365	
PAGANI	45	53	69	52	174	3,87	15.070.867	334.908	
BATTIPAGLIA	154	108	204	161	472	3,07	53.979.209	350.514	
EBOLI	226	107	176	146	428	1,89	45.437.361	201.050	
MERCATO SAN SEVERINO	162	100	176	151	427	2,63	36.355.289	224.415	
OLIVETO CITRA	123	55	127	109	291	2,37	26.944.871	219.064	
SALERNO "DA PROCIDA"	88	33	64	81	178	2,02	19.483.942	221.408	
AGROPOLI	48	28	99	22	149	3,10	16.801.942	350.040	
POLLA- S. ARSENIO	248	114	311	155	580	2,34	46.296.044	186.678	
ROCCADASPIDE	66	42	104	20	166	2,52	18.073.925	273.847	
SAPRI	118	66	175	128	369	3,13	28.068.739	237.871	
VALLO DELLA LUCANIA	287	157	367	128	652	2,27	66.553.020	231.892	
TOTALE	2.248	1.402	2.805	1.725	5.932	2,64	576.918.853	4.048.848	

Il Numero di pazienti trattati in regime di degenza ed il numero delle prestazioni ambulatoriali per ciascun presidio ospedaliero è così rappresentato:

PRESIDI OSPEDALIERI ASL SALERNO	Posti letto ex Decreto n. 49/2010	PRODUZIONE			
		DIMESSI RO	PAZIENTI DH	N.RO PRESTAZIONI AMBULATORI ALI PER ESTERNI	Totale pazienti in degenza
CAVA - CASTIGLIONE	125	4.884	4.372	531.208	9.256
SCAFATI	110	5.085	2.325	118.455	7.410
SARNO	91	5.311	1.818	135.400	7.129
NOCERA	357	13.252	8.831	247.305	22.083
PAGANI	45	1.857	1.106	48.921	2.963
BATTIPAGLIA	154	7.730	2.989	339.353	10.719
EBOLI	226	6.908	5.380	363.573	12.288
MERCATO SAN SEVERINO	162	5.528	3.833	170.364	9.361
OLIVETO CITRA	123	4.305	3.254	200.151	7.559
SALERNO "DA PROCIDA"	88	1.605	956	363.628	2.561
AGROPOLI	48	2.342	675	88.550	3.017
POLLA- S. ARSENIO	248	10.383	3.798	252.193	14.181
ROCCADASPIDE	66	2.613	1.405	123.540	4.018
SAPRI	118	5.658	2.436	114.962	8.094
VALLO DELLA LUCANIA	287	11.497	4.760	222.121	16.257
TOTALE	2.248	88.958	47.938	3.319.726	136.896

In questa tabella è rappresentato il valore medio tariffario per singola prestazione tenendo conto che il valore tariffario medio è connesso alla media della complessità casistica.

PRESIDI OSPEDALIERI ASL SALERNO	Posti letto ex Decreto n. 49/2010	PRODUZIONE			TOTALE PRODUZIONE	Valore medio fatturato per RO	Valore medio fatturato per DH	Valore medio fatturato per prestazione amb
		VALORIZZAZION E DRG RO	VALORIZZAZIO NE DH	FATTURATO PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI				
CAVA - CASTIGLIONE	125	12.086.034	3.684.268	4.804.118	20.574.421	2.475	843	9
SCAFATI	110	12.502.436	2.305.355	1.915.216	16.723.007	2.459	992	16
SARNO	91	11.537.756	1.501.670	1.455.637	14.495.063	2.172	826	11
NOCERA	357	40.760.903	13.619.061	4.419.093	58.799.057	3.076	1.542	18
PAGANI	45	6.123.716	1.197.320	823.216	8.144.252	3.298	1.083	17
BATTIPAGLIA	154	18.135.373	2.440.741	2.661.935	23.238.048	2.346	817	8
EBOLI	226	20.293.643	4.059.329	2.749.825	27.102.797	2.938	755	8
MERCATO SAN SEVERINO	162	14.607.455	4.517.145	3.297.322	22.421.922	2.642	1.178	19
OLIVETO CITRA	123	11.225.927	2.919.027	1.865.178	16.010.133	2.608	897	9
SALERNO "DA PROCIDA"	88	5.358.012	1.807.393	3.033.541	10.198.945	3.338	1.891	8
AGROPOLI	48	7.798.130	699.457	796.951	9.294.538	3.330	1.036	9
POLLA- S. ARSENIO	248	26.525.712	3.586.588	2.269.741	32.382.042	2.555	944	9
ROCCADASPIDE	66	7.186.691	826.742	1.111.863	9.125.296	2.750	588	9
SAPRI	118	12.235.301	1.883.622	1.034.657	15.153.579	2.162	773	9
VALLO DELLA LUCANIA	287	32.373.180	4.715.079	1.999.091	39.087.351	2.816	991	9
TOTALE	2.248	238.750.271	49.762.797	34.237.384	322.750.451	2.684	1.038	10

Il rapporto Produzione/Costi è documentato nella tabella sottostante. La produzione è connessa al valore dei DRG del 1997, per cui si rende necessario al fine di rappresentare un realistico indice di produttività aggiornare il valore tariffario al 2009, sulla base dell'inflazione realizzata dal 1997 al 2009

L'attuale offerta delle case di cura in provvisorio accreditamento e rappresentata da 1.102 posti letto, di cui 253 per "non acuti". I dati di attività sono così rappresentati:

Dati di Attività case di cura accreditate

Numero RO	Fatturato RO	valore medio RO
30.211	69.670.395	2.306
Numero DH	Fatturato DH	valore medio DH
14.422	15.567.314	1.079
Totali ricoveri	Totale fatturato	Valore medio ricovero
44.633	85.237.708	1.910

Il confronto pubblico – privato

L'attività pubblica costituisce circa il 75% dell'attività complessiva ospedaliera con una % di ricoveri in DH mediamente del 34% sui totali ricoveri, mentre il fatturato del DH mostra un uniforme percentuale sul totale

	valore medio RO	valore medio DH	Valore medio ricovero
<i>Presidi pubblici</i>	2.684	1.038	2.108
<i>Presidi privati</i>	2.306	1.079	1.910
<i>Totali</i>	2.588	1.048	2.059
<i>variazione % del pubblico sul privato</i>	15%	-4%	10%

del fatturato ricoveri di circa il 17%, in relazione ad una minore complessità del caso medio trattato in DH

	Numero RO	Numero DH	totali ricoveri	% DH sul totale
<i>Presidi pubblici</i>	88.958	47.938	136.896	35%
<i>Presidi privati</i>	30.211	14.422	44.633	32%
<i>Totali</i>	119.169	62.360	181.529	34%
<i>% del pubblico sul totale</i>	75%	77%	75%	

La tabella sottostante evidenzia che il ricovero ordinario medio degli ospedali pubblici presenta una complessità media maggiore, mentre quello del DH risulta lievemente maggiore nelle case di cura accreditate.

	Fatturato RO	Fatturato DH	Totale fatturato	% DH sul totale
<i>Presidi pubblici</i>	238.750.271	49.762.797	288.513.068	17%
<i>Presidi privati</i>	69.670.395	15.567.314	85.237.708	18%
<i>Totali</i>	308.420.665	65.330.111	373.750.776	17%
<i>% del pubblico sul totale</i>	77%	76%	77%	