



DIREZIONE COMMISSARIALE
via Nizza 146 - 84124 SALERNO

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
(Decreto Commissario ad Acta n. 49 del 27/09/2010)

INDICE

L'AZIENDA SANITARIA DI SALERNO DAL DECRETO 49 AL 31 DICEMBRE 2013

1. LA SITUAZIONE PREGRESSA

2. MISSION E STRATEGIA
 - 2.1 Il cittadino guida e riferimento
 - 2.2 Organizzazione integrata dei servizi

3. RIASSETTO AMMINISTRATIVO-GESTIONALE
 - 3.1 Il modello amministrativo-gestionale
 - 3.2 La Dipartimentalizzazione
 - 3.3 Attività delle Strutture aziendali
 - 3.4 Cronoprogramma Riassetto Amministrativo-Gestionale

4. RIASSETTO SANITARIO
 - 4.1 Assistenza Distrettuale Sanitaria e Sociosanitaria
 - 4.2 Assistenza Ospedaliera
 - 4.3 Dipartimento di Prevenzione
 - 4.4 Dipartimento Salute Mentale
 - 4.5 Sistema Provinciale Integrato di Emergenza
 - 4.6 Reti Organizzative
 - 4.7 Regolamenti e Comitati

5. RIASSETTO TERRITORIALE
 - 5.1 Riferimenti normativi
 - 5.2 Dati statistici
 - 5.3 Ridefinizione dei Distretti

APPENDICE

ORGANIGRAMMI AZIENDA ASL SALERNO

L'AZIENDA SANITARIA DI SALERNO DAL DECRETO 49 AL 31 DICEMBRE 2013

In modo chiaro ed estremamente semplice.

L'Azienda della quale ho assunto la Gestione Commissariale il 14 marzo 2011 è **una “nave” che non riesce a far altro che tentare di non affondare**, di non farsi travolgere da situazioni endemiche che trovano la loro origine in un passato, più o meno antico, dal quale, senza “se” e senza “ma”, va nettamente separato un presente prigioniero della drammatica situazione descritta nell'atto di approvazione del Consuntivo 2010.

Le perdite, spaventose, degli ultimi due esercizi, 250 Meuro per il 2009 e oltre 290 Meuro nel 2011 prima della correzione tecnica apportata dal Decreto 42/2011, quella del I Trimestre 2011, con uno scostamento di 64,5 Meuro, ne sono la più limpida fotografia.

Limpida, ma non completa: è sufficiente pensare agli effetti indiretti e poco misurabili sui “beni intangibili” della società salernitana, con un danno complessivo che, quindi, non appare riducibile nemmeno alla pur vasta e profonda sommatoria delle sue conseguenze materiali.

L'esperienza vissuta attraverso la Gestione commissariale in termini di vita sperimentata quotidiana, ha reso evidente come l'Azienda sia in questo momento sprovvista **di tutti i necessari strumenti per la navigazione**.

Una situazione di anomia gestionale e, conseguentemente, di afasia funzionale che rendono l'intelaiatura aziendale incredibilmente debole, oltre ad alimentare la sfiducia del cittadino, e che lasciano **la “nave” alla deriva verso un qualsiasi “approdo” raggiunto solo per caso**, mentre il “presente” si inaridisce e finisce per esaurire l'azione aziendale, producendo deresponsabilizzazione e condotte amministrative a tratti schizofreniche, e, quindi, incomprensibili, almeno a chi ritiene che la Sanità non debba essere espressione di interessi e finalità estranee al concreto “servire” il cittadino.

Certo, pur con qualche discontinuità, i rifornimenti arrivano, la nave va, ma in assenza di regole, queste risorse vengono consumate in modo casuale, assolutamente antitetico quindi a qualsiasi logica costi/benefici, mentre il “macroscopico emergenziale” fa perdere di vista il “microscopico ordinario”, che è, però, ciò che incide sulla quotidianità della gente, sul senso di fiducia verso le Istituzioni, sulla consapevolezza dell'appartenenza alla comunità.

Risalta qui, e questa è un'ulteriore evidenza analitica esperienziale emersa in queste prime settimane di lavoro, **l'assenza cronica di una visione “di sistema”**, alimentando - e questo è ovvio - la mancanza di fiducia nelle risposte che i cittadini ricevono: l'incapacità sostanziale di “fare sistema”, anche a causa di particolarismi o alleanze utilitaristiche, assume in questa Azienda un valore negativo esponenziale, il terreno di coltura, il laboratorio virtuale nel quale prosperano i germi della distorsione gestionale e le logiche centripete del “familismo amorale”, come descritto dal politologo Edward Banfield, che costituiscono uno degli ostacoli principali di una solidarietà viva e disinteressata.

Al di là dell'abitudine alla mera ripetizione della litania laica dei problemi, che non ha consentito in passato e non sembra permettere, oggi, di individuare percorsi risolutivi, addebitare a questa Gestione Commissariale la responsabilità di questa devastante situazione o, magari, di gravissimi fatti come quello accaduto al PO di Scafati, **appare oltre che immorale, sintomatico di due gravi criticità per il futuro dell'Azienda**: vi è ancora chi crede alle “promesse” miracolose e, quindi, diventa facile preda dell'illusionista di turno, come se la “nave” alla deriva potesse ritrovare la sua prua con un semplice click; nella flessibile quanto perversa capacità di mimesi di antagonisti indiretti, collusioni, tacite interazioni o, talora, addirittura inconsapevoli comportamenti che recano

profonde ferite al quadro aziendale e alla fiducia della popolazione, si continua a sfuggire quell'autocritica che è l'indefettibile punto di partenza di qualsiasi azione di rivitalizzazione di un'Azienda che avrebbe dovuto portare i libri in Tribunale da tempo.

Il tutto "affogato" in una autoassoluzione che finisce esclusivamente con il produrre la mortificazione delle aspettative e dei desideri della popolazione, espressione di uno iato immortale tra il predicare ed il fare, che lascia i problemi perennemente irrisolti, che spesso non va oltre il momento dialettico del circuito "mediatico-convegnistico" con le idee di efficienza-funzionalità-meritocrazia- ...- che sembrano *surfare* sulle onde, apparendo e scomparendo con pari velocità e ciclicità, fino a diventare un *passé-partout* per la rassicurazione del cittadino, ghiotta occasione di promesse e di consenso a buon mercato.

Immersi in questo manifesto di equivoci e semplificazioni culturali, un caleidoscopio di verità rovesciate che non aiutano un confronto rigoroso, ma necessario, alla comprensione di fenomeni assolutamente peculiari, appare ancora più difficile – questa la sensazione maturata in queste difficili settimane di gestione commissariale assorbite prioritariamente da attività di supplenza, integrazione, correzione all'espressione concreta delle diverse responsabilità dirigenziali – ***ottenere una chiara, completa visione della realtà aziendale, con le informazioni necessarie che vengono raccolte, di volta in volta, in una logica pull.***

Per questo, senza prima procedere alla necessaria, profonda, pervasiva opera di ricostruzione amministrativa-gestionale, qualsiasi altra azione sul piano sanitario finirebbe con il generare confusione, apparirebbe poco comprensibile e rischierebbe di essere vanificata da battute a vuoto, quale quella, in ultimo, recentemente stigmatizzata da un Sindaco per una gara per importanti ausili per le sale operatorie che "giaceva", immobile e dimenticata, da 10 mesi.

Si tratta di considerazioni che portano inevitabilmente ad aprire una parentesi.

Con il consueto spirito di propositiva collaborazione interistituzionale, infatti, e sulla base dell'esperienza maturata, si ritiene utile l'avvio di un ripensamento in chiave evolutiva dello strumento del Commissariamento, ora in atto per l'ASL di Salerno, affinché ne vengano attenuati gli aspetti di emergenza tragicità e rafforzati, invece, i contenuti di graduale quanto pregnante modalità di operatività amministrativa.

Si è inoltre maturato il convincimento, per evoluzione empirica e *de iure condendo*, che questo provvedimento estremamente pervasivo sulla realtà aziendale debba andare oltre la "sostituzione" del vertice aziendale, tra l'altro con un uomo solo a fronte della triade prevista nella gestione ordinaria, atteso che lascia immutati i diversi livelli di responsabilità sottostanti, in analogia a quanto è oggi possibile dopo l'intervenuta novella dei casi disciplinati dall'art. 143 ss del TUEL.

Tanto più la situazione è drammatica, tanto più, infatti, risulterebbe preziosa l'immissione di forze fresche capaci di rivitalizzare quegli Uffici che, poi, più di altri, finiscono inevitabilmente per frenare qualsivoglia azione di rinnovamento della Gestione Commissariale, che, rischia, così, di finire risucchiata da quotidiane necessità di supplenza: una revisione della normativa, in quest'ottica e sulla base dell'esperienza vissuta su questo territorio, appare ineludibile per evitare di vanificare ogni sforzo.

Ritornando al tema della gestualità amministrativa, ***la ricorrente assenza di informazioni significative – ben al di là del noto tema della cd. "razionalità limitata" tipica della modernità - rende estremamente difficile l'assunzione di decisioni.***

Se appare normale che un dirigente proponente fornisca al decisore tutti i dati necessari per decidere, insieme a quelle informazioni significative che non possono non essere acquisite al termine del naturale declinarsi dell'analisi dirigenziale, qui tutto appare più difficile e scivola in una ricerca estremamente faticosa.

Dapprima di tutti dati necessari, anche perché all'unificazione aziendale non è seguito l'avvio di un'azione efficace di *reductio ad unum*.

Poi del grado di completezza del quadro informativo raggiunto, a volte così approssimativo, sfuocato e incerto da renderlo elusivo.

Decisioni assunte su basi incomplete e attività dirigenziali non aderenti al fluire dell'attività di questa gestione Commissariale, finiscono così per vanificare, di fatto, ogni sforzo, fino legittimare chi, affermando *“si stava meglio quando si stava peggio”*, rimuove con estrema serenità il tema degli oltre 600 milioni di euro di “buco” in 27 mesi.

Un fallimento del processo di riacquisto di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, del resto, non può che - paradossalmente - incementare il successo dello *status quo ante* che, pur se non per “meriti” diretti, risulterebbe agli occhi della popolazione come il vero, unico modello “vincente”.

Da qui la domanda sulla strada più opportuna da percorrere per assolvere il compito che è stato assegnato a questa Gestione Commissariale con il decreto di nomina, dove, non a caso, veniva stressata la necessità di una profonda opera di riorganizzazione aziendale, assegnando, in particolare *“... l'urgente completamento del processo di accorpamento della ASL di Salerno, mediante l'adozione di provvedimenti di organizzazione volti a raggiungere il riordino e ripristino della completa governabilità dei processi amministrativi e contabili, pregiudiziale per il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario anche al fine di dare di dare puntuale esecuzione alle misure sperimentali che verranno disposte dalla giunta regionale in attuazione della legge finanziaria 2011, in corso di promulgazione ...”*.

Una domanda che viene completata dagli esiti del continuo confronto avviato con il Territorio e, in particolare, con il Presidente della Conferenza dei Sindaci e con tutti i Sindaci e le Istituzioni e Autorità amministrative della Provincia, con le OOSS e con il tantissimo personale dell'Azienda con cui ho avuto modo di chiacchierare in queste prime settimane di lavoro a Salerno.

Non si è trattato di un confronto formale, per questo è stato in alcune occasioni comprensibilmente difficile, ma sempre lealmente ispirato dalla assoluta certezza che ***il Decreto 49/2010 andasse autenticamente interpretato attraverso il Territorio, nei limiti delle risorse date.***

Il colloquio franco e sincero con il Presidente della Conferenza dei Sindaci e con alcuni Sindaci, è il risultato di una condivisa scelta sistemica che, oltre ad essere funzionale all'accrescimento delle capacità operative dell'ASL, persegue anche l'obiettivo di rendere stabile e sicuro lo scambio di esperienze, attività, informazioni tra i protagonisti pubblici del territorio.

Proprio grazie a loro, e a loro va un sentito ringraziamento, le scelte contenute in questo Piano Attuativo del Decreto 49 appaiono più forti e più utili ad affermare che una prospettiva esiste - in forma latente - ma esiste ed è una prospettiva che origina prioritariamente proprio dal riavvio di quel “motore” amministrativo imballato descritto in precedenza.

Non si tratta solo di ricostruire una efficace gestualità amministrativa, ma, anche, di incedere su sprechi e indebite rendite di posizione, come confermano i positivi risultati ottenuti nell'azione di contenimento delle spese legali, costate 75 milioni di euro nel 2010, e ora, di fatto, azzerate a legislazione invariata nel corso del II trimestre del 2011, con gli evidenti, rilevanti riflessi positivi che saranno rilevati dal prossimo CE trimestrale.

C'è molto, quindi, ritengo, da fare e molto si può fare, sul piano amministrativo, gestionale e funzionale.

Lo si può fare, come in questa occasione, quella dei costi legali con una azione sistematica, ben organizzata e magistralmente condotta sul piano operativo dalle Funzioni Economico Finanziaria e Affari Legali, protagonista quest'ultima in diversi Tribunali italiani del recupero della disponibilità di decine di milioni di euro mentre veniva censurata dal Collegio Sindacale per poche migliaia di euro a fronte di qualche inevitabile incarico esterno conferito a tariffe scontate, in una situazione nella quale l'allargamento dell'organico degli avvocati dell'Azienda - necessario e più volte

perorato dallo stesso Collegio Sindacale - è stato avviato e condotto secondo “regole” che oggi non consentono, al momento, la loro iscrizione all’Albo Speciale.

Lo si può fare se, nel pieno rispetto delle regole, non si diventa prigionieri dell’abuso di regolazione formale e formalistica, che porta a valutare l’operatività pubblica più per il rispetto delle procedure seguite che per i risultati ottenuti, mentre questo sovraccarico procedurale finisce paradossalmente con il rendere necessarie quelle deroghe e quelle eccezioni che sono una merce preziosa per l’economia dello scambio, del baratto, di favori.

Senza questo pesante fardello di 75 milioni di euro di spese legali, l’Azienda si trova ora nelle migliori condizioni per proseguire l’opera di risanamento e si inizia a percepire, seppur ancora a fasi alterne, un graduale risveglio dal torpore atavico e chiuso in sé di ogni ufficio e funzione che, a vario titolo, è stata invitata a fornire il proprio contributo a un tavolo strutturato innanzitutto per obiettivi strategici e solo in seconda battuta per competenze.

Uno per tutti, il caso della “politica aziendale in materia oncologica” affidata al dott. D’Arco, screening compresi, che fin qui sono costati molto e non sembrano aver prodotto altrettanto, se si escludono i posti di lavoro che si stavano ribandendo.

Non si tratta di un percorso semplice, ma in un’ottica di medio periodo coerente al piano di risanamento finanziario e all’attuazione del Decreto 49, la scoperta della propositività d’insieme e dell’azione sinergica orientata per obiettivi concreti di breve, medio e lungo periodo, anche come trampolino per il superamento della barriera di incomprensione tra cittadino e Azienda, può diventare il volano necessario.

Il comma 8 dell’articolo del Decreto 42/2011 lo consente, ove prevede che le Aziende in presenza di uno squilibrio strutturale, non sanabile entro il trimestre successivo, concordino con il Commissario ad Acta la prosecuzione del Piano di Rientro definendo le azioni e un cronoprogramma: da qui **la proposta di una Agenda 2011 – 2013**, che vuole essere un “programma di straordinaria ordinarità”, ricordando le parole e la preziosa esperienza del Prefetto Luigi de Sena, già Direttore Centrale della Polizia Criminale e Vice Direttore Generale della Pubblica Sicurezza, poi Vicario del Capo della Polizia, oggi Senatore della Repubblica, e all’epoca Prefetto di Reggio Calabria.

In tale prospettiva la scansione temporale ottimale individuata per questa Agenda vedrebbe, a fianco a un investimento continuo in tema di lotta agli sprechi e agli sperperi e in attesa della realizzazione dell’Ospedale unico del Sele:

- a. dapprima la ricostituzione di una impalcatura amministrativa in grado di “reggere” una tra le più grandi Aziende sanitarie d’Italia;
- b. poi, l’avvio di una condivisa serie di azioni che specializzino e razionalizzino l’offerta sanitaria tra i diversi presidi ospedalieri dell’Azienda, a conferma della validità e della efficacia di un approccio partecipato che sappia superare logiche particolaristiche o campanilistiche, ma guardi concretamente alla definizione della migliore offerta al cittadino a fronte delle risorse date, nella consapevolezza che **questa Azienda non si può permettere due identiche mezze – quanto a organico effettivo - unità operative a distanza di pochi chilometri una dall’altra** se non riguardano la cd. “emergenza”, perché, al di là degli evidenti effetti negativi sul bilancio, questo significa carichi di lavoro e stress facilmente evitabili;
- c. infine, alla residuale applicazione del Decreto 49, entro i 3 anni previsti, nel caso in cui non si sia riusciti a raggiungere un adeguato punto di equilibrio.

E qui specialmente le organizzazioni sindacali dovranno esercitare un ruolo più coerente con le esigenze evidenziate: l’Azienda non ha alcun interesse localistico o particolare e non ha, quindi, preclusioni a una leale, piena, fattiva collaborazione nei limiti dell’attuale “capacità” della struttura amministrativa a corrispondere a richieste e sollecitazioni, al di là dell’ascolto continuo e ininterrotto a cui non si è mai sottratta la Gestione Commissariale, della quale, come noto, e

diversamente dal passato, va qui ricordato, tutti hanno recapiti telefonici e di posta elettronica e tutti hanno avuto risposta entro 24 ore.

Con estrema lealtà e trasparenza, quanto è immorale, meglio amorale, attribuire le colpe di questa situazione alla attuale Gestione Commissariale, che, anzi, con interventi banali sta incidendo profondamente sul “buco” di 600 milioni di euro accumulato negli ultimi 27 mesi, tanto è singolare lamentare – sempre sui media che si dimenticano di ascoltare tutte le parti coinvolte - la disattenzione di questa gestione Commissariale verso la componente sindacale, quando, invero, la sera prima due sigle sindacali erano state ricevute senza alcun preavviso.

Si è ben coscienti che la sola efficienza amministrativa, pur se valida in termini di accrescimento della qualità e quantità dei servizi resi al pubblico non può, in sé, bastare a “conquistare le menti ed i cuori” di una comunità tanto disincantata e scettica: ***proprio per questo, l'Agenda 2011 – 2013 vive soprattutto sul recupero di una “gestualità” quotidiana dell'Azienda atteggiata a modalità esemplari*** che, scevre di ogni formalismo esteriore inutile, conducano il pubblico verso il graduale convincimento della serietà e concretezza delle iniziative avviate, magari attraverso la valenza simbolica dell'esempio, ispirato a contenuti di sobrietà, di serenità e di spirito di servizio, cioè del fare per il benessere collettivo piuttosto che per il risultato individuale.

La forte spinta verso la trasparenza, che ha caratterizzato queste prime settimane di lavoro si colloca naturalmente in questo percorso, puntando ad incidere sull'abituale cesura comunicativa tra Amministrazione pubblica e cittadino, storicamente instauratasi, ma modernamente alimentata da chi avrebbe preferito che alcuni dati o alcune situazioni fossero risolte nel chiuso, nel buio degli Uffici.

Nascondere ai cittadini che pagano le tasse, quasi a farli diventare dei complici che conoscono la situazione perché vi impattano giornalmente ma devono forse far finta di non sapere, è immorale.

La trasparenza è per questo il migliore “veicolo” se non ci si vuole fermare alla facile, consueta, abituale denuncia, e si vuole effettivamente puntare a un forte richiamo alla necessità di quella piena, completa, seria autocritica, propedeutica a qualsiasi “cura” che valorizzi un dosaggio adeguato degli strumenti amministrativi e ispettivi.

Senza questa azione di trasparente comunicazione, qualsiasi intervento che voglia effettivamente, al di là del *nomen*, essere straordinario in relazione alle criticità da affrontare, risulterà vano: da una parte c'è il retaggio storico dell'ineffettività, dall'altra, infatti, il pericolo che questo “strumento” vissuto nella *vulgata* mediatica come traumatico, non riesca a riorientare correttamente l'atteggiamento della popolazione riguardo ai servizi ricevuti e ai risultati raggiunti dall'ASL, nonostante il diuturno impegno nella composizione dialettica delle criticità.

Quella della trasparenza è una prospettiva non consueta: tuttora capita che Uffici regionali chiedano di ricevere via fax delibere già integralmente pubblicate sul web.

La trasparenza può diventare, però, pericolosissima in materia di sanitaria se il *marketing* del prodotto mediatico, connaturale al diritto/dovere di informare, non viene temperato con una composta asciuttezza nella rappresentazione della realtà quotidiana: la sobrietà nell'informazione contribuisce, indirettamente, non solo al bene di tutti, ma, soprattutto, a evitare inutili allarmismi rispetto ad una situazione che probabilmente affonda le sue radici nel passato millennio.

Il caso di Polla di mercoledì 29 giugno è emblematico.

Nella stessa prospettiva di propositiva condivisione sarebbe stato naturale procedere con l'AOU, non solo per “gestire”, senza soluzioni di continuità, il trasferimento dei 4 Plessi di cui ai Decreti 73/2010 e 17/2011, ma, soprattutto, per ottimizzare quella rete dell'emergenza che questa gestione Commissariale ha inserito al primo posto dell'Agenda 2011 -2013 dell'ASL di Salerno. Si tratta di un elemento strategico, dove l'Azienda ha coinvolto e valorizzato tutte le energie che si sono rese disponibili a disegnare una rete la cui funzionalità in alcune aree della Provincia, proprio per la distribuzione del PO, diventa essenziale.

La proposta così definita e declinata “al singolare” per la rete dei laboratori di analisi e, appunto, per quella dell’emergenza, appare come l’espressione più chiara della linea d’azione che si sta seguendo: ridurre i costi attraverso la razionalizzazione e la specializzazione, mentre non si riducono, o si migliorano come nel caso in specie, i servizi al cittadino, in un percorso che – ve ne è piena e incondizionata consapevolezza - non potrà che trovare ulteriori elementi di novità da un confronto paritetico e proficuo con l’AOU.

Nella strategia di coinvolgimento graduale ma complessivo di Tutti coloro che vogliono contribuire al risanamento dell’Azienda, questo Piano Attuativo costituisce un momento particolarmente significativo per restituire affidabilità al sistema con il semplice, quanto efficace ricorso, a risorse già presenti, a strumenti giuridici e ordinamentali già esistenti.

La strutturazione di questi per obiettivi concreti, sostenibili, misurabili, secondo un metodo di lavoro che non può essere sequenziale attesa la devastante situazione descritta, ***porta in primo piano la necessità di incidere sullo iato composto di scarsa vitalità amministrativa decentrata e la pochezza di continuità amministrativa*** che, come detto, complicano lo scenario sino al limite dell’indecifrabilità se visti dall’esterno o, meglio, se interpretati con modelli trapiantati, impropriamente efficientisti e alieni alle tipicità regionali.

E’ il caso del Regolamento di partecipazione, “copiato”, ebbene sì e perché no, da una Azienda Socio Sanitaria che produce utili e finito al centro di una diffida per condotta antisindacale.

Per questo, cittadini e dipendenti che vogliono effettivamente il bene dell’Azienda e, quindi, il bene della sanità salernitana, devono diventare i protagonisti della ***sconfitta di un’abitudine diffusa, quella del “denuncismo” e “minaccismo”*** (di una denuncia), variamente colorato tra diffide, segnalazioni, ingiunzioni, che paralizza tutto e tutti nel rispetto formalistico di normative procedurali mentre sostanzialmente l’Azienda perde 1 milione di euro al giorno.

Certo minacciare o denunciare è facile perché in quel fiume in piena di circolari, direttive, norme di standardizzazione, procedure, protocolli e istruzioni particolareggiate, destinati a esprimere con geometrica precisione la bontà dei servizi offerti agli utenti e l’efficienza della Pubblica Amministrazione, ma, in realtà, diventati una “prigione” per i dipendenti pubblici, responsabili sempre di più verso revisori e superiori e sempre meno verso i cittadini, tutto e il contrario di tutto diventa sostenibile: l’unica soluzione appare quella di un fronte compatto, che sappia irridere questa abitudine mefitica.

Il contenzioso e conflittualità tra dipendenti e tra dipendenti e Azienda, che ha raggiunto livelli incredibili generati per una sorta di perversa induzione, è, non solo costante occasione di scandalo, anche sui quotidiani, coinvolgendo negativamente l’ASL, ma, soprattutto, diatriba e dispendio improduttivo di energie senza che al cittadino salernitano torni un vantaggio giusto in termini di efficienza, resa di servizi, assistenza nel metodo e nel merito.

Si tratta di una situazione che fa presagire il peggio davanti alle future iniziative di questa Gestione Commissariale, e qui descritte.

Così come già accaduto in passato, quando si sono registrati diversi episodi strumentali che, sempre nel nome dei più nobili principi, finanche rinvenuti nel diritto naturale e/o sanciti dalla Carta Costituzionale, si riducevano, poi, alla difesa di posizioni di rendita parassitaria caratterizzate solitamente da una doppia morale, una pubblica, all’apparenza rigorosa nell’adesione alle normative esistenti, e una privata, fatta di flessibilità estrema, tesa ad adattare anche il rispetto delle regole allo specifico contesto.

Questa Gestione Commissariale non vuole confidare, né sperare nell’ipocrisia – quale omaggio che il vizio rende alla virtù – come ultimo baluardo della virtù, atteso che si rappresentano probi, mentre

stanno dissimulando il loro agire, attestano, pur sempre, l'esistenza di regole di cui si ammette l'importanza.

Va detto, però, che se inizialmente collegialità, espandibilità e velocità decisionale dell'azione di questa Gestione commissariale possono aver disorientato chi vantava indebite rendite di posizione, la vera partita inizia ora, con l'apertura dell'Agenda 2011 – 2013 e con l'archiviazione, di fatto, delle speranze di un possibile ritorno al passato che è stata fatta circolare in modo mellifluido e insidioso per evitare che il lavoro intrapreso potesse radicare nelle coscienze delle risorse amministrative e, non di meno, essere percepito dalla popolazione come il vero segno del cambiamento.

Ebbene, nonostante tutto questo, il punto di fuga dalla prospettiva richiamata c'è.

E' quello offerto da questa Agenda, traguardato esclusivamente da un punto di vista collettivo e collegiale, un punto di vista che deve essere attrezzato con cultura civica e strumenti di monitoraggio e riscontro.

Il vero sforzo, invero, in un'azione del genere, è innanzitutto culturale: questo è il punto di fuga dall'attuale situazione, ma affinché rimanga aperto e privo di ostacoli e condizionamenti è necessaria un'azione di ampio e strategico respiro di ***vera e propria conversione intellettuale***.

Le capacità non mancano, viene da dire, la conoscenza delle specificità neppure: ciò rassicura, in parte, di fronte alle azioni di chi non vuole rinunciare a indebiti privilegi antichi.

La speranza affonda le sue radici nella presenza concreta, percepibile, ferma del tessuto istituzionale a fianco dell'Azienda e sul rilievo positivo dell'effervescenza dimostrata da molti che hanno messo a disposizione un patrimonio di intelligenze e professionalità di eccellenza per sconfiggere lo "stato dei dritti" che vuole prendere il posto dello "stato dei diritti", una situazione che suscita collera e irritazione perché, questo si percepisce dal confronto quotidiano, è diventata la prevaricazione di ogni giorno, pervasiva, sfuggente, nei mille rivoli che finiscono per avvolgere la vita quotidiana.

L'alternativa è quella indicata a suo tempo dal Prof. Cassese: sotto la protezione del "potente di turno", il lavoro sembra essere "...in larga misura rimesso alla buona volontà dei dipendenti: chi vuole lavora; chi no, se ne astiene...", con la latitanza della voglia di cambiare, di abbandonare certe abitudini, di accettare, ad esempio, la competizione e la meritocrazia al posto del particolarismo.

Un passaggio indispensabile, perché un "***... sistema che premia i pirati*** – come ha sottolineato il premio Nobel per l'economia, North - ***produce pirati e non ingegneri ...***", rendendo estremamente naturale interrogarsi, per questo "***... popolo*** – come ricordava Ennio Flaiano - ***di santi, poeti, navigatori, nipoti e cognati ...***", a quale giro appartenga tizio o caio oppure a chi debba qualcosa questa o quella ditta.

I tanti giovani, sono, qui, una delle componenti principali della speranza di affermare la meritocrazia, quell'alchimia ben riuscita tra talento e impegno, e di sconfiggere la cultura del demerito, quella che dà come favore ciò che è un diritto.

Ristabilire le regole della certezza amministrativa, autenticamente interpretate, non il formalismo o le concrezioni burocratiche nei quali si annidano quegli "spazi di discrezionalità cattiva" dove prosperano facilmente quelle forme di clientelismo che portano a una allocazione non ottimale delle risorse disponibili, mentre creano sovrapposizioni e duplicazioni di competenze che finiscono con il generare deresponsabilizzazione e, alla fine, impunità.

Questa Gestione Commissariale, certamente anomala nella storia del servizio sanitario nazionale, appare per questo una occasione.

Potrà produrre risultati se saprà, meglio se potrà resistere alla logica della lamentazione, abitudine antica e temporalmente stratificata, e agli inutili isterismi collettivi, da condannare perché alimentano solamente ulteriore sfiducia senza contribuire alla soluzione dei problemi.

Senza illusioni.

Senza promesse.

Senza una funzionalità meramente simbolica conseguenza della reale ineffettività disnomica, evitando quella reinterpretazione in chiave moderna delle “grida manzoniane”, quale diritto di carta o, meglio, rimasto sulla carta.

Senza inseguire l'efficienza fittizia di una fasulla celerità che finisce con l'alimentare una sensazione di inadeguatezza - reale o percepita - della risposta istituzionale, perché se è reale l'esigenza di costruire un sistema ordinario che sia funzionale, così da rideterminare il rapporto fra ordinario e straordinario, tali soluzioni si sono spesso limitate semplicemente ad aggiungere all'ordinario uno straordinario che non si sa più bene che cosa sia.

Senza sostituire la mannaia dell'indignazione al bisturi della prudenza, operazione che può essere un'aspirazione psicologicamente comprensibile, ma mai un'utile e razionale scelta operativa.

Serve piuttosto non tanto prescrivere, esortare, mettere in guardia, quanto iniziare a rimuovere l'accennata indifferenza emotiva, in modo che non si atrofizzi il senso della responsabilità e non si scivoli nell'interiorizzazione di quel sentimento nefasto che è l'ineluttabilità.

Serve, per questo, incidere con interventi strutturali e incisivi, che investano la dimensione della cattiva programmazione e la definizione progettuale degli interventi, le differenti fonti d'inefficienza nella gestione delle procedure, la debolezza e la vulnerabilità dei controlli.

Questa è l'Agenda 2011 – 2013 che si propone alla popolazione della provincia di Salerno, ai dipendenti di questa Azienda sanitaria e alle OOSS, ai Sindaci e ai consiglieri e assessori provinciali, ai consiglieri regionali e ai signori parlamentari della Provincia.

L'idea è ambiziosa, certamente, ma appare l'unica strada per rafforzare e proseguire l'inversione di rotta che è stata avviata.

Un percorso, quindi, scritto al gerundio, che punta ad essere sostenibile grazie a un **PATTO PER LA SANITA'** da sottoscrivere immediatamente – perché non c'è un giorno da perdere - tra coloro che vogliono impegnarsi, Azienda, Direttori Sanitari dei Presidi e dei Distretti, Organizzazioni Sindacali, Sindaci, che prevede:

1. i primi 18 mesi dedicati alla rinascita amministrativa dell'Azienda, con la costituzione di una Stazione Unica appaltante per l'intera ASL che diventi operativa dal 1 gennaio 2013, e la razionalizzazione/valorizzazione del patrimonio immobiliare;
2. entro l'estate il completamento dell'azione di audit per Presidi e Distretti, già anticipata in alcune Delibere recentemente adottate in materia di personale medico e infermieristico;
3. per i Distretti e i Dipartimenti, una penetrante azione di razionalizzazione e di valorizzazione delle sinergie, ripristinando una equilibrata presenza del personale medico e infermieristico;
4. per i Presidi Ospedalieri:
 - a. i primi 6 mesi dedicati al completamento di alcune azioni di razionalizzazione già in corso, quali Scafati, Pagani, Polla- Sant'Arsenio e Agropoli;
 - b. misure di razionalizzazione e di specializzazione concordate e condivise dai Direttori sanitari, finalizzate ad ottenere nel II semestre del 2011 un reale risparmio sui costi (personale e acquisito di beni e servizi) del 5% sulla spesa storica del II semestre 2010;
 - c. il proseguimento di tale azione di razionalizzazione e specializzazione concordate e condivise dai Direttori sanitari, finalizzate ad ottenere:
 - (1) nel 2012 un reale risparmio sui costi (personale e acquisito di beni e servizi) di un ulteriore 10% sulla spesa storica a preconsuntivo del 2011;
 - (2) nel 2013, la stabilizzazione con un ulteriore reale risparmio del 5% sui costi (personale e acquisito di beni e servizi) sulla spesa storica a preconsuntivo del 2012;

- d. l'applicazione del decreto 49, nel caso in cui queste misure non risultino sufficientemente implementate, a partire dalla fine del II semestre 2013 e il completamento dell'attuazione del decreto 49 entro il 30 giugno 2014, a 3 anni dalla deliberazione del Piano Attuativo.

Ce la faremo?

Non lo so.

So, però, che se ce la faremo è perché tutti hanno fatto la loro parte, rinunciando a qualcosa.

Vi ringrazio.

Il Commissario Straordinario

Col. CC. Maurizio Bortoletti

*Consigliere del Ministro per la Pubblica Amministrazione
e l'Innovazione*

1. LA SITUAZIONE PREGRESSA

Per la formulazione del presente Piano Attuativo non si può non tenere conto di quanto contenuto nei provvedimenti normativi emanati a livello nazionale e regionale per l'attuazione di politiche di riequilibrio economico-finanziario e di riqualificazione dell'offerta sanitaria, ossia la disposizione a procedere al *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza, economicità ed efficacia”*.

A tale incipit si è parimenti ispirato il decreto n. 49 del 27/9/2010 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario di cui alla Deliberazione del Consiglio dei Ministri 24.4.2010.

A connettere a tale indirizzo normativo l'adozione del presente Piano Attuativo, è intervenuta la deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 90 del 7 marzo 2011, con la quale la gestione commissariale di questa Azienda Sanitaria è stata prorogata sino a quando, verificata la sussistenza delle necessarie condizioni, si renderà attuabile il passaggio alla gestione ordinaria con la nomina del Direttore Generale.

Con la stessa deliberazione, è stato assegnato a questa Gestione Commissariale il compito di proseguire le attività idonee a garantire *“...l'urgente completamento del processo di accorpamento della ASL Salerno, mediante l'adozione di provvedimenti di organizzazione volti a raggiungere il riordino e ripristino della completa governabilità dei processi amministrativi e contabili, pregiudiziale per il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario...”*; nonché il compito di dare esecuzione alle disposizioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione delle misure di razionalizzazione previste dal Piano di Rientro.

Riscontrate le formali premesse del presente Piano Attuativo, giova chiarire da subito la sua natura di atto aperto, destinato ad un cammino di verifiche e consultazioni a più livelli, di condivisione informata e consapevole con le istituzioni e rappresentanze del territorio, nel quale confluiscono inevitabilmente da una parte le indicazioni e prescrizioni del Decreto 49/2010 e dall'altra le peculiari opzioni organizzative reputate più idonee in chiave di buona amministrazione ed efficacia dei servizi offerti.

Confluiscono quindi nel Piano quelle istanze organizzative, sia di ambito ospedaliero che territoriale sostanzialmente riconducibili al richiamato Decreto 49/2010, in uno però ad una essenziale razionalizzazione delle aree preposte ai processi amministrativi e contabili, esplicitamente evocati con la citata deliberazione G.R.C. n. 90/2011 come pregiudiziali per il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario.

Siffatta dichiarazione di apertura, impegna questa Gestione Commissariale alla prosecuzione di un metodo ed una gestualità amministrativa che dal primo momento si è voluta improntata alla trasparenza delle scelte, con priorità assoluta al recupero di una corretta prassi amministrativa, dove il percorso degli atti sia totalmente avulso da casualità e ricondotto su binari il più possibile codificati secondo una completa aderenza alle norme.

Proprio in vista di tale impegno nonché di un corretto atteggiamento nei confronti della numerosa platea degli stakeholder cointeressati al presente atto, si profila indispensabile richiamare la fotografia della preesistente situazione della ASL Salerno, oltremodo impietosa sotto molteplici aspetti tra cui fanno spicco:

a) una drammatica emergenza finanziaria correlata alla ingente consistenza debitoria accertata, con costi di dirimente portata specificamente congiunti ad un debito alimentatosi da un esercizio all'altro senza alcun accenno ad una qualche inversione di tendenza;

b) una generalizzata distonia della prassi amministrativa aziendale, consolidatasi negli anni e costellata da ritardi sistematicamente stigmatizzati dal Collegio Sindacale, che sembra aver fatto smarrire una gestualità quotidiana improntata alla “buona amministrazione”.

Esemplificativo e eloquente a riguardo sono, da un lato i cospicui volumi di rilievi e pareri espressi dal Collegio Sindacale e, dall'altro la enorme mole del contenzioso interno ed esterno che l'Azienda ha ereditato dalla confluenza delle tre disciolte AA.SS.LL., vieppiù aggravato nel disordine amministrativo di un accorpamento peraltro niente affatto realizzato a due anni dalla costituzione giuridica della Azienda Sanitaria Salerno.

c) non meno grave, lo stato di arretratezza ed obsolescenza delle strutture e delle attrezzature biomedicali, che impatta sul regime autorizzatorio con possibili chiusure di reparti e/o strutture, già avvenute nel caso del Presidio Ospedaliero “Mauro Scarlato” di Scafati.

Il quadro dell'Azienda consegnata con la richiamata deliberazione G.R.C. n. 90 del 7 marzo 2011, è in compendio tratteggiato in alcuni fondamentali dati di partenza, più volte rappresentati al Presidente della Giunta Regionale:

- a. un disavanzo riportato in Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2010 di 1,7 miliardi di euro;
- b. una perdita di esercizio 2010 emergente dal Conto Economico consuntivo di oltre 291 milioni di euro;

- c. una perdita di esercizio del I trimestre 2011 di 64,3 milioni di euro;
- d. 625 rilievi o osservazioni del Collegio Sindacale nell'anno 2010 con 155 pareri negativi e decine di atti trasmessi alla Corte dei Conti;
- e. 518 ricorsi del personale sulle circa 9mila unità presenti, uno ogni 18 dipendenti, per un controvalore stimato in 9 milioni di euro, nella sola Area che fa riferimento alla ex ASL Salerno 2, cui si aggiungono 802 ricorsi dai fornitori dell'Azienda, 237 citazioni per danni, 327 altre cause a vario titolo e 40 liti pendenti davanti al TAR, per un controvalore stimato di sola quota capitaria di 207 milioni di euro;
- f. una gestione liquidatoria delle ex UUSLL che perdura da oltre un decennio senza una soluzione definitiva;
- g. un accorpamento delle ex ASL iniziato il 24 marzo 2009 che si è concretizzato nella sola unificazione, peraltro solo formale, di 7 Funzioni centrali, e che tuttora vede sopravvivere 117 posizioni dirigenziali con personale localizzato presso le sedi di Nocera e a Vallo che ha continuato a svolgere il proprio compito come se continuassero a vivere le vecchie realtà;
- h. l'assenza di qualsivoglia strumento di programmazione e controllo sistematico, se non quello lasciato alla buona volontà dei dirigenti o a vecchi regolamenti, spesso superati, che dopo la soppressione delle preesistenti realtà, sono tutti da omogeneizzare in quanto al loro effetto sulla prassi quotidiana. Grave è la soppressione della funzione di "controllo di gestione", nonché l'assenza di un "Piano degli interventi manutentivi", di un "Piano della formazione", di un "Regolamento per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali", di un "Regolamento economale", di un "Piano di programmazione dello straordinario e delle altre indennità accessorie", di un "Regolamento per l'utilizzo delle telefonia cellulare", sui quali si sta lavorando;
- i. una carenza di personale devastante che minaccia la realizzazione dei livelli minimi di assistenza, assicurati solo con un ricorso alle prestazioni di lavoro straordinario del tutto anomalo oltre che dispendioso.
- j. una situazione di carenze infrastrutturali drammatica, anche per quel che riguarda i servizi territoriali, che vede convivere realtà nuove inutilizzate, come era fino a qualche settimana fa per il Presidio Ospedaliero di Sarno.

2. MISSION E STRATEGIA

Il quadro tracciato della pregressa situazione dell'Azienda, conferisce al Piano Attuativo il tratto distintivo delle scelte obbligate, dove va di necessità proclamata e indicata la strada del rigore volto ad un recupero di efficienza che non penalizzi ma anzi migliori la qualità dell'assistenza e l'unitarietà degli interventi finalizzata alla centralità dell'assistito.

2.1 Cittadino guida e riferimento

Il come intraprendere tale strada ed innescare una dinamica virtuosa di contenimento della spesa ed incremento della efficacia delle cure, è la vera mission cui tutto il sistema deve tendere, facendo proprie quelle opzioni che incoraggiano il territorio a farsi voce ed intelligenza collettiva - *voice* nel senso in cui lo intendeva Albert Hirschman nel suo *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States* -, a partecipare la propria critica costruttiva per esigere qualità nei Servizi pubblici, con la consapevolezza di avere accesso ad una possibile offerta alternativa di privati competitor - *exit* nel paradigma hirschmaniano -, ma confermando la propria fiduciosa adesione al sistema pubblico dei servizi - *loyalty* - quando la qualità erogata ne comprova la sostanziale credibilità.

E' obiettivo del sistema, in sintesi, che i cittadini divengano fulcro e riferimento dell'azione amministrativa: la loro eventuale insoddisfazione per la qualità delle prestazioni ricevute, li dovrà indurre a protestare e cambiare fornitore. La contropartita di ciò deve ovviamente ricadere sul management dell'Azienda che è tenuto a dare un nuovo impulso ed un nuovo indirizzo alla propria azione. Affinché questo possa effettivamente attuarsi, occorre facilitare la *voice* e rendere l'*exit* una minaccia credibile (Cfr. Intervento del Ministro Renato Brunetta allo Shanghai Administration Institute - 22 aprile 2011)

E' implicito, inoltre, riconoscere nella veste di interlocutori e portatori dell'opzione *exit-voice-loyalty* l'intera platea degli **stakeholder** o gruppi di interesse: le associazioni, la stampa, il mondo delle professioni e quello imprenditoriale, il mondo accademico, il volontariato ed il no-profit.

In sintesi, *bisogna partire dall'assunto che la salute è un bene primario su cui tutti hanno diritto di esprimere il proprio pensiero, un settore delicato che deve essere retto da regole condivise o quantomeno comprese* (Cfr. Progetto Campania 2010-2015 con Caldoro Presidente - 27 febbraio 2010).

2.2 Integrazione organizzativa

Il disegno organizzativo del presente Piano basa la propria coerenza interna su due fondanti priorità strategiche, del tutto in linea con le analisi e le indicazioni fornite dal Decreto 49, che sono :

- a. il sistema della rete dell'emergenza-urgenza;
- b. l'integrazione ospedale-territorio.

Tale duplice opzione rappresenta il cardine essenziale su cui ruota l'intera riorganizzazione dei servizi in ambito sia ospedaliero che territoriale, e trova il proprio razionale assetto dal lato dell'emergenza-urgenza nel modello operativo cd *hub and spoke*, e da quello della integrazione ospedale-territorio in un visibile potenziamento della rete dei servizi territoriali, cui in larga parte concorre la riconversione di talune strutture ospedaliere in *Strutture Polifunzionali per la Salute e/o Ospedali di Comunità* .

Sull'abbrivio di tale incipit organizzativo, si ritiene di poter migliorare l'offerta, razionalizzarla ed integrarla in ogni sua fase, prevedendo percorsi sia per l'emergenza che per la diagnostica e la terapia sul territorio, oltre che per le fasi di riabilitazione, lungodegenza e cronicità. Punto di maggior debolezza del sistema è, infatti rappresentato dalla frammentazione dell'offerta sanitaria, fatalmente origine di tempi d'attesa insostenibili, scarsa qualità delle cure, costi elevati e grave inadeguatezza sia nella fase di intercettazione che in quella di gestione del bisogno assistenziale.

La rete assistenziale integrata deve configurarsi come l'insieme di:

- ospedale territoriale come realtà da qualificare in relazione alla fascia assistenziale residenziale a bassa soglia di intensità;
- le strutture di alta specialità ed ad elevata tecnologia sia territoriale che ospedaliera;
- l'insieme degli interventi di prevenzione e di cure primarie presenti sul territorio, nonché l'integrazione di queste sia con l'ospedale territoriale che con le strutture di alta specialità.

L'organizzazione della rete assistenziale ospedaliera secondo il modello *hub and spoke*, contempla la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in **centri di riferimento provinciale** (hub), supportati dalla rete di servizi satelliti ospedalieri e distrettuali (spoke), cui compete anche la selezione dei pazienti ed il loro eventuale invio ai centri di riferimento.

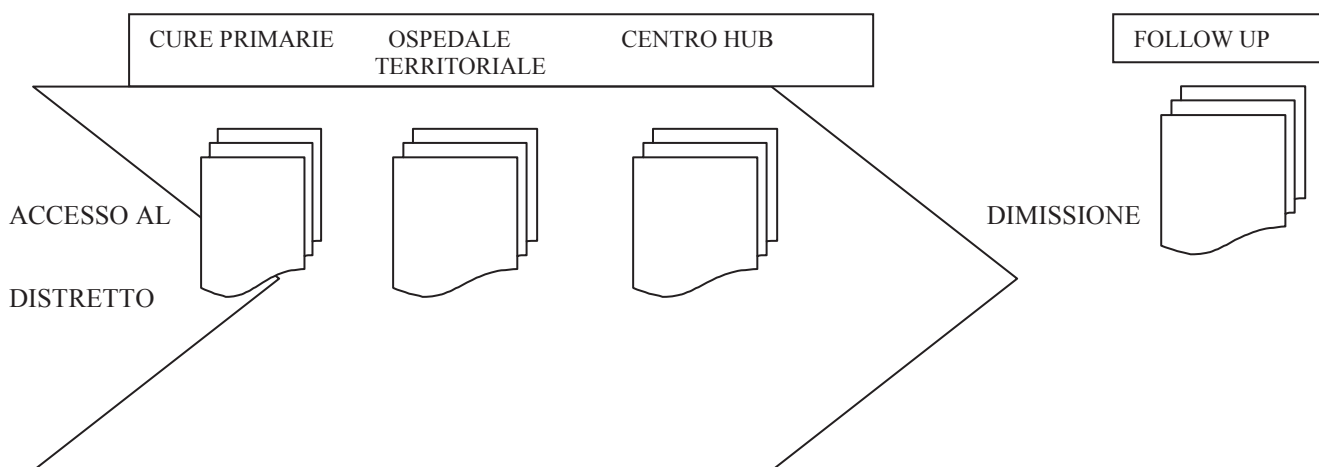
Questo modello organizzativo consente:

- una distribuzione dei servizi sul territorio tale da garantire una migliore facilità di accesso ai cittadini;
- di accogliere e soddisfare la domanda nel più appropriato setting assistenziale;
- di concentrare gli interventi ad elevata complessità in centri che assicurano qualità clinica e sostenibilità economica.

Il modello di integrazione all'interno e tra le due reti, coniuga necessariamente la riorganizzazione della rete ospedaliera con un effettivo potenziamento della medicina del territorio, prioritariamente orientato ai seguenti obiettivi:

- garantire livelli di assistenza sanitaria omogenei sull'intero territorio provinciale;
- valorizzare le cure primarie per soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio alle strutture sanitarie di secondo livello.

L'organizzazione dei servizi va di necessità a privilegiare una logica di deospedalizzazione, dove la mission del Distretto Sanitario diviene quella di principale committente del cittadino-utente-cliente. Dismessa la sua veste prevalentemente burocratica, il Distretto Sanitario funge da punto di accesso del bisogno di salute, di analisi e decodifica della domanda, nonché orientamento della stessa nel panel integrato dei servizi sanitari e socio-sanitari, lungo una scala crescente di intensità assistenziale.



Il Distretto Sanitario si costituisce cabina di regia del percorso assistenziale integrato, dall'accoglienza, alla valutazione e decodifica della domanda, al coinvolgimento delle varie professionalità presenti sul territorio, fino al monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate e garanzia della qualità dei servizi offerti.

La presa in carico da parte del Distretto Sanitario, in sintesi, va a garantire la sequenza dei setting assistenziali dove l'affidamento ospedaliero ad alta intensità è previsto solo se necessario; e anche in questo caso, la regia del percorso che giunge fino alla dimissione protetta ed al follow-up domiciliare spetta al Distretto attraverso le sue articolazioni territoriali.

La conseguente razionalizzazione delle prestazioni, ed il correlativo contenimento di spesa, passano attraverso percorsi integrazione territorio-ospedale codificati per le singole patologie, in cui le cure primarie filtrano la domanda a tutto vantaggio dei livelli ambulatori e ospedalieri complessi, dove si evita inutile affollamento di domanda, incremento dei tempi di attesa e scadimento delle prestazioni.

Punti di forza della rete di integrazione per un efficace filtro all'accesso ospedaliero devono essere :

- la collaborazione tra le figure mediche e con le altre professionalità che operano sul territorio, tra cui in primo luogo medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- percorsi diagnostici codificati, condivisi con i MMG e resi noti ai cittadini;
- pubblicizzazione dei centri di riferimento di elevata complessità diagnostica;
- integrazione tra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale nella gestione delle patologie acute ed in quelle croniche;
- valorizzazione delle professionalità e delle prestazioni erogate dagli ospedali territoriali;
- Orientamento del paziente in prima istanza all'ospedale territoriale, anche in previsione di eventuale trasferimento al centro ad alta complessità (hub);
- in uscita dal percorso ospedaliero, dimissione protetta al proprio domicilio, con definizione anticipata del percorso post-acuzie all'interno della rete di assistenza territoriale e/o della rete di accoglienza riabilitativa.

Su tale matrice sono ovviamente da definire tutti i *percorsi diagnostico terapeutici per patologie di rilevante interesse*.

Il modello organizzativo integrato vuole essenzialmente conseguire una modalità del tutto nuova di mediazione tra le esigenze assistenziale del territorio e quelle operative dell'ospedale, nel segno dell'efficienza e del risparmio, della rivalutazione delle tante qualificate professionalità sanitarie, ma soprattutto dell'impegno a ridurre per il paziente il disagio di percorsi diagnostici e terapeutici inappropriati.

Emergenza-urgenza

La rete di emergenza-urgenza rappresenta l'altro cardine portante nella configurazione dei servizi, dove l'accezione del termine *rete* rappresenta il più efficace richiamo al nodale principio della unitarietà e della gestione integrata degli interventi, a garanzia di quel mix di qualità e tempestività oltremodo decisivo nelle situazioni emergenziali, per una risposta appropriata ed efficace.

La valenza strategica della rete di emergenza-urgenza è valutabile in termini di efficacia ed efficienza in relazione a taluni specifici risvolti, quali:

- la riduzione dell'intervallo di free therapy, e quindi il miglioramento degli esiti delle patologie trattate in urgenza-emergenza;
- l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, grazie alla individuazione della più adeguata struttura di destinazione;
- l'attivazione delle reti specialistiche, in particolare quelle a più alta complessità e maggiore impatto sanitario territoriale: *a) infarto del miocardio acuto; b) ictus; c) politrauma.*

Sul piano istituzionale, l'istanza integrativa della rete si declina attraverso i due Dipartimenti Integrati di Emergenza, DIE 1 Salerno e DIE 2 Salerno, che coprono l'intero ambito territoriale della Provincia e presiedono al governano unitario di tutte le componenti territoriali ed ospedaliere dell'emergenza:

- a) Allarme Sanitario;
- b) Trasporto Infermi;
- c) Servizio Territoriale Emergenza-Urgenza;
- d) Attività di Emergenza Ospedaliera.

Inoltre, tramite la componente elisoccorso, il sistema deve coniugare il più alto livello di intensività degli interventi con l'abbattimento massimo possibile dei tempi di risposta e di ospedalizzazione presso la più idonea struttura, modalità che dispiega i suoi massimi vantaggi nel collegamento con i luoghi più remoti e distanti dai punti di ospedalizzazione.

La modalità di attivazione della rete è quella hub and spoke ed è improntata al coordinamento dei sottosistemi territoriali ed ospedalieri al fine di garantire:

- la gestione integrata del personale medico ed infermieristico operante nell'area di emergenza-urgenza (Centrali Operative 118, Emergenza territoriale, Pronto soccorso, Unità di medicina d'urgenza);
- la partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di emergenza dei Pronto soccorso, limitatamente ai codici bianche, negli ambulatori dedicati h24;
- il raccordo tra le Centrali Operative e le strutture ospedaliere organizzate nei tre livelli gerarchici di complessità.

Il sistema di rete per l'emergenza-urgenza presenta, in sintesi, una duplice componente, territoriale ed ospedaliera.

La prima è costituita dai sottosistemi integrati di:

- a) allarme sanitario Centrali Operative 118;
- b) Unità operative territoriali di emergenza.

La seconda è costituita dalla rete di servizi e presidi ospedalieri organizzati secondo i tre livelli gerarchici di complessità come individuati con il Decreto 49/2010.

Le istanze di integrazione ed unitarietà degli interventi, cui questa Gestione Commissariale si è in via di principio richiamata fin dall'inizio soprattutto nell'ambito della emergenza sanitaria, ed a cui è conformata l'architettura stessa dell'organizzazione configurata con il presente Piano, saranno fattivamente declinabili solo con un impegno comune a presidiare costantemente i punti di raccordo tra tutte le strutture e le componenti aziendali e dipartimentali coinvolte (Centrali operative, Pronto soccorso, Unità territoriali di emergenza, Unità specialistiche ospedaliere ed extraospedaliere), nonchè tutte le agenzie territoriali collateralmente deputate all'emergenza (Vigili del Fuoco, Protezione Civile, etc.;).

Il più sintomatico banco di prova di una sanità che va a riorganizzarsi sulla nuova e più estesa base territoriale provinciale, è proprio rappresentato dalle risposte che l'Azienda saprà fornire nelle situazioni di urgenza ed emergenza sanitarie, dalle modalità di rete che si sapranno imbastire e mettere in campo, nonché dai relativi outcome valutabili nel medio e lungo termine in relazione alle casistiche dello specifico ambito di intervento.

3. RIASSETTO AMMINISTRATIVO-GESTIONALE

3.1 Il modello amministrativo-gestionale

Questa Gestione Commissariale, come evidenziato nelle note introduttive, ritiene che la definizione del Piano Attuativo Aziendale di tipo sanitario non possa prescindere, come indicato nella deliberazione G.R.C. n. 90 del 7 marzo 2011, dall'adozione di provvedimenti di organizzazione finalizzati al raggiungimento del riordino e ripristino della completa governabilità dei processi amministrativi e contabili, al fine di perseguire l'obiettivo finale dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda, della sua governabilità e dell'efficienza ed efficacia dei servizi erogati.

A tale scopo appare indispensabile disegnare l'architettura minima per l'ottimale funzionamento dell'Azienda, senza la quale regnerebbe caos gestionale e anarchia amministrativa.

L'ASL di Salerno, oltre a presentare una serie di gravi criticità, alcune ereditate dalle disciolte ASL, altre emerse recentemente ed evidenziate in premessa al presente Piano, è un'Azienda ad elevata complessità per una molteplicità di fattori specifici, tra l'altro comuni a tutte le Aziende sanitarie, quali le caratteristiche della domanda e dell'offerta, il sistema economico-finanziario, le specificità socio-organizzative del suo funzionamento.

Numerosi e diversificati sono gli obiettivi che persegue, tra i quali i più importanti sono: l'assistenza ospedaliera per mezzo dei suoi Presidi, l'assistenza sanitaria di base tramite i medici convenzionati, la riabilitazione fisica, psichica e sociale, l'igiene ambientale, la promozione della salute nei luoghi di lavoro, l'igiene e l'assistenza veterinaria, l'educazione sanitaria e la prevenzione.

E' evidente, quindi, come ad una pluralità di obiettivi da perseguire corrispondano diverse e diversificate attività di gestione, da quella amministrativa, a quelle gestionali igienico-sanitaria, diagnostico-terapeutica, assistenziale, alberghiera etc..

Queste attività, che rappresentano il core-business dell'Azienda, a seguito della cessazione delle tre ASL Salerno 1, Salerno 2 e Salerno 3 e dei rispettivi Atti Aziendali, sono state svolte in maniera confusa e poco efficace. In due anni di commissariamento non si sono registrati significativi interventi di riorganizzazione del nuovo soggetto giuridico, con la conseguenza che il personale dirigenziale responsabile delle strutture organizzative si è gradualmente demotivato e deresponsabilizzato e tutte le attività sono state accentrate alla Direzione Aziendale che, non supportata nella sua azione da centri decisionali decentrati con poteri e responsabilità autonomi, ha avuto enormi difficoltà nell'azione di governance.

Le criticità appena evidenziate per l'ASL di Salerno sono comuni a molte Aziende sanitarie, alcune delle quali hanno provato a risolverle sostituendo il modello amministrativo-burocratico - fondato sul principio della gerarchia e della distribuzione del potere sbilanciata verso il vertice - con l'adozione di un modello c.d. di "direzione multipla" che consiste nel distribuire il potere decisionale a diversi centri, quali le Funzioni Centrali, le Direzioni dei Distretti Sanitari di Base, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti.

Questa Direzione Commissariale ritiene il citato modello senz'altro valido e da sperimentare anche per l'ASL di Salerno, con alcuni accorgimenti che di qui a poco si illustreranno.

Il modello di "direzione multipla" in molti casi non ha prodotto i risultati sperati per tre motivi fondamentali:

- non è stato adeguatamente partecipato al personale medico che, spesso, stenta a capire le logiche "manageriali", privilegiando l'efficacia delle cure rispetto alla razionalità economica;
- mancanza di unitarietà del processo complessivo con deficit di coordinamento tra il livello del top management e del middle management;
- mancanza di un Piano delle Competenze dei Dirigenti delle macrostrutture, di un Piano dei Centri di Responsabilità, di un Piano delle Performance che valorizzino e responsabilizzino i titolari dei centri decisionali decentrati.

Il nuovo modello di gestione che si intende proporre, tiene conto delle criticità appena descritte ed intende intervenire con degli accorgimenti finalizzati:

- al superamento del mancato coinvolgimento dei medici mediante la massima partecipazione degli stessi nella gestione, il loro coinvolgimento nella definizione di obiettivi e politiche sanitarie;
- al superamento della mancanza di unitarietà del processo complessivo, mediante un coordinamento di ordine superiore (dipartimenti gestionali) preposto ad altri coordinamenti particolari (strutture complesse), sotto la guida di un governo generale che li rende compatibili (top management);
- la creazione di un modello coordinato e partecipato di gestione dell'Azienda, aperto a suggerimenti e miglioramenti, nonché la massima valorizzazione e responsabilizzazione dei titolari dei centri decisionali decentrati, mediante:
 - a) l'adozione del Piano delle competenze dei dirigenti;
 - b) l'adozione del Piano dei Centri di responsabilità;
 - c) l'utilizzo della delega di funzioni;
 - d) l'adozione del Piano delle Performance;

e) l'attivazione del processo di budgeting.

La delega di funzioni riveste particolare importanza e sarà oggetto di una specifica deliberazione al fine di dare concreta effettività al D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni nella parte in cui stabilisce il principio di distinzione fra le funzioni ed i poteri di programmazione, indirizzo e controllo da un lato – spettanti agli organi di governo - e la gestione amministrativa, finanziaria e tecnica attribuita ai dirigenti e responsabili dei servizi.

Solo attuando concretamente il suddetto principio di distinzione, infatti, il nuovo sistema organizzativo potrà avere successo, con conseguente impatto sulla semplificazione e sulla accelerazione delle procedure, permettendo il recupero di una sana gestualità amministrativa, indispensabile per erogare servizi efficienti ai pazienti.

Si prevede, quindi, un modello gestionale basato su una architettura semplificata ma efficiente, in linea con quanto previsto dalla Regione Campania in merito alla riduzione dei costi di gestione, che verranno sensibilmente ridotti a seguito della soppressione di moltissime strutture complesse la cui efficacia appare dubbia, fermo restando che saranno comunque assicurate tutte le funzioni previste dalla legge che precedentemente erano svolte nell'ambito di Strutture complesse sopresse con il presente Piano.

E' il caso delle strutture in staff alle Direzioni Generali e Sanitaria delle disciolte ASL, che superano le cento unità, e che sono, in alcuni casi ridondanti, prive di complessità ed inefficaci.

Il presente Piano prevede la soppressione delle suddette strutture e la creazione di una sola tecnostruttura in staff alla Direzione Strategica, denominata Dipartimento Supporto Direzione Strategica, che coordinerà meno di dieci unità operative complesse come di seguito specificate, al fine di fornire la necessaria consulenza tecnica alla Direzione aziendale per le attività di supporto alle decisioni strategiche.

Per la Direzione Sanitaria, analogamente, si prevede la soppressione delle strutture complesse e semplici riconducibili all'assetto organizzativo delle disciolte ASL, e la creazione di un sola tecnostruttura denominata Dipartimento Supporto Politiche Sanitarie che coordinerà alcune strutture complesse, anche qui meno di dieci, deputate al supporto delle attività di programmazione e controllo di tipo sanitario, anche volte all'attuazione del Decreto 49.

Anche per le Funzioni Centrali è prevista una struttura dipartimentale di tipo gestionale, denominata Dipartimento Supporto Direzione Amministrativa, che sarà di seguito illustrata e che avrà il compito di coordinare la gestione del budget e la risoluzione delle problematiche delle strutture centrali, quali la omogeneizzazione di procedure amministrative e la revisione dei processi.

3.2 La dipartimentalizzazione

Grande importanza, dunque, riveste nella riorganizzazione delineata il coordinamento di ordine superiore rappresentato dai Dipartimenti, che saranno:

- a) Funzionali;
- b) Gestionali;
- c) Strutturali.

Il Dipartimento Funzionale

Il Dipartimento Funzionale è un'aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Non è dotato di autonomia gestionale. Riveste carattere trans-murale e si caratterizza per la logica di integrazione Distretto-Ospedale-Distretto.

Esso ha il compito di garantire il governo clinico e l'omogeneizzazione delle procedure e dei percorsi integrati distretto – ospedale – distretto all'interno del territorio aziendale, di implementare attività di formazione ed aggiornamento tecnico – professionale degli operatori e di diffusione delle conoscenze.

Al Dipartimento è affidato il compito di monitorare il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte e le attività di reportistica relative ai carichi di lavoro ed alle prestazioni erogate per ciascun ambito o settore di attività.

Attiene ad esso la realizzazione di azioni di rete sulle tematiche dei percorsi integrati e la stesura di protocolli e linee-guida condivise, la loro implementazione sul territorio ed il periodico aggiornamento, anche alla luce del progressivo sviluppo delle conoscenze.

Al Dipartimento funzionale, inoltre, spetta il compito di monitorare il processo di informatizzazione delle attività e dei percorsi offerti, attraverso modelli orientati alla de – materializzazione, alla semplificazione ed alla condivisione di dati tra operatori.

Il Dipartimento è inoltre tenuto a garantire uniforme applicazione di normative nazionali e regionali, anche in riferimento ai contratti di lavoro ed agli indirizzi operativi aziendali.

Il carattere trans- murale dei Dipartimenti in parola concretizza nei fatti l'integrazione e l'interazione tra i diversi segmenti assistenziali, siano essi sviluppati in ambito ospedaliero o territoriale, e posiziona il processo di cura su una unica traiettoria assistenziale sviluppata in base a gradienti di intensità sanitaria. In tale integrazione/interazione, le risposte offerte sono caratterizzate da massimi livelli di appropriatezza, all'interno di un processo continuo di formazione ed aggiornamento condiviso tra tutti gli operatori della rete.

Sono istituiti i seguenti Dipartimenti Funzionali Integrati Ospedale-Distretto:

a) Dipartimento Funzionale Materno-Infantile:

al quale afferiscono per le specifiche competenze, le strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, che operano nel settore.

b) Dipartimento Funzionale Oncologico:

al quale afferiscono strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, che operano nel settore, ivi compreso tutte le attività di screening e di prevenzione oncologica implementate nel territorio aziendale.

c) Dipartimento Funzionale Cure Primarie:

al quale afferiscono strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, che operano nel settore, ed in particolare le attività di assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale, di geriatria, di cure domiciliari e di diabetologia

d) Dipartimento Funzionale per le Dipendenze Patologiche:

al quale afferiscono per le specifiche competenze, le strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, che operano nel settore .

I Dipartimenti Funzionali Ospedalieri sono:

- a. DIPARTIMENTO FUNZIONALE AREA MEDICA
- b. DIPARTIMENTO FUNZIONALE AREA CHIRURGICA
- c. DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI EMERGENZA
- d. DIPARTIMENTO FUNZIONALE DEI SERVIZI

Il Dipartimento Gestionale

Il Dipartimento Gestionale svolge, al pari del Dipartimento Funzionale, attività di integrazione funzionale tra le strutture afferenti e di omogeneizzazione delle procedure. Inoltre, si caratterizza per svolgere funzioni gestionali quale tecno-struttura snella, deputata essenzialmente alla programmazione, al monitoraggio e controllo delle attività, secondo un modello reticolare che garantisce, attraverso il processo di budgeting una sostanziale omogeneità ed unitarietà nella definizione degli obiettivi operativi e delle relative risorse. In tale processo quindi, il Dipartimento Gestionale si connota essenzialmente come centro di negoziazione, quale interfaccia tra i Centri di budget afferenti e la Direzione Strategica, garantendo un ruolo di supporto e coordinamento operativo nel complessivo ciclo razionale di programmazione. Le strutture afferenti mantengono la propria autonomia tecnico-amministrativa, nel rispetto della responsabilità professionale.

I Dipartimenti Gestionali dell'Azienda sono:

- a. DIPARTIMENTO SUPPORTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA
- b. DIPARTIMENTO SUPPORTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
- c. DIPARTIMENTO SUPPORTO POLITICHE SANITARIE
- d. DIPARTIMENTO GESTIONALE PRESIDIO OSPEDALIERI AREA NORD
- e. DIPARTIMENTO GESTIONALE PRESIDIO OSPEDALIERI AREA SUD
- f. DIPARTIMENTO GESTIONALE PRESIDIO OSPEDALIERI VALLE DEL SELE (fino a costituzione del Presidio Ospedaliero Unico "Valle del Sele")
- g. DIPARTIMENTO GESTIONALE MEDICINA DI COMUNITA'
- h. DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA NORD
- i. DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA SUD

Il Dipartimento Strutturale

Il Dipartimento Strutturale è una struttura con autonomia organizzativa e di budget, costituita da strutture complesse e semplici omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti e sviluppano modelli organizzativi integrati.

Le strutture del Dipartimento sono aggregate secondo tipologie organizzative volte a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti ed agli obiettivi assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento, ispirate all'efficienza e alla qualità dei risultati.

In particolare, l'organizzazione dovrà essere orientata prioritariamente all'efficienza ed alla centralità del cittadino.

A tale scopo il Dipartimento persegue i seguenti obiettivi:

1. la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, degli spazi, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
2. il miglioramento dell'efficienza dei processi organizzativi attraverso il coordinamento e l'integrazione delle attività delle strutture del Dipartimento per raggiungere il miglior servizio a costi appropriati;
3. il miglioramento continuo della qualità dei servizi a favore del cittadino, degli enti territoriali e degli altri enti pubblici che intrattengono rapporti istituzionali con l'Azienda;
4. lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nella gestione della risorsa umana e professionale, favorendo il lavoro di équipe interdisciplinare e multiprofessionale.

I Dipartimenti Strutturali dell'Azienda sono:

- a. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
- b. DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Organo del Dipartimento è il Direttore.

Il Direttore del Dipartimento funzionale o gestionale, il cui incarico ha natura fiduciaria, è nominato direttamente dal Direttore Generale tra i Direttori delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento, previa valutazione curriculare;

decade in caso di decadenza del Direttore Generale, e resta comunque in carica fino alla nomina del nuovo Direttore di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento strutturale è nominato secondo le previsioni di legge, contrattuali e regolamentari.

Il Direttore del Dipartimento gestionale svolge le seguenti attività:

- formula il piano delle attività, dell'impiego delle risorse e degli spazi fisici assegnati, dell'insieme delle strutture afferenti;
- monitora e verifica le attività;
- negozia il budget;
- verifica l'adeguamento tecnologico ed il miglior utilizzo delle risorse comuni;
- promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali che operano nell'ambito del Dipartimento;
- coordina le articolazioni organizzative di riferimento (Unità operative afferenti) assicurandone l'integrazione con quelle delle altre Strutture aziendali;
- è responsabile dei risultati delle attività e della realizzazione dei programmi, progetti ed obiettivi assegnati;
- svolge le attività delegate dalla Direzione aziendale.

Il Direttore del Dipartimento strutturale, oltre alle attività elencate al precedente capoverso, espleta le attività dettagliate nel paragrafo riconducibile ai Dipartimenti strutturali.

Il Direttore del Dipartimento funzionale espleta le attività dettagliate nel paragrafo riconducibile ai Dipartimenti funzionali.

3.3 Attività delle Strutture Aziendali

Preliminarmente alla declaratoria delle strutture delle attività dell'Azienda, si evidenzia che tutte le attività enunciate nei paragrafi successivi riconducibili alle tipologie di dipartimento, struttura complessa e struttura semplice, non sono da ritenersi esaustive ma indicative. La completezza di dettaglio è rinviata a specifici provvedimenti successivi.

STAFF DIREZIONE GENERALE

La scelta di non inserire le due strutture sottoelencate nel Dipartimento Supporto Direzione Strategica è motivata dal fatto che, ai sensi della normativa vigente le funzioni da esse espletate sono direttamente in capo al Direttore Generale nella sua qualità di datore di lavoro

- a. **MEDICINA DEL LAVORO AZIENDALE SORVEGLIANZA SANITARIA** con le strutture semplici:
 - Protezione della Salute Sorveglianza Sanitaria;
 - Medicina e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro Aziendali Sorveglianza Sanitaria.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- predisposizione e attuazione delle misure per la tutela della salute psico-fisica dei lavoratori;
- formazione e informazione dei lavoratori per la parte di competenza, nonché sulla organizzazione del servizio di primo soccorso;
- collaborazione all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi di responsabilità sociale;
- programmazione e attuazione della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 del D. L.gs 81/2008, attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici, secondo i più avanzati indirizzi scientifici;
- definizione di protocolli sanitari, tecnici ed operativi per la uniformità delle metodiche di lavoro nei diversi ambiti aziendali e nella interazione con i diversi Enti ed Organismi esterni (Protezione Civile, Prefettura, Volontariato, ONLUS, Regione etc.).

- b. **SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE** con le Strutture semplici:
 - Rischio Chimico, Biologico e Psicologico;
 - Rischio Incendio, Emergenze Ingegneristico e Fisico.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- partecipa alle visite ispettive degli organi di vigilanza e di polizia giudiziaria e alle inchieste interne per infortuni sul lavoro;
- organizza i piani di emergenza e di prevenzione incendi, nonché la formazione degli addetti alle squadre di emergenza antincendio;
- è riferimento dell'attività dell'Esperto Qualificato di Radioprotezione, ai sensi del D.lgs. 230 del 17/03/95, come integrato dal D.lgs. 241 del 26/05/2000 e dal successivo D.lgs. 257 del 09/07/2002, in quanto la relazione dell'Esperto costituisce di fatto il Documento di Valutazione dei Rischi IR;
- è riferimento dell'attività dell'Esperto Responsabile di Risonanza Magnetica, ai sensi del DM 02/08/91 e DPR n. 542/94;
- è dell'attività del Addetto alla Sicurezza Laser, ai sensi del combinato disposto del D.Lgs. 81/08, Capo V e Norma CEI EN 60825, parte 1, CEI 76-6 parte 8;
- fornisce consulenza, per la redazione dei Piani di Emergenza Esterna dell'ASL SALERNO, l'addestramento teorico e pratico delle figure dell'emergenza, il coordinamento da parte dell'ASL per i rapporti con la Protezione Civile e i COC del territorio;
- fornisce la necessaria consulenza alle strutture dell'Azienda per il miglioramento degli standard di sicurezza e salute dei lavoratori; in particolare, su richiesta della D.G., esprime pareri di competenza riguardo alle nuove progettazioni di strutture sanitarie e modificazioni o trasformazioni delle strutture sanitarie esistenti;
- promuove il coordinamento tra le varie strutture aziendali in aderenza alle indicazioni nazionali e regionali, implementando la cultura della prevenzione;
- valutazione del rischio Ingegneristico e Fisico su: impianti tecnologici, impianti elettrici ed elettronici, rumore, vibrazioni, radiazioni ionizzanti (RI), radiazioni non ionizzanti (NIR), illuminazione, microclima, rischio ergonomico, VDT, movimentazione dei carichi, apparecchi elettromedicali;
- valutazione del rischio incendio e sua classificazione ai sensi del D.M. 10 marzo 1998, con valutazione delle strutture alla luce di eventuali regole tecniche emanate dai VVFF, e stesura dei relativi piani di adeguamento, unitamente alla valutazione degli altri rischi connessi a tutte le situazioni di emergenza e stesura dei relativi piani di adeguamento, nonché predisposizione dei Piani di Emergenza di cui all'art. 3 del D.M. 10 marzo 1998, con formazione diretta in materia antincendio.

- Valutazione del Rischio Chimico, Biologico e Psicologico, come previsto dal D.lgs. 81/08, al Titolo IX, Capo I (Protezione da agenti chimici), al Titolo IX, Capo II (Protezione da agenti cancerogeni e mutageni), al Titolo IX, Capo III (Protezione dai rischi connessi all'esposizione all'amianto), al successivo Titolo X (Esposizione ad agenti biologici), e valutazione dello stress-lavoro correlato e i rischi trasversali di origine psicosociale.

DIPARTIMENTO SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA

E' una tecnostruttura di livello superiore che funge da interfaccia tra il top management rappresentato dalla Direzione aziendale e le strutture particolari di coordinamento, strutture complesse specificate nell'organigramma.

Oltre ad avere compiti di omogeneizzazione delle procedure e a gestire gli strumenti di programmazione e controllo riconducibili alle attività di alta direzione, svolge funzioni gestionali con particolare riferimento alla titolarità del processo di budgeting di cui è diretto interlocutore del Direttore Generale.

Coordina inoltre, tutte le attività tecniche e consulenziali poste in essere dalle unità operative complesse relative alla programmazione, indirizzo e controllo, rappresentando l'interlocutore unico della Direzione Generale ferme restando le attribuzioni e le responsabilità dei singoli dirigenti a capo delle unità operative afferenti.

Coordina in particolare le attività relative alla predisposizione del piano annuale dei controlli redatto su specifiche indicazioni della Direzione Strategica.

Afferiscono al Dipartimento le seguenti strutture complesse:

a. SEGRETERIA DIREZIONALE con la Struttura Semplice:

- Privacy;

La Segreteria Direzionale ha il compito principale di supporto tecnico gestionale alla Direzione Strategica e svolge altresì le seguenti attività:

- supporto alla Direzione Strategica rispetto all'attività della stessa con esclusione di quella che sfocia in deliberazioni;
- assistenza e supporto nei rapporti con le Strutture aziendali;
- le attività connesse al funzionamento della Direzione strategica nel suo complesso, con riferimento a quelle inerenti agli adempimenti relativi alla corrispondenza e al suo smistamento, alla segreteria telefonica ed alla gestione dell'agenda appuntamenti;

- cura delle relazioni esterne, con riferimento soprattutto alle relazioni istituzionali (Ministeri, Regione; Province, Comuni, Università, altre ASL, etc.);
- cura della tenuta dei registri degli atti di competenza della Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa;
- programmazione di attività di valenza strategica (convegni, eventi, conferenze etc.);
- tutti gli adempimenti relativi alla normativa concernente la privacy;
- gestione segreteria di sicurezza atti della Direzione Strategica.

b. INTERNAL AUDITING con le Strutture semplici:

- Internal audit e compliance;
- Programmazione e Controllo Progetti Aziendali;
- Sviluppo Strategico e Organizzativo.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- analisi dei sistemi di controllo e riprogettazione di un complessivo sistema di controllo flessibile e dinamico presidiato dall'Azienda a livello organizzativo ed informatico (Piano dei Controlli Aziendali Integrato);
- supporto consulenziale all'alta Direzione circa l'attendibilità ed il funzionamento dell'insieme delle procedure e delle regole che presidiano la gestione contabile e la produzione di report contabili;
- supporto consulenziale all'alta Direzione finalizzato per la verifica dei controlli deputati al confronto tra obiettivi di conformità alle normative applicabili e comportamenti adottati;
- verifica di corretti procedimenti amministrativi;
- analisi della qualità dei dati contabili;
- programmazione e controllo di tutte le attività relative ai progetti aziendali anche con l'utilizzo di fondi a destinazione finalizzata;
- proposta, applicazione e verifica di strumenti di linee guida e regolamenti per la omogeneità delle procedure organizzative e amministrative.

c. MONITORAGGIO E CONTROLLO con le strutture semplici:

- Budget e Programmazione;
- Reporting e Contabilità Direzionale;
- Sistema Informativo.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- è preposta alla realizzazione del controllo di gestione e allo sviluppo del patrimonio del sistema informativo aziendale, da intendersi nella sua più larga accezione di insieme di elementi che raccolgono, elaborano, scambiano ed archiviano dati, con lo scopo di produrre e distribuire le informazioni ai soggetti che ne necessitano per le funzioni decisionali e di controllo;
- supporta la Direzione Strategica in ogni decisione;
- presidia il processo di budgeting responsabilizzando sull'efficiente utilizzo delle risorse tutti i Macro-Centri di Responsabilità che rispondono del conseguimento degli obiettivi aziendali;
- finalizza il sistema informativo aziendale ai principi di efficienza, di efficacia e di qualità, ed allo sviluppo di un linguaggio comune che consenta l'interscambio informativo con il sistema sanitario regionale (*NSIS*).
- cura l'analisi per Centri di responsabilità.

d. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO COMMITTENZA con le Strutture Semplici:

- Programmazione e Controllo Prestazioni Sanitarie;
- Programmazione e Controllo Prestazioni Sociosanitarie;
- Servizio Ispettivo.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- gestione delle procedure di autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie e di accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni socio-sanitarie dell'intera rete di offerta dell'Azienda;
- contrattazione delle prestazioni sanitarie presso i Centri accreditati;
- analisi, verifica e controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni rese dai Centri accreditati.

Nel caso in cui il potere autorizzatorio in materia di accreditamento dovesse ritornare in capo alla Regione, così come indicato nel decreto n. 22 del 22 marzo 2011, la UOC sarà tramutata in Strutture Semplice dipartimentale denominata Servizio Ispettivo, con compiti esclusivi di ispezione e controllo anche in materia contabile.

e. COMUNICAZIONE con le seguenti Strutture Semplici:

- Comunicazione Esterna e Rapporti con la Stampa;
- Marketing Territoriale e Comunicazione Interna.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- coordina l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- gestisce il sito web dell'Azienda;
- gestisce il sistema di raccolta dei reclami;
- redige il Piano di Comunicazione aziendale con indicazione delle tipologie di intervento, tempi, azioni e realizzazione delle attività previste;
- gestisce i rapporti con i media sia locali che nazionali;
- promuove un'immagine positiva dell'Azienda e del Servizio Sanitario Regionale;
- promuove e gestisce strategie di marketing;
- organizza gli eventi pubblici dell'Azienda e ne cura il relativo cerimoniale.

f. FORMAZIONE con le seguenti Strutture Semplici:

- Programmazione Monitoraggio e Valutazione;
- Attuazione e Gestione delle Attività Formative.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- formazione interna ed esterna e aggiornamento del personale dipendente e convenzionato;
- accreditamento ECM;
- formazione Universitaria nei corsi di laurea delle professioni sanitarie;
- tirocinio e tutorship (tirocinio pre-laurea e post-laurea, di specializzazione, di master) previa convenzione con Università pubbliche e private, con scuole ed Enti di formazione;
- corsi triennali di Formazione specifica in Medicina Generale;
- elaborazione di atti di indirizzo e regolamenti sulla Formazione del personale, Formazione universitaria e Specialistica, e sui Tirocinii;
- analisi del fabbisogno formativo;
- elaborazione del Piano Formazione;
- monitoraggio e valutazione degli interventi formativi realizzati;
- coordinamento dei Centri territoriali di formazione;
- rapporto con gli altri organismi preposti alle attività formative.

DIPARTIMENTO SUPPORTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Il Dipartimento Supporto Direzione Amministrativa, di tipo gestionale, è connotato come Centro di negoziazione budgetaria con il compito precipuo di svolgere la funzione di raccordo e di interfaccia tra le strutture centrali afferenti e la Direzione Amministrativa aziendale. Il Direttore del Dipartimento può essere delegato dal Direttore Amministrativo aziendale, al coordinamento delle Strutture ad esso afferenti al fine di razionalizzare l'attività dalle medesime espletate.

Il Dipartimento si articola nelle seguenti Funzioni centrali con connotazione di struttura complessa:

2. FUNZIONE AFFARI GENERALI con le strutture semplici:

- Provvedimenti Aziendali e Supporto agli Organi dell'Azienda;
- Archivio e Protocollo e Altre Attività degli Affari Generali;
- Assicurazioni.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- formalizzazione degli atti del Direttore Generale e delle determinate dirigenziali delegate ai Direttori dei Centri di responsabilità aziendali;
- gestione della corrispondenza in arrivo ed in partenza;
- gestione generale dell'archivio storico e corrente;
- gestione dell'accesso agli atti (legge 241/90 e sue successive m.i.);
- gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale;
- assicurazioni.

3.FUNZIONE AFFARI LEGALI, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Gestione del Contenzioso Penale e Amministrativo;
- Consulenza Strutture Interne;
- Gestione Contenzioso Civile e del Lavoro.

La U.O. svolge le seguenti attività:

- a. gestione del contenzioso civile, penale, amministrativo e del lavoro e dei procedimenti sanzionatori;
- b. redazione di pareri legali;
- c. stipula dei contratti di aggiudicazione di lavori, forniture e servizi;
- d. gestione del contenzioso relativo ai contratti assicurativi;
- e. istruttoria per l'esercizio delle azioni di rivalsa datoriale;
- f. altre attività afferenti al Settore Legale.

4. FUNZIONE PERSONALE, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Trattamento Giuridico ed Economico;
- Trattamento Previdenziale;
- Politiche del Personale;
- Relazioni Sindacali

La U.O. svolge le seguenti attività:

- pianificazione del fabbisogno del personale;
- gestione procedure del reclutamento e riqualificazione del personale;
- gestione delle procedure per il conferimento, da parte del Direttore Generale, degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di posizione organizzativa;
- istruttoria dei procedimenti concernenti il sistema di valutazione del personale;
- gestione degli incarichi extra-aziendali del personale dipendente;
- gestione dei rapporti con consulenti che collaborano con l'Azienda;
- verifica dell'applicazione degli istituti contrattuali dei CCNL;
- gestione economico-finanziaria delle componenti stipendiali;
- gestione degli istituti previdenziali;

5. FUNZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Programmazione e Bilancio;
- Flussi Finanziari;
- Contabilità Generale Contabilità Analitica e Settore Fiscale;
- Gestione Liquidatoria ex USL e Gestione Amministrativo-Contabile dei Progetti.

Il Servizio svolge quale compito prioritario la relazione del Bilancio Preventivo e del Bilancio di Esercizio, in conformità alla normativa vigente nazionale e regionale nonché in conformità ai principi contabili definiti dal Codice Civile e da Fonti Comunitarie.

La U.O. svolge inoltre le seguenti attività:

- a. predisposizione e gestione del bilancio preventivo annuale con il budget aziendale;
- b. predisposizione e gestione del bilancio di esercizio aziendale;
- c. tenuta dei libri contabili obbligatori;
- d. predisposizione dei rendiconti trimestrali e di tutte le certificazioni collegate per il monitoraggio e controllo della spesa sanitaria;
- e. rilevazione e gestione di tutti i finanziamenti concessi;
- f. gestione operativa degli aspetti fiscali dell'attività dell'Azienda;
- g. predisposizione e gestione della modulistica fiscale e tributaria;

- h. cura e gestione dei rapporti con l'istituto Tesoriere;
- i. gestione e contabilizzazione delle operazioni di compensazione per mobilità sanitaria attiva e passiva e dei relativi addebiti e riscossioni;
- j. verifica e controllo costante della situazione finanziaria aziendale;
- k. gestione dell'attività in capo alle disciolte USL in liquidazione;
- l. gestione amministrativo-contabile dei progetti finanziati con risorse ad apposita finalizzazione.

6. FUNZIONE TECNICA E GESTIONE DEL PATRIMONIO, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Lavori Edili e Manutenzione;
- Impianti Tecnici e Tecnologici;
- Settore Patrimonio.

La U.O. svolge inoltre le seguenti attività:

- gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili;
- attività di progettazione, direzione dei lavori e contabilità e collaudo necessari per la realizzazione di nuove opere e ristrutturazione o miglioramenti del patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda;
- gestione dell'inventario dei beni immobili di proprietà dell'Azienda;
- gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dell'Azienda, compresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato e la amministrazione degli immobili;
- gestione delle installazioni delle reti informatiche presso le strutture dell'Azienda e dei sistemi di sicurezza del patrimonio aziendale.

7. FUNZIONE PROVVEDITORATO ECONOMATO, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Acquisizione Beni e Servizi;
- Logistica;
- Economato.

La U.O. svolge inoltre le seguenti attività:

- acquisizione di beni e servizi e conseguente attivazione degli strumenti volti ad assicurare la corretta applicazione dei contratti;
- gestione degli acquisti in economia e verifica dei fondi economali;

- espletamento gare per l'acquisto e/o alienazione di immobili;
- logistica, ed in particolare, conduzione di attività di portierato, di magazzini, di automezzi.

8. FUNZIONE ICT, articolato nelle seguenti Strutture Semplici:

- Sistemi Centrali e Sicurezza;
- Sistemi Software;
- Infrastrutture di Rete.

La U.O. svolge inoltre le seguenti attività:

- centro elaborazione dati;
- gestione risorse hardware;
- gestione risorse software;
- infrastrutture di rete (SPC/VOIP);
- sicurezza applicativa;
- informatizzazioni;
- integrazione dei sistemi informativi;
- sistemi di posta elettronica e posta certificata.

DIPARTIMENTO SUPPORTO POLITICHE SANITARIE

Il Dipartimento Supporto Politiche Sanitarie è un Dipartimento Gestionale in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

E' caratterizzato da competenze sia ospedaliere che territoriali e della medicina di comunità, e si configura come una aggregazione di strutture complesse finalizzata al supporto alla Direzione Sanitaria Aziendale per gli aspetti di Programmazione e Monitoraggio dei percorsi sanitari e sociosanitari.

Il Dipartimento Supporto Politiche Sanitarie assume responsabilità in ambito clinico ed organizzativo relativamente ad appropriatezza e qualità tecnica, declinando tali azioni attraverso le strutture afferenti.

Negozia per il proprio ruolo il budget con il vertice aziendale al fine di conseguire gli obiettivi, nell'ottica dell'efficacia ed efficienza e della ottimizzazione delle risorse.

Attengono ad esso, per gli aspetti di propria competenza, la programmazione ed il monitoraggio delle attività e servizi erogati, il controllo della qualità tecnica e dell'efficienza in termini di buone prassi e di sostenibilità economica dei processi.

Attengono, ancora, il monitoraggio delle performance delle unità operative/organizzative afferenti, relativamente alla valutazione dell'efficacia dei processi nell'ottica della umanizzazione dell'assistenza e del miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Il Dipartimento Supporto Politiche Sanitarie partecipa alla programmazione strategica dell'Azienda.

Ad esso afferiscono le seguenti Strutture Complesse:

- Tecnologie Biomediche
- Emergenza–Urgenza e Continuità Assistenziale
- Integrazione Ospedale–Territorio
- Politiche del Farmaco
- Medicina Legale
- Sociosanitario e del Disagio
- Professioni Sanitarie
- Risk Management e Qualità
- Rapporti ASL e No-Profit

Nonché la Struttura Semplice Dipartimentale denominata Nucleo Operativo Controlli Sanitari.

Lo specifico delle unità operative semplici e semplici dipartimentali è rappresentato nell'organigramma allegato.

3.4 Cronoprogramma riassetto amministrativo-gestionale

Subito dopo la presentazione del Piano Attuativo alla Regione Campania, questa Direzione Aziendale intende porre in essere una serie di provvedimenti di tipo amministrativo-gestionale finalizzati a dare concreta effettività al nuovo modello organizzativo aziendale come sopra descritto.

IN PARTICOLARE PROCEDERA' DA SUBITO E COMUNQUE ENTRO IL 31.12.2011 AD ADOTTARE I PRIMI FONDAMENTALI ATTI A FORTE IMPATTO STRUTTURALE E GESTIONALE QUALI:

- il Piano dei Centri di Responsabilità.

Il piano consiste nell'individuazione di strutture erogative e centri di responsabilità – DSB, P.O., Dipartimenti, Funzioni Centrali - a cui la Direzione dell'Azienda corrisponde i budget funzionali individuandone i responsabili.

Ai suddetti macrocentri di responsabilità sarà attribuito il personale amministrativo occorrente alla gestione del budget funzionale.

Il sistema, da sperimentare per l'anno 2012, prevede la valorizzazione, una aumentata autonomia e la responsabilizzazione del Direttore del Centro di responsabilità che risponde del budget funzionale assegnato e determina l'impiego delle risorse a sua disposizione.

Lo stesso risponde, altresì, dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con la Direzione aziendale.

- il Piano delle competenze in capo ai dirigenti

Il piano consiste nella declaratoria delle competenze in capo ai Dirigenti, Direttori delle macrostrutture dell'Azienda, ai quali sarà demandato l'esercizio della gestione amministrativa, finanziaria e tecnica e l'adozione dei corrispondenti atti, compresi quelli di spesa ai titolari di budget e nei limiti dello stesso, che, per il normale espletamento delle attività istituzionali od in attuazione di disposizioni legislative e/o regolamenti o di programmi ed obiettivi definiti dalla direzione aziendale, realizzano ordinaria attività gestionale come definita dal D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni ed integrazioni.

Lo stesso Piano prevede in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti di programmazione, indirizzo e controllo nonché di direzione strategica in quanto atti di governo dell'Azienda.

In ultimo, al fine di porre rimedio al caos amministrativo-gestionale e ristabilire le regole della certezza amministrativa, tale atto prevederà una indicazione analitica degli atti amministrativi in capo al Direttore Generale che assumono di norma la forma della deliberazione e quelli in capo ai Dirigenti che assumono la forma della determina .

- il Piano delle performance in capo ai dirigenti

Il piano consiste nella declaratoria degli obiettivi strategici che, programmati dalla Direzione, saranno assegnanti ai titolari dei Centri di Responsabilità in modo da completare il processo negoziale di budget con l'attribuzione di attività e compiti con il relativo correlato economico.

Il Piano, da sperimentare per l'anno 2012 è finalizzato alla realizzazione, entro il 31.12.2013, del ciclo delle performance dell'azienda come previsto dalla normativa vigente.

- la delega di alcune funzioni di esclusiva competenza del Direttore Generale.

Con tale atto si prevede la possibilità da parte del Direttore Generale dell'Azienda di delegare alcuni atti, a lui in capo quale rappresentante legale dell'Azienda, a Dirigenti in possesso dei requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate.

- il documento di budget aziendale

L'emanazione del documento di budget per l'anno 2012, documento finale del processo negoziale con i MacroCentri di Responsabilità aziendali, rappresenta, per la parte contabile correlata agli obiettivi, l'asse portante dell'Azienda anche per il controllo dei costi a livello periferico, rispetto alle risultanze del bilancio previsionale annuale.

ENTRO IL 31 LUGLIO PROCEDERA' AD ADOTTARE I SEGUENTI SPECIFICI PROVVEDIMENTI:

In attesa di procedere dal 2012 all'adozione di tutti gli atti di pianificazione strategica in ossequio ai principi sopra evidenziati, che andranno a determinare una corretta ed integrale programmazione, questa Direzione, anche alla luce di un'iniziale distinzione delle attività di programmazione e controllo, di gestione e di concreto processo di valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse, intende procedere all'adozione dei seguenti atti:

- Atto di programmazione del lavoro straordinario;
- Atto di programmazione della pronta disponibilità;
- Atto di programmazione attività dirigenti medici ALPI (art. 55 del CCNL Dirigenza medico-veterinaria);
- Atto di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi;
- Atto di programmazione degli interventi relativi al patrimonio dell'azienda e di carattere manutentivo.

I risultati attesi di questi atti di programmazione, già sul conto economico del terzo trimestre 2011, dovranno consistere in:

- una sensibile riduzione del costo del personale, elemento di forte criticità che ha fatto registrare vistosi scostamenti con gli obiettivi di costo regionali;
- un corretto utilizzo degli istituti contrattuali, riportando nel suo alveo naturale anche l'applicazione rigorosa del citato articolo 55, anch'esso elemento di forte criticità;

- un sensibile risparmio sui costi delle acquisizioni di beni e servizi autorizzati da Soresa s.p.a., grazie alla razionalizzazione e centralizzazione delle procedure di gara, con l'istituzione della Stazione Unica Appaltante entro il 31.12.2012.

Obiettivo finale è evitare un ulteriore sfioramento dei fondi aziendali, a cui seguirebbero inevitabili distorsioni di sistema alimentanti ulteriori debitorie fuori controllo.

ENTRO IL 31 AGOSTO 2011 PROCEDERA' AD ADOTTARE:

- il regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali.

E' il primo atto per l'attuazione del principio di trasparenza che questa Gestione Commissariale ha inteso perseguire sin dal primo giorno di insediamento e che consentirà, in un particolare momento di riorganizzazione dell'Azienda, di procedere al conferimento degli incarichi dirigenziali in maniera trasparente e meritocratica.

Si eviterà così il ricorso a doppi e tripli incarichi, come conferiti nelle passate gestioni spesso senza modalità concorsuali, che hanno contribuito all'aumento del costo del personale senza consentire una gestione efficiente ed efficace delle attività.

Sempre in tema di trasparenza amministrativa, saranno emanate, entro il suddetto termine del 31 agosto, le seguenti direttive:

- **direttiva privacy;**
- **direttiva posta elettronica certificata;**
- **direttiva per la predisposizione e formalizzazione delle proposte di deliberazione.**

ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2011 SI PROCEDERA' A:

- ricognizione contratti.

Si effettuerà un'analisi approfondita della situazione dei contratti della Dirigenza SPTA e Medico-Veterinaria, finalizzata alla predisposizione di un Piano per la copertura dei posti vacanti.

ENTRO IL 31 OTTOBRE 2011 SI PROCEDERA' A:

- **Piano conferimento incarichi per la dirigenza SPTA e Medico-veterinaria.**

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2011 SI PROCEDERA':

- al conferimento degli incarichi di tipo amministrativo-gestionale relativi alle strutture più importanti ai dirigenti del ruolo SPTA e all'assegnazione delle Posizioni organizzative al personale del comparto;

- alla predisposizione degli atti concorsuali per la copertura dei posti di dirigente di struttura complessa e semplice del ruolo medico-veterinario, rideterminati a seguito della rimodulazione organizzativa prevista dal presente Piano in esecuzione del Decreto n. 49.

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2011:

- Interventi mirati, con l'ausilio di KPMG per:

- adempimenti connessi alla verifica straordinaria delle procedure ex D.M. 18.01.2011 rapportata al consuntivo 2009;
- creazione di un sistema informativo-contabile integrato;
- ricognizione completa del contenzioso e della sua valutazione contabile;
- applicazione Decreto Commissariale n. 14 del 2009.

ENTRO IL 30 APRILE 2012:

- conferimento di tutti gli incarichi della dirigenza medico-veterinaria sopra descritti.
- informatizzazione dei magazzini economati e farmaceutici allo scopo di razionalizzare e controllare l'utilizzo dei beni, programmandone le acquisizioni future con il supporto dell'esatto dato delle scorte di magazzino.

ENTRO IL 30 GIUGNO 2012:

- estensione al 2010 dell'attività con KPMG sopra riportata.

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2012:

- alla luce delle risultanze dell'attività di KPMG, si procederà ad una corretta analisi della stratificazione debitoria certificata.

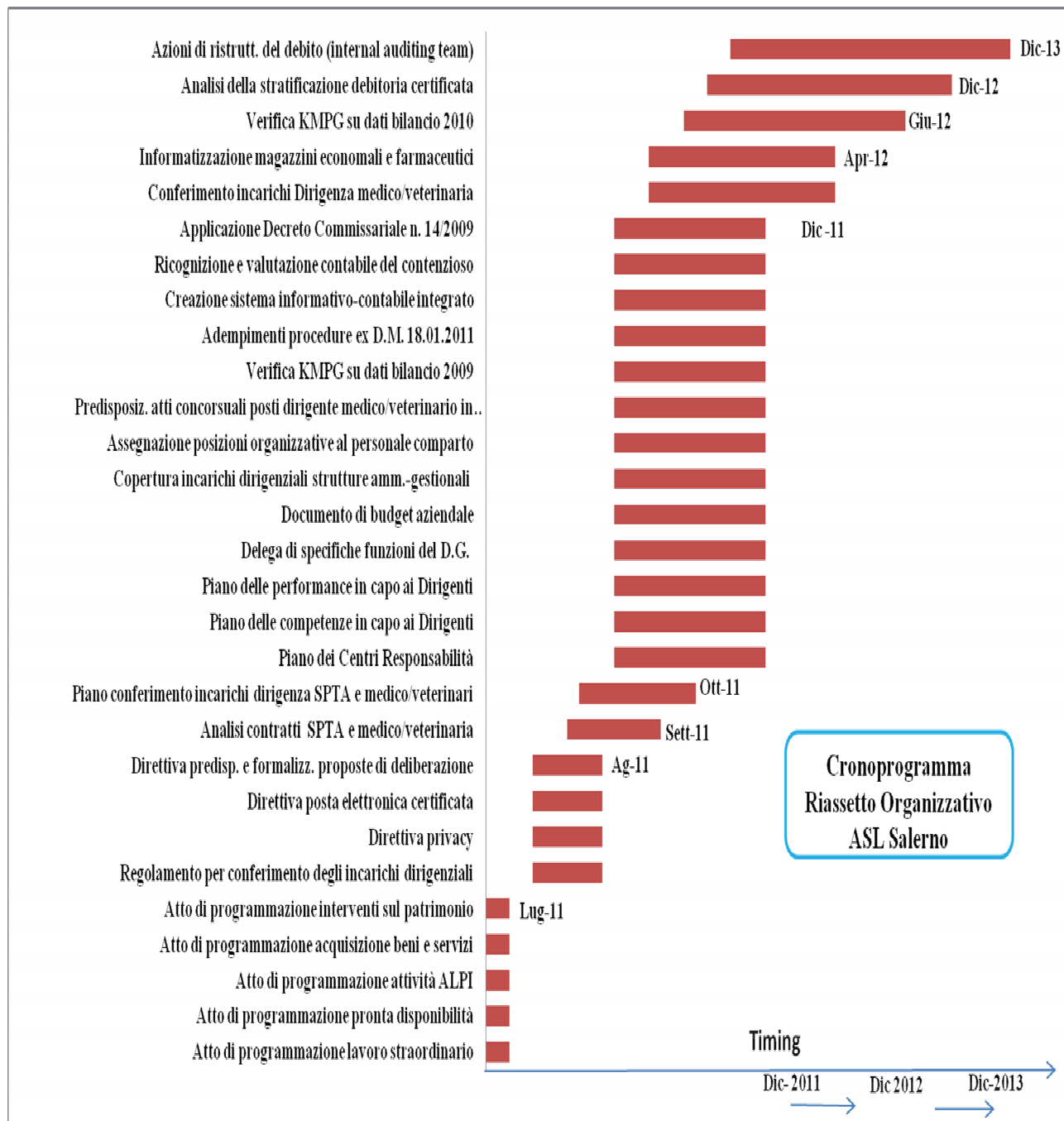
ENTRO IL 31 DICEMBRE 2013:

- definizione di concrete azioni di ristrutturazione del debito e passaggio alla gestione ordinaria.

L'attività sopra illustrata, da modulare nel dettaglio con l'adozione di singoli provvedimenti, oltre all'obiettivo di rendere funzionale una struttura di erogazione di servizi sanitari ad elevatissima complessità che paga lo scotto di una prolungata cattiva gestione – come efficacemente rappresentata nell'introduzione del presente Piano -, mira anche a raggiungere obiettivi di forte contenimento di spesa pubblica. I conseguenti risparmi dovrebbero portare, in modo

tendenzialmente positivo, unitamente alla completa applicazione del decreto n. 49 e ad una gestione dei flussi di cassa non più in sofferenza, le risultanze dei prossimi bilanci di esercizio al pareggio.

Diagramma: CRONOPROGRAMMA RIASSETTO AMMINISTRATIVO-GESTIONALE



4. RIASSETTO SANITARIO

4.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA E SOCIOSANITARIA

La ASL Salerno pone le fondamenta della propria mission nei principi di responsabilità pubblica nella tutela del diritto di salute della comunità e della persona; di universalità, di eguaglianza e di equità d'accesso alle prestazioni; di libertà di scelta; di informazione e di partecipazione attiva dei cittadini; di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge; di globalità della copertura assistenziale come definito dai Livelli Essenziali di Assistenza.

La programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie distrettuali è basata su strategie intersettoriali e su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi di sanità ed istituzioni, ed interventi specifici attraverso stretta cooperazione di istituzioni ed organizzazioni interessate. L'approccio intersettoriale nasce infatti dalla constatazione che gran parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio, di promozione di sani comportamenti e stili di vita e di assistenza sociale e sociosanitaria sono esterni alla sola capacità di intervento del SSN. E' infatti acclarato che per garantire la salute sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni coordinate e sinergiche.

Uno degli aspetti principali della programmazione è appunto l'alleanza e la collaborazione interistituzionale, intendendo in tale visione la *salute quale responsabilità sociale condivisa*.

Gli obiettivi dell'Assistenza Distrettuale sono i seguenti:

1. Offrire servizi, attività e prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità, assicurandone la qualità e l'appropriatezza.
2. Garantire le prestazioni sociosanitarie previste dai LEA, assicurando la competenza professionale, la diffusione omogenea dei servizi, la globalizzazione delle informazioni e l'uso efficiente delle risorse.
3. Valorizzare le Strutture ed i Servizi di eccellenza, investendo nei settori strategici quali la prevenzione, le nuove tecnologie, la formazione e l'aggiornamento degli Operatori, i sistemi informatici ed informativi, la clinical governance e la sicurezza delle cure, la ricerca e le innovazioni mediche.
4. Conseguire il miglioramento della qualità percepita da parte dei cittadini.
5. Realizzare una piattaforma operativa unica, a valenza fortemente integrata Distretto–Ospedale al fine di garantire i gradienti di intensità della risposta sanitaria e sociosanitaria e

conseguendo per tale via l'appropriatezza di cura, l'umanizzazione, la qualità e la sostenibilità dell'assistenza.

6. Riorganizzare la rete dell'assistenza territoriale, strutturando percorsi integrati tra macrostrutture, servizi e unità organizzative, al fine di favorire l'assistenza domiciliare e la deospedalizzazione, anche attraverso forme di osservazione breve, ricoveri concordati e dimissioni protette.
7. Rimodulare la rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale mediante la realizzazione della rete integrata dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati, realizzata attraverso condivisione di risorse ed integrazione di percorsi.
8. Acquisire nelle scelte di gestione le esigenze manifestate ed i suggerimenti formulati dagli utenti, in forma singola o associata.
9. Valorizzare le relazioni e l'armonia dei rapporti istituzionali, creando nuove alleanze finalizzate alla crescita della qualità di vita dei cittadini.

La rimodulazione dei Distretti Sanitari di Base (DSB) rispetto agli ambiti territoriali di competenza, è aderente alle indicazioni della Legge regionale n. 16 del 28 novembre 2009.

Secondo le indicazioni del Decreto Commissariale n. 49/2010 per superare la criticità del disallineamento tra i nuovi Distretti Sanitari e gli ambiti sociali, si rinominano i Diretti Sanitari in Distretti Sociosanitari di Base, prevedendo in ciascuno di essi l'Unità Operativa semplice Socio-Sanitaria. In tal modo, l'ambito territoriale del nuovo Distretto Sociosanitario coincide con l'ambito sociale.

Secondo i principi e criteri di riassetto amministrativo-gestionale del presente Piano, i Distretti sono aggregati nei Dipartimenti gestionali:

a) DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA NORD

DSB 60: Nocera Inferiore, Nocera Superiore, Roccapiemonte, Castel San Giorgio

DSB 61: Angri, Corbara, S. Egidio del Monte Albino, Scafati

DSB 62: Pagani, Sarno, S. Valentino Torio, San Marzano sul Sarno

DSB 63: Cava de' Tirreni, Vietri sul Mare, Amalfi, Atrani, Cetara, Conca de' Marini, Furore, Maiori, Minori, Positano, Praiano, Ravello, Scala, Tramonti

DSB 66: Salerno

DSB 67: Mercato S. Severino, Baronissi, Bracigliano, Calvanico, Fisciano, Siano

DSB 68: Giffoni Valle Piana, Acerno, Castiglione dei Genovesi, Giffoni Sei Casali, Montecorvino Pugliano, Montecorvino Rovella, Pontecagnano-Faiano, San Cipriano Picentino, San Mango Piemonte

b) DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA SUD

DSB 64: Eboli, Altavilla Silentina, Buccino, Campagna, Castelnuovo di Conza, Colliano, Contursi Terme, Laviano, Oliveto Citra, Palomonte, Postiglione, Ricigliano, Romagnano al Monte, San Gregorio Magno, Santomenna, Serre, Sicignano degli Alburni, Valva

DSB 65: Battipaglia, Bellizzi, Olevano sul Tusciano

DSB 69: Agropoli, Albanella, Aquara, Bellosguardo, Capaccio, Castel san Lorenzo, Castelcivita, Castellabate, Cicerale, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Giungano, Laureana Cilento, Laurino, Lustra, Montecorice, Monteforte, Ogliastro Cilento, Ottati, Perdifumo, Piaggine, Pollica, Prignano Cilento, Roccadaspide, Roscigno, Rutino, Sacco, San Mauro Cilento, S. Angelo a Fasanella, Serramezzana, Trentinara, Valle dell'Angelo

DSB 70: Ascea, Campora, Cannalonga, Casalvelino, Castelnuovo Cilento, Ceraso, Cuccaro Vetere, Futani, Gioi, Laurito, Magliano Vetere, Moio della Civitella, Montano Antilia, Novi Velia, Omignano, Orria, Perito, Salento, San Mauro La Bruca, sessa Cilento, Stella Cilento, Stio, Vallo della Lucania

DSB 71: Alfano, Camerota, Casaletto Spartano, Caselle in Pittari, Celle di Bulgheria, Centola, Ispani, Morigerati, Pisciotta, Rocca Gloriosa, Rofrano, San Giovanni a Piro, Santa Marina, Sapri, Torraca, Torre Orsaia, Tortorella, Vibonati

DSB 72: Atena Lucana, Auletta, Buonabitacolo, Caggiano, Casalbuono, Monte San Giacomo, Montesano sulla Marcellana, Padula, Pertosa, Petina, Polla, Sala Consilina, Salvitella, San Pietro al Tanagro, San Rufo, Sant'Arsenio, Sanza, Sassano, Teggiano

La filosofia gestionale ed organizzativa del Distretto Sociosanitario si richiama ad alcuni basilari principi, che assumono quale obiettivo la definizione della *strategia della salute in forma attiva*, che comprende non solo il tradizionale ambito di prevenzione, cura e riabilitazione, ma ben più ampio ruolo di promozione attiva della salute, incidendo su comportamenti, scelte e stili di vita, all'interno di un cambiamento culturale ed organizzativo che richiede la stipula di un patto di solidarietà tra i diversi attori che incidono sui determinanti della salute, come l'ambiente, il sociale, l'istruzione, l'imprenditoria, la comunicazione.

In questa ottica, il Distretto assume tre funzioni fondamentali: costituisce il centro di governo ed organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale; di integrazione sanitaria e sociosanitaria; di punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari dell'azienda sanitaria locale.

Nel modello della ASL Salerno, il Distretto è il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza, ovvero valutare quali servizi per quali bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).

Nell'articolazione distrettuale si identifica il livello di responsabilità sui bisogni di salute sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento e di organizzazione della risposta assistenziale ottenuta mediante gestione diretta delle risorse umane, tecnologiche e strutturali assegnate con la metodologia di budgeting.

Dal punto di vista operativo, il Distretto assume le funzioni indicate dalla Programmazione Sanitaria Regionale: costituisce il punto di riferimento per tutti i cittadini nello specifico ambito territoriale per l'accesso a tutti i servizi dell'azienda sanitaria locale; il polo unificante di tutti i servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali; il luogo di integrazione sanitaria e sociosanitaria.

Assume nel presente Piano Attuativo la denominazione di Distretto Sociosanitario di Base (DSB), nel quale il Direttore è responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate nonché della gestione delle strutture e dei servizi sanitari ubicati nel territorio di competenza.

Il Direttore del Distretto fa parte integrante del Collegio di Direzione Aziendale.

Gli obiettivi di salute della popolazione di riferimento sono definiti nel Programma delle Attività Territoriali, approvato dal Direttore Generale.

Il Distretto Sociosanitario è lo strumento essenziale per ricollocare al centro del sistema assistenziale le necessità dei cittadini e delle loro famiglie, coinvolgere gli operatori a spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, incentivando percorsi di de-ospedalizzazione, ambiti di cura domiciliari o di cure intermedie, su modelli gestionali integrati e flessibili, in cui sia presente la rete dei Medici Specialisti Ambulatoriali eventualmente integrata da Medici Specialisti Ospedalieri.

Per una "Gestione Controllata delle Risorse", centrale risulta il ruolo dei MMG e PLS, che in sinergia con il personale dei Distretti, si connota come punto di riferimento primario nella gestione della persona, progettando, a livello distrettuale, profili di assistenza personalizzati per il cittadino-utente, insieme a tutti gli altri servizi individuati per la gestione del caso, sia appartenenti a strutture e servizi territoriali che a strutture o servizi ospedalieri.

Si potrà così realizzare la Presa in Carico del cittadino - utente attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, sia ospedalieri che territoriali, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri, garantendo appropriatezza e qualità della cura.

Nella realtà della Azienda Sanitaria Locale, il Distretto, oltre ad avere le ampie dimensioni previste dai recenti decreti regionali, ossia di circa 100.000 abitanti, ha inoltre - per la forte vocazione turistica del territorio della Costa d'Amalfi e della Costa Cilentana, siti inseriti nel Patrimonio Unesco e tra i più famosi al mondo - particolari esigenze di organizzazione dei servizi di Sanità Pubblica, in considerazione dell'elevato flusso di cittadini residenti per turismo e concentrati massimamente nel periodo estivo, per 1/3 rappresentato da turisti stranieri.

Le funzioni strategiche del Distretto vengono riassunte nei seguenti cinque sintetici punti:

- ❖ Analisi della domanda e dei bisogni di salute della popolazione residente;
- ❖ Governo dell'appropriatezza dell'ambito di cura e della qualità dell'offerta sanitaria;
- ❖ Coordinamento, gestione, ottimizzazione e formazione delle risorse umane, nell'ottica del miglioramento continuo dell'efficienza dei servizi sociosanitari erogati;
- ❖ Individuazione di *buone prassi* organizzative finalizzate all'implementazione di nuovi e sempre più adeguati modelli gestionali di Sanità Pubblica;
- ❖ Comunicazione ai cittadini - fruitori dei servizi ed alla Agenzie del Territorio dei cambiamenti organizzativi finalizzati a miglioramento della assistenza;

Il Distretto Sociosanitario costituisce l'area di confronto di soluzioni gestionali anche a carattere sperimentale, finalizzate all'individuazione di buone prassi organizzative, vale a dire di azioni individuate per la risoluzione di una specifica problematica, che ha ottenuto risultati validi, e che per l'efficacia dell'azione proposta può trasferirsi anche in contesti diversi da quelli in cui originariamente implementata, secondo il modello aziendalistico di Benchmarking, quanto mai opportuno in un Sistema Salute caratterizzato da risorse finite.

Affermato il concetto della integrazione Distretto - Ospedale, l'innovazione forte del presente Piano Attuativo propone e fa suo il concetto più ampio di *Interazione Distretto-Ospedale-Distretto*.

La ricerca dell'appropriatezza e della qualità dell'ambito di cura si concretizza nella realizzazione di una Porta di Accesso ai Servizi Ospedalieri che, in analogia con la PUA, Porta Unitaria di accesso ai Servizi Sociosanitari - in corso di implementazione nell'organizzazione Distrettuale - garantisce il ruolo di analisi dei bisogni e governo della domanda proprio del Distretto Sociosanitario.

In questo contesto si conferma strategico il ruolo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, attori fondamentali insieme ai quali implementare le strategie del cambiamento, valorizzando le competenze tecnico-professionali e gestionali presenti sul territorio.

La Porta Unitaria Distrettuale di Accesso ai Servizi Ospedalieri, PUA-H, e la implementazione di relativa Unità di Valutazione coordinata dal Direttore del Distretto o da un suo delegato, prevede, su indicazione del MMG o PLS, in collaborazione con medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, l'implementazione di ammissioni ospedaliere concordate e dimissioni protette. Ciò al fine di assicurare all'utente appropriatezza dell'ambito di cura e continuità nel profilo assistenziale, in uno realizzando un continuum di cura ed assistenza che, nella logica della Integrazione Distretto-Ospedale-Distretto, determina appropriatezza e qualità dell'assistenza.

Alla PUA - H ed alla relativa Unità di Valutazione, il compito inoltre di individuare risposte ospedaliere appropriate e coerenti con l'offerta dei servizi aziendali, riducendo il fenomeno della mobilità in uscita, prevalente nell'area dei Bambini con Bisogni Speciali, BBS, fenomeno dai costi umani, sociali e gestionali oltremodo elevati.

Protocolli definiti con le Strutture Ospedaliere e Formazione condivisa consentiranno, infine, di individuare strumenti operativi - schede di accesso - per macroaree di patologia, consentendo altresì di strutturare i PDTA più appropriati a migliorare la qualità dell'assistenza territoriale nella logica dell'interazione tra strutture e servizi, sia ospedalieri che territoriali.

LA MISSION DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Mission del Distretto Sociosanitario è Garantire la Tutela della Salute e la ottimizzazione dei benefici sociosanitari della popolazione di riferimento attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei soggetti detentori di responsabilità sociali, nell'ottica che *Fare Rete* è oggi contemporaneamente obiettivo e punto di partenza per un Sistema Salute di Qualità.

La logica della integrazione delle risposte deve tendere ad un dinamismo più evoluto basato sul passaggio *dalla integrazione all'interazione*, in cui programmare non più risposte standardizzate ma percorsi personalizzati e specifici per ogni cittadino - utente, all'interno di una valutazione condivisa tra operatori sulla domanda espressa e sulle risposte attivabili in ambito territoriale, e nel quale il Sistema Famiglia sia parte integrante del Progetto Personalizzato.

La logica della integrazione delle risposte e la percezione del bisogno del cittadino è elemento centrale dell'attività delle istituzioni. Ad ogni cittadino corrisponde infatti un bisogno differente, al quale si collega una risposta unitaria che integra una gamma di servizi erogati da istituzioni e strutture differenti e diverse tra loro (Comuni, Terzo Settore, ASL etc.).

In particolare, spetta al Distretto Sociosanitario l'azione di *Project management*, in cui le valutazioni di sostenibilità economico finanziaria rispetto ai bisogni espressi ed alle domande attivate/attivabili siano collegate ai vincoli etici di efficacia, efficienza, umanità e qualità dei servizi erogati.

La *rete integrata dei servizi* è lo strumento organizzativo più idoneo al perseguimento degli obiettivi di salute indicati dalla Programmazione Sanitaria Regionale:

- **Assicurare l'assistenza primaria**; ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare tra medici di medicina generale (MMG) pediatri di libera scelta (PLS), Medici Specialisti Ambulatoriali (MSA), servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi territoriali ed ospedalieri, servizi pubblici o privati accreditati, con particolare attenzione ai territori dei *Comuni senza Ospedale*.

- **Coordinare le attività relative all' area delle cure primarie** attraverso azioni di integrazione ed interazione assistenziale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medicina specialistica ambulatoriale, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate, focalizzando l'attenzione sulle traiettorie assistenziali delle Cure Domiciliari, attraverso un

ventaglio di offerte di strutture e servizi sulle quali far convergere con azioni di sistema le competenze specialistiche della medicina territoriale ed ospedaliera, qualificando e potenziando sempre più l'offerta assistenziale sulla domiciliarità.

- **Realizzare l'integrazione *Distretto–Ospedale–Distretto***, celebrando la integrazione e la interazione multiprofessionale, condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno, tenendo conto delle competenze tecnico – professionali, anche pianificando specifiche azioni di rete con Centri di riferimento.

- **Realizzare l'integrazione *Distretto – Distretto***, ottimizzando le risorse aziendali presenti, programmando azioni di rete specifica ed opportune compensazioni tra budget assegnati. In tale ottica, opportuno strutturare percorsi finalizzati alla transizione delle cure in campo pediatrico, per i garantire il passaggio strutturato dall'assistenza pediatrica alla medicina dell'adulto, su segmenti assistenziali dedicati agli Adolescenti ed ai Giovani Adulti, specie se portatori di Bisogni Speciali

- **Coordinare le attività di assistenza sanitaria territoriale con l'assistenza sociale**, favorendo l'interazione tra servizi e rete sociale, assicurando il modello di presa in carico integrata che attinga dalle risorse interne, gestisca i legami con i Centri specializzati, risolva la domanda di salute nella realtà locale, intendendo in tale modello partecipato il coinvolgimento del cittadino e della famiglia.

- **Programmare l'implementazione di adeguate tecnologie dell'informazione e della comunicazione**, per consentire scambio e condivisione di dati tra operatori e servizi, globalizzando le informazioni, garantendo al cittadino–utente di disporre del proprio fascicolo sanitario e/o del Patient Summary in ogni condizione spazio–temporale, nella rete dei servizi integrati anche in emergenza–urgenza.

- **Pianificare, verificare e monitorare le funzioni territoriali di committenza** concordate con i Dipartimenti strutturati previsti dalle normative vigenti, Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione, secondo appositi piani di attività e relative compensazioni di budget

- **Valutare l'efficacia dei servizi** attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti, all'interno di un monitoraggio continuo del rapporto costi– benefici finalizzato alla ricerca continua di soluzioni a maggiore efficacia, qualità e sostenibilità.

IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI

Il Distretto Sociosanitario, di concerto con il Piano di Zona predispone il Programma delle Attività Territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Il Programma delle Attività Territoriali viene proposto nel rispetto delle indicazioni regionali e delle normative vigenti in materia di integrazione socio-sanitaria.

Per le aree di intervento sociosanitario complesso, riferite ad materno – infantile, dipendenze patologiche, abilità diverse, anziani e fragilità, cure domiciliari, il Distretto Sociosanitario delinea il programma di interventi integrati rivolti all'utente ed al sistema famiglia, affinché si realizzi efficiente gestione integrata dei servizi alle persone.

In tale Programma, si individuano gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché le risorse strutturali, organizzative, umane ed economiche disponibili per la realizzazione del piano, le modalità di interventi con gli altri soggetti delle amministrazioni pubbliche interessate nonché di collaborazione tra Comune, ASL, Piano di zona, soggetti privati o del privato sociale con individuazione delle rispettive responsabilità di natura economica e gestionale.

Il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del Programma delle Attività Territoriali e della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei risultati raggiunti in termini di efficacia ed efficienza, delle criticità e dei punti di forza, deve essere inserita nell'ambito della relazione annuale di distretto, predisposta a consuntivo quale parte integrante della relazione dell'Azienda Sanitaria Locale

STRUTTURE OPERATIVE DISTRETTUALI

La Programmazione Sanitaria Regionale attribuisce alle Direzioni Distrettuali un alto grado di responsabilizzazione gestionale ed economica, individuando detta Direzione come attrice del governo della domanda, nonché responsabile dei consumi ed allocatrice di risorse e quindi come Centro di Responsabilità che contratta il budget con la Direzione Strategica.

Per questo motivo si ritiene indispensabile dotare il Distretto di una Struttura di tipo amministrativo-contabile conforme a quella prevista per i Presidi Ospedalieri che operi in sinergia con la Direzione distrettuale e funga da interfaccia con i vertici amministrativi dell'Azienda.

Pertanto la configurazione di detta Struttura non può che essere complessa, con la previsione di una Struttura Semplice che si occupi in particolare dell'aspetto contabile - patrimoniale.

La Direzione del Distretto Sociosanitario è individuata quale Struttura Complessa.

Le Unità Operative distrettuali vengono denominate con terminologia più aderente alla mission distrettuale *Attività Distrettuali* e sono individuate quali strutture semplici.

Dette articolazioni distrettuali dipendono dal Direttore del Distretto e ne condividono le direttive per il conseguimento degli obiettivi stabiliti.

Le stesse unità organizzative, funzionalmente, si relazionano con le Unità operative complesse di rispettivo riferimento poste in Staff alla Direzione Sanitaria, e ne seguono le indicazioni relative alle procedure specialistiche ed ai protocolli stabiliti.

In staff alla Direzione distrettuale si prevedono:

- n. 2 incarichi professionali

- a. Comunicazione Interna ed Esterna e Marketing
- b. Formazione ed Educazione alla Salute

(Tali incarichi professionali, funzionalmente, si relazionano con le Unità operative complesse di rispettivo riferimento del Dipartimento Supporto Direzione Strategica, e ne seguono le indicazioni relative alle specifiche procedure)

- n. 2 posizioni organizzative per

- a. Servizi Infermieristici ed Ostetrici distrettuali
- b. Servizi Tecnico-Sanitari distrettuali.

(Tali posizioni organizzative, funzionalmente, si relazionano con l'Unità operativa complessa posta in Staff alla Direzione Sanitaria, e ne seguono le indicazioni relative alle procedure specialistiche ed ai protocolli stabiliti)

STRUTTURE DISTRETTUALI

1. Gestione Economico-Finanziaria

Settori prioritari di competenza: CUP, Ticket e Monitoraggio liste d'attesa, Gestione del Personale, Servizio Economato, Gestione Centri Accreditati, contabilità economia ed analitica, movimenti finanziari, Affari generali, protocollo ed archivio

2. Attività Distrettuale Integrazione Sociosanitaria

Settori prioritari di competenza: Monitoraggio LEA, diffusione delle valutazioni multidimensionale e dei progetti personalizzati, programmazione degli interventi territoriali sociosanitari e sviluppo

degli strumenti di integrazione gestionale e professionale, al fine di garantire la presa in carico della persona e la individuazione della appropriatezza della ambito di cura (PUA e PUA – H)

3. Attività Distrettuale Materno - Infantile

Settori di competenza prioritaria: Percorso Nascita e Medicina Perinatale, Pediatria di Comunità, con particolare riguardo alle tematiche: Bambini a Rischio Sociale (BRS) e Bambini con Bisogni Speciali (BBS), Neuropsichiatria Infantile e Attività di integrazione scolastica per le abilità diverse, Medicina dell'adolescenza, Screening oncologici, Promozione ed Educazione alla salute.

4. Attività Distrettuale Cure Domiciliari

Settori di competenza prioritaria: Assistenza al paziente in condizioni di domiciliarità (abitazione, comunità protetta, casa di riposo, residenza sanitaria, Hospice) a tutti i livelli di intensità assistenziale, al paziente in cure palliative o in condizioni di fine vita, assistenza al paziente anziano ed attività di valutazione geriatrica, Promozione ed Educazione alla salute

5. Attività Distrettuale Percorsi Riabilitativi

Settori di competenza prioritaria: Assistenza riabilitativa e protesica e di FKT, fornitura di presidi ed ausili, monitoraggio e verifica delle attività erogate da strutture accreditate in residenziale e semiresidenziale, Valutazione del Bisogno riabilitativo, monitoraggio della spesa riabilitativa e protesica, monitoraggio della attività dei Medici Prescrittori, Promozione ed Educazione alla salute

6. Attività Distrettuale Dipendenze Patologiche

Settori di competenza prioritaria: Prevenzione e cura delle dipendenze patologiche e della riduzione del danno da sostanze, servizio di alcoologia, campagne informative per la disincentivazione all'uso di sostanze, presa in carico integrata utente con doppia diagnosi (SER.T. - Salute Mentale), Promozione ed Educazione alla salute

7. Attività Distrettuale Cure Primarie e Specialistiche

Settori di competenza prioritaria: Assistenza Sanitaria di Base e Medicina Specialistica Ambulatoriale, Servizi sanitari afferenti ai Poliambulatori, Scelta e Revoca del MMG, Assistenza Sanitaria all'estero, Assistenza a Stranieri Temporaneamente Residenti, Rilascio esenzioni per patologia, Screening oncologici, Promozione ed Educazione alla salute

8. Attività Distrettuale Emergenza - Urgenza e Continuità Assistenziale

Settori di competenza prioritaria: realizzare continuità assistenziale riqualificando l'offerta attraverso dotazione di personale infermieristico e collegamento con MMG e PLS, realizzare la rete emergenza-urgenza all'interno della integrazione di risorse distretto – ospedale, come da normativa

9. Attività Distrettuale Medicina Legale e Invalidità Civile

Settori di competenza prioritaria: erogazione degli accertamenti di natura sanitaria previsti dalla legge ad attività delle **Commissioni sanitarie** per l'accertamento di invalidità civile e di portatore di handicap, accertamenti medico-legali per conto di enti pubblici e privati, rilascio certificazioni.

10. Attività Distrettuale Medicina del Diabete

Settori di competenza prioritaria: attività socio - assistenziale finalizzata a garantire gestione integrata delle problematiche legate alla gestione della malattia diabetica secondo modelli di Disease Management, attraverso la gestione dei CAD, nel rispetto delle linee-guida e delle normative

11. Attività Distrettuale Assistenza Farmaceutica

Settori di competenza prioritaria: attività finalizzate al governo del processo dell'assistenza farmaceutica sul territorio, verifica della appropriatezza prescrittiva, analisi epidemiologica dei consumi, informazione e formazione sul corretto utilizzo dei medicinali e dei dispositivi medici

L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Il Direttore del Distretto si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

I PROGRAMMI SANITARI SOVRADISTRETTUALI

La Direzione Sanitaria Aziendale, sentiti i Direttori dei Dipartimenti Gestionali dei Distretti, programma attività strategiche e trasversali all'organizzazione, affidandone le responsabilità a specifici dirigenti competenti individuati sulla base dei curriculum formativi e professionali.

Prioritarie, nella ASL Salerno, le seguenti aree progettuali:

Percorso Nascita: finalizzato a rendere trasparenti, omogenei, integrati i percorsi territoriali, sociosanitari e ospedalieri della tutela del percorso gravidanza - parto recuperando il monitoraggio e la presa in carico precoce della donna fin dai primi mesi di gravidanza, all'interno dei percorsi consultoriali integrati con i Centri Nascita Ospedalieri.

Medicina Perinatale: finalizzato al monitoraggio dell'evento nascita ed alla diffusione ed omogeneizzazione di buone pratiche finalizzate alla promozione della salute della triade madre-padre-neonato, del parto fisiologico e dell'allattamento al seno materno, all'interno dei percorsi consultoriali integrati con i Centri Nascita Ospedalieri.

Transizione delle Cure: finalizzato alla pianificazione del passaggio di adolescenti e giovani adulti da un sistema incentrato sul bambino ad uno orientato sull'adulto, strutturando un adeguato sistema di transizione dalle cure pediatriche a quelle della medicina dell'adulto, all'interno di azioni di sistema che prevedano modalità condivise tra PLS e MMG, adolescente e sistema famiglia

Medicina di Genere: finalizzato, secondo i dettami dell'OMS che ha inserito dal 2000 la medicina di genere nell'Equity Act, a garantire nella organizzazione distrettuale equità di accesso ai servizi sanitari per donne, uomini e bambini, appropriatezza di cura secondo il proprio genere e valorizzazione delle differenze, per migliorare la qualità di vita dei cittadini – utenti.

Rete Endocrinologica: la Rete Endocrinologica riunisce in sé l'azione di prevenzione di una corretta alimentazione ed uno stile di vita sano, nel confronto costante tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e specialisti endocrinologi. Lo scopo della rete è quello di omologare in un percorso diagnostico-terapeutico tutti i comportamenti degli operatori impegnati in questo specifico percorso salute.

4.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il piano attuativo dell'ASL di Salerno è elaborato alla luce del decreto n. 49 del 27 Settembre 2010 del Commissario ad acta della Regione Campania e ne segue le linee guida della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Il suddetto decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, che definisce il riassetto della rete ospedaliera e territoriale della regione, nel demandare alle aziende sanitarie la fase attuativa ha previsto che le direzioni aziendali approvino e trasmettano alla struttura commissariale un documento contenente la propria pianificazione.

In data 9 maggio 2011, in seguito ad un incontro tra la Struttura Commissariale ed i vertici della ASL si è convenuto di fissare alcuni criteri e punti di riferimento utili per il Piano Attuativo.

Si è quindi convenuto sui seguenti punti:

1. l'opportunità di rivisitare in modo non significativo i posti letto programmati con il Decreto Commissariale 49/2010 di alcuni dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda. Tale opportunità è nata dall'analisi dei dati di attività riferiti all'anno 2010 e si prefigge di conseguire una maggiore efficienza ed appropriatezza dell'attività di ricovero;

2. per quanto attiene all' Ospedale Unico della Valle del Sele, si è convenuto di far confluire anche il P.O. di Agropoli. Nelle more della realizzazione del Presidio Unico della Valle del Sele si sono convenuti gli elementi di programmazione utili a gestire il periodo di transizione. Tale periodo di transizione, si è convenuto debba seguire un cronoprogramma definito su un periodo non superiore a 36 mesi. Si è sottolineato infatti che la confluenza dei 5 Presidi nel PO della Valle del Sele, non intendendosi legata alla costruzione del nuovo Ospedale, quanto all'integrazione funzionale definitiva dei singoli Presidi, con diversificazione dell'offerta sanitaria fissandone il cronoprogramma a 36 mesi d'intesa con la Struttura Commissariale e l'ASL;

3. in particolare, per i Presidi Ospedalieri di Roccadaspide, Agropoli ed Oliveto Citra, si è confermata la riconversione in Presidi Ospedalieri Territoriali secondo la diversificazione dell'offerta sanitaria e nella logica del Decreto 49/2010; i PP.OO. di Battipaglia ed Eboli continueranno ad erogare attività per acuti.

VISIONE STRATEGICA DEL NUOVO ASSETTO OSPEDALIERO

Secondo il nuovo assetto della Direzione Sanitaria aziendale, si sono individuati tre Dipartimenti Gestionali dei Presidi Ospedalieri, suddivisi nelle aree territoriali funzionali così denominate:

Area Nord, comprensiva dei Presidi Ospedalieri Nocera - Pagani e Sarno;

Area Sele, corrispondente al territorio comprensivo di Presidi Ospedalieri di Eboli, Battipaglia;

Area Sud, comprensiva dei Presidi Ospedalieri di Polla, Vallo e Sapri.

I presidi Ospedalieri di Scafati, Roccadaspide, Agropoli ed Oliveto Citra, dopo la riconversione entreranno nel Dipartimento Gestionale della Medicina di Comunità.

Ciascuna Area geografica è declinata in Dipartimenti Gestionali ove confluiscono i rispettivi Presidi Ospedalieri. Ne scaturisce da qui che i P.O. di Area sono declinati per Strutture confluenti in Dipartimenti Funzionali di specialità, e precisamente:

- Dipartimento Funzionale di Medicina;
- Dipartimento Funzionale di Chirurgia;
- Dipartimento Funzionale dei Servizi;
- Dipartimento Funzionale di Emergenza.

Da qui si declineranno e parcellizzeranno le ulteriori Strutture dopo aver effettuato una approfondita analisi dell'appropriatezza delle cure e del tasso occupazionale di ogni struttura. Lo svolgimento di tale analisi, che la ASL ritiene obbligatoria, è previsto in un tempo non superiore ai 12 mesi.

Da tale analisi scaturirà la rimodulazione di tutte le strutture (complesse, semplici e/o dipartimentali) e, di conseguenza, degli organici. Le strutture esistenti continueranno ad essere funzionanti fino al completamento del percorso analitico di cui sopra.

La riorganizzazione della rete ospedaliera richiede una tempistica diversificata per ciascuno degli obiettivi del programma di riorganizzazione, a garanzia che si possa realizzare l'effettivo cambiamento strutturale, non escludendo ipotesi imponderabili (così come è successo per il P.O. di Scafati, come di seguito riportato), che modificano e anticipano il cronoprogramma.

Il cronoprogramma contenuto nel decreto 49/2010, che riproduce lo strumento di pianificazione degli obiettivi da realizzare, è la linea guida della rappresentazione delle azioni con i relativi tempi di esecuzione a decorrenza dall'approvazione dei Piani Attuativi.

Già però in questa fase, l'ASL di Salerno, ancor prima dell'approvazione del piano attuativo, ha da segnalare cambiamenti improvvisi, noti, che hanno reso obbligatorie delle azioni nei presidi ospedalieri che anticipano il cronoprogramma previsto. Nell'area Nord di Salerno, infatti, in seguito alla chiusura del blocco operatorio dell'ospedale di Scafati effettuata dai NAS in data 28 aprile 2011 per carenze strutturali e igienico sanitarie, è stato obbligatorio dare inizio al processo di riconversione con una immediata nuova programmazione del P.O. (il Decreto 49 prevedeva un cronoprogramma in un termine di 24 mesi)

Il cronoprogramma interno della ASL Salerno ha avuto avvio per le citate motivazioni di urgenza a partire dal 28 aprile u.s., con l'istituzione di una Unità di Crisi permanente (i cui componenti sono il Direttore Sanitario Aziendale FF ed i tre Direttori Sanitari dei Presidi di Scafati, Nocera - Pagani e Sarno ed il Responsabile Dipartimentale dell'Emergenza-Urgenza territoriale) che ha il compito di effettuare la programmazione, l'organizzazione ed il monitoraggio del nuovo assetto dei Presidi Ospedalieri dell'Area Nord e dell'assetto territoriale, da ridefinire alla luce della indispensabile tempestività imposta dalla vicende del Presidio Ospedaliero di Scafati.

AREA NORD

Con l'avvio del cronoprogramma di riconversione, le Unità Operative per Acuti (Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia e Rianimazione) dal P.O. Scarlato di Scafati sono confluite al P.O. Villa Malta di Sarno, di recente costruzione e attualmente sottoutilizzato. E' stato inoltre istituito presso il P.O. di Scafati un presidio di primo soccorso (con un organico misto di 6 medici del 118, 6 medici SAUT, 6 medici dell'organico del pronto soccorso ospedaliero), dal 21 maggio 2011. Questo processo iniziato il 25 aprile 2011 viene governato con il monitoraggio delle attività per singola unità operativa e lo stesso avviene per le attività di primo soccorso istituite dal 21 maggio u.s.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. Scarlato/Scafati	ac	26	medicina generale	23	2	0	25	riab
SA	OSP. Scarlato/Scafati	ri	56	recupero riab.	33	2	0	35	riab
SA	OSP. Scarlato/Scafati	ri	60	lungodegenza	20	0	0	20	riab
					Tot.P.L.			80	

L'ASL ha così declinato l'offerta sanitaria in linea con il decreto 49:

1. Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria (trasferita dal Presidio Ospedaliero di Cava dei Tirreni) + terapia sub- intensiva respiratoria.
2. Ambulatori di Chirurgia, Ginecologia, Ostetricia, Pediatria ed altre specialità.
3. Laboratorio H/12 + reperibilità notturna.
4. Radiologia H/12 + reperibilità notturna.
5. Medicina Generale con Reumatologia (ricoveri in appropriatezza con riabilitazione neuro-motoria).
6. Lungodegenza.

Il cronoprogramma della riconversione del P.O. di Scafati previsto dal decreto 49 a 24 mesi, previsto invece a pieno regime di tutte le attività in un tempo non superiore ai sei mesi, avrà partenza dall'approvazione del Piani Attuativo.

Il PO Villa Malta di Sarno configurato quale secondo livello per la rete dell'emergenza, Spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale, alla luce degli eventi descritti che hanno determinato l'accelerazione del trasferimento delle Unità Operativa dal PO di Scafati, accelera il cronoprogramma del decreto 49 a 6 mesi, in quanto le predette Unità per acuti confluite dal P.O. di Scafati sono ad oggi già operative ed in assetto di ulteriore miglioramento.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	8	cardiologia	18	2	0	20	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	9	chirurgia generale	23	0	2	25	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	26	medicina generale	23	2	0	25	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	36	ortop. e traumat.	18	0	2	20	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	37	ostetricia e ginecologia	23	0	2	25	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	39	pediatria	8	7	0	15	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	43	urologia	0	0	2	2	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	49	terapia intensiva	8	0	0	8	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	50	unità coronarica	6	0	0	6	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	68	pneumologia	8	2	0	10	2 liv
SA	OSP. Martiri di Villa Malta	ac	8	cardiologia	18	2	0	20	2 liv
					Tot.P.L.			160	

Per il Presidio Ospedaliero di Sarno è stato possibile effettuare una iniziale analisi della domanda di salute dell'utenza, dei tipi d'intervento, dall'assetto dell'organico e delle nuove necessità di interventi chirurgici, declinati anche dalla pregressa attività chirurgica interrotta nell'ospedale di Scafati. Alla luce dei più moderni criteri di organizzazione sanitaria basati sulle diversa intensità di cure, si declineranno le specifiche unità operative.

All'Area Nord afferisce il P.O. "Umberto I" di Nocera Inferiore, configurato come ospedale presidio di terzo livello della rete dell'emergenza, che nel Decreto 49 viene riqualificato e potenziato anche attraverso l'annessione come plesso del P.O. Andrea Tortora di Pagani.

Il P.O. di Nocera è individuato quale HUB di II livello per la rete dell'ictus cerebrale e HUB di I livello per l'emergenza cardiologica.

La mission del P.O. "Andrea Tortora" di Pagani è quale polo oncologico, dove è prevista la presa in carico del paziente neoplastico nella sua globalità, dall'azione di screening oncologico alle terapie oncologiche mediche e chirurgiche.

Da un punto di vista strutturale, il plesso di Pagani è perfettamente in linea e pronto ad accogliere unità operative dello specifico ambito assistenziale, in quanto esiste all'interno di esso una idonea struttura con sale operatorie dotate delle più moderne tecnologie e mai utilizzate.

Pertanto dal plesso di Nocera saranno trasferite al plesso di Pagani tutte le unità operative di area oncologica e verrà istituito, presso lo stesso Plesso, il servizio di anatomia patologica centralizzata unica provinciale, Unità operativa dell'Area nord finora presente nell'ospedale di Scafati.

Riguardo al plesso di Nocera è in corso il miglioramento dell'accessibilità del pronto soccorso, con l'apertura di una nuova ala, rimasta chiusa da sette anni dopo la sua realizzazione, che determinerà, entro un mese, l'aumento della capienza e funzionalità di accettazione del 50% rispetto a quella attuale. Inoltre, è in studio da parte dell'ASL l'istituzione del primo soccorso territoriale in sostituzione del pronto soccorso di Pagani. Tale nuova modalità organizzativa dell'emergenza territoriale/ospedaliera determinerà la possibilità di trasferimento delle Unità Operative di Medicina di urgenza e di Pronto soccorso, dal plesso di Pagani a quello di Nocera.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	8	cardiologia	18	23	1	0	24
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	9	chirurgia generale	23	19	1	0	20
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	24	malattie infettive e tropicali	23	14	4	0	18
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	26	medicina generale	18	24	1	0	25
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	29	nefrologia	23	9	3	0	12
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	30	neurochirurgia	8	18	0	2	18
SA	OSP. Umberto I	ac	32	neurologia	0	18	2	0	20

	Noc.Inf.								
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	34	oculistica	8	1	0	4	1
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	36	ortopedia e traumatologia	6	18	0	2	18
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	37	ostetricia e ginecologia	8	26	0	2	26
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	38	otorinolaringoiatra	18	13	0	2	13
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	39	pediatria	23	8	7	0	15
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	40	psichiatria	23	16	0	0	16
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	43	urologia	18	12	0	3	12
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	49	terapia intensiva	23	12	0	0	12
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	50	unità coronarica	8	8	0	0	8
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ri	56	recupero e riabilitazione	0	10	0	0	10
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	58	gastroenterologia	8	2	4	0	6
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	62	neonatologia	6	14	0	0	14
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	64	oncologia	8	2	10	0	12
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	65	oncoematologia pediatrica	18	0	4	0	4
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	66	oncoematologia	18	10	5	0	15
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	68	pneumologia	18	11	2	0	13
SA	OSP. Umberto I Noc.Inf.	ac	68	terapia intensiva neonatale	18	11	2	0	13
					Tot.P.L.			345	

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	64	oncologia	2	10	0	12	3 liv
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	66	oncoematologia	10	5	0	33	3 liv
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	65	oncoematologia pediatrica	0	4	0	4	3 liv
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	9	chirurgia oncologica	13	0	1	14	3 liv
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	26	medicina generale	7	1	0	8	3 liv
SA	OSP. A.Tortora Pagani	ac	49	terapia intensiva	4	0	0	4	3 liv
					Tot. P.L.			75	

PRESIDIO UNICO VALLE del SELE

Il documento di riassetto della rete ospedaliera e territoriale – decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 – stabilisce che i presidi ospedalieri di Oliveto Citra, Roccadaspide, Eboli e Battipaglia confluiranno in una unica struttura ospedaliera, la cui realizzazione è da prevedersi nel programma di interventi per l'edilizia sanitaria (ex art. 20 L.67/88).

Lo stesso decreto fissa quale obiettivo prioritario, nelle more della realizzazione del nuovo presidio, la realizzazione di una integrazione funzionale tra i quattro presidi, al fine di avviarne i processi di razionalizzazione ed accorpamento, ivi compresa la disattivazione del punto nascita del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra caratterizzato da un basso numero di parti/anno (309 nel 2008 – 278 nel 2009).

Le azioni di riorganizzazione da porre in essere devono, pertanto, tener conto delle nuove funzioni assegnate dal legislatore regionale al realizzando ospedale del Sele e in particolare di quelle connesse alla rete dell'emergenza. Il nuovo ospedale è, infatti, programmato quale presidio di II livello della rete dell'emergenza e Hub di 1° livello per la emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale. In ogni caso, la riorganizzazione deve tener conto anche di tutti gli altri vincoli ed obiettivi imposti dal citato documento di riassetto della rete ospedaliera e territoriale.

La riorganizzazione, quindi, da un canto dovrà facilitare il complesso processo di confluenza delle diverse unità operative dei cinque presidi ospedalieri nel nuovo ospedale, dall'altro dovrà garantire la continuità delle funzioni assistenziali nei rispetti ambiti territoriali sino alla completa attivazione del nuovo presidio. Da qui l'importanza di prevedere, contestualmente al trasferimento o fusione di unità operative tra gli attuali presidi ospedalieri (attualmente 5 per la integrazione al progetto anche di Agropoli), il rafforzamento delle attività territoriali al fine di fornire e garantire servizi efficienti e di qualità, in particolare per quei territori in cui la programmazione regionale prevede, a medio - lungo termine, una disattivazione delle funzioni di ricovero per acuti.

Vi è da tenere anche presente il numero e la tipologia delle risorse umane attualmente assegnate alle diverse unità operative, nonché gli eventuali interventi strutturali da porre in essere per la realizzazione del processo di razionalizzazione e di accorpamento.

Modello attuale

Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ORD	DH	TOT
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	CARDIOLOGIA	6	1	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	CHIRURGIA GENERALE	22	3	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	MEDICINA GENERALE	23	2	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	2	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8	3	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	PEDIATRIA	4	2	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	UROLOGIA	10	3	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	TERAPIA INTENSIVA	4	0	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	UNITA' CORONARICA	2	0	
P.O. SAN FRANCESCO D' ASSISI - OLIVETO	RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	1	
		91	17	108
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	CARDIOLOGIA	10	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	CHIRURGIA GENERALE	11	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	0	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	GERIATRIA	5	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	9	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	MEDICINA GENERALE	29	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	NEFROLOGIA	4	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	NEUROLOGIA	5	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	OCULISTICA	4	3	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	3	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	OTORINOLARINGOIATRIA	6	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	PEDIATRIA	5	3	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	UROLOGIA	7	3	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	TERAPIA INTENSIVA	8	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	UNITA' CORONARICA	4	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	DERMATOLOGIA	0	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	PNEUMOLOGIA	0	1	
		137	25	162
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	CARDIOLOGIA	11	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	CHIRURGIA GENERALE	22	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	MEDICINA GENERALE	20	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	MEDICINA GENERALE	2	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	PEDIATRIA	5	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	TERAPIA INTENSIVA	8	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	UNITA' CORONARICA	4	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	ASTANTERIA	8	0	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	NEONATOLOGIA	6	1	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	PNEUMOLOGIA	2	2	
PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	0	
		141	15	156
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	CARDIOLOGIA	6	1	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	CHIRURGIA GENERALE	18	2	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	MEDICINA GENERALE	19	1	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	1	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UNITA' CORONARICA	4	0	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	LUNGODEGENTI	9	0	
		61	5	66
				492

VISION

Come sottolineato in premessa, l'integrazione funzionale dei 5 Presidi Ospedalieri nel nuovo PO Unico Valle del Sele, non si intende legata alla costruzione del nuovo ospedale bensì si prevede in essere entro e non oltre i 36 mesi.

A tal proposito, infatti, è in corso l'individuazione dell'area territoriale ove stabilire il sito del nuovo ospedale, previsto tra gli interventi prioritari nel piano triennale degli investimenti e delle

acquisizioni di biotecnologie, di cui al Piano Sanitario Regionale 2011-2013 pubblicato BURC n. 32 del 27 maggio 2011.

A tal proposito è stata effettuata, secondo prassi, una osservazione al PTCP (Piano Territoriale Provincia – Salerno) ed è stata attenzionata la ricerca. Il sito in corso di identificazione, sarà individuato in uno dei Comuni dove non insistono gli attuali Presidi Ospedalieri e si preferiranno aree non private, preferibilmente demaniali.

In una logica di SISTEMA efficiente ed efficace basato sulla centralità del paziente, in linea con la razionalizzazione ed integrazione funzionale dei Presidi e con il principio di diversificazione dell'offerta sanitaria, nonché di integrazione delle attività ospedale/territorio, si ritiene opportuno, data la complessità e particolarità del processo, individuare la mission di ognuno dei 5 Presidi e i periodi temporali entro i quali prevedere le specifiche azioni.

ROCCADASPIDE

Da un'analisi accurata di tipo epidemiologico sono emerse le domande di salute dei cittadini del comprensorio, caratterizzata da un'elevata età media della popolazione. Quindi, per un'ideale risposta a tale domanda e per la già presente mission vocazionale, è da prevedere per tale Presidio una politica sanitaria di media/bassa assistenza e ad alta tutela del paziente, con la programmazione di un "Centro d'Eccellenza di Geriatria" con le attinenti specialità. Inoltre, si prevede all'interno del Presidio un Centro di Alta Specializzazione per l'Alzheimer, con una dinamica di "presa in carico globale del cittadino-paziente", dalla fase di prevenzione a quella di diagnosi, terapia, riabilitazione e cure palliative e/o domiciliari. Il presidio mantiene e amplia l'offerta di lungodegenza.

Si istituisce la consulenza specialistica ambulatoriale con Day-Service per Cardiologia, Chirurgia, Chirurgia vascolare, Ortopedia, Neurologia. Inoltre, si mantiene il servizio di Laboratorio e Radiologia h12, con servizio di reperibilità notturna.

Dalle prime analisi dei dati di appropriatezza delle cure e di tipologia di ricovero, il Presidio è già di fatto organizzato in questo tipo di assistenza.

Il Presidio mantiene il Primo Soccorso h24 di Emergenza territoriale con organico misto di medici dell'emergenza (118/ospedalieri/continuità assistenziale) e ambulanza rianimativa, elicottero, ambulanza per il trasporto secondario.

Tale organizzazione avrà un cronoprogramma non superiore ai 12 mesi, in base al riordino delle rete dell'emergenza territoriale ed al nuovo disegno dell'emergenza ospedaliera e cardiologica.

AGROPOLI

Il decreto 49 per quanto attiene al P.O. di Agropoli recita : “Il PO di Agropoli si riconverte in centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico ed in struttura residenziale per cure palliative (Hospice).”

Nella cornice dell'individuazione funzionale del Presidio così come previsto dal decreto 49 e dal numero di posti programmato, si è individuata una mission specifica ed identitaria del Presidio, al pari degli altri Presidi da riconvertire nella logica della diversificazione dell'offerta.

L'analisi accurata del comprensorio della popolazione utente del Presidio, l'esigenze e la domanda di salute della popolazione femminile, la considerazione che il Presidio può essere anche sede di attrattività data la particolare amenità della posizione geografica, hanno suggerito che l'Ospedale di Agropoli può diventare un **“Ospedale di genere”**.

L'ospedale di genere, di cui già da tempo si parla nelle organizzazioni e nelle previsioni delle politiche sanitarie, nasce dall'esigenza di diversificazione dell'offerta e ricerca dell'eccellenza nell'ambito della integrazione funzionale del Presidio Unico della Valle del Sele.

Il riconoscimento delle patologie di genere fa sì che la donna non venga solo identificata nella donna-madre le cui patologie vadano trattate esclusivamente nel circuito Materno-Infantile.

Pertanto, nel nuovo Ospedale di Genere si prevede l'istituzione del Centro regionale di riferimento dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità), previsto dalla Regione Campania in uno dei Presidi ospedalieri da riconvertire in Territoriali.

Trattasi di patologie endocrinologiche di pertinenza quasi esclusivamente femminile, integrabili in un servizio di Endocrinologia in Day-Service che eroghi anche prestazioni diagnostico-terapeutiche per le altre patologie di genere (disturbi della tiroide, dell'assetto ormonale femminile, menopausa, etc.).

Il Presidio Ospedaliero di Genere di Agropoli può connotarsi quale hub di riferimento per la rete endocrinologica sovradistrettuale.

L'ispezione effettuata di recente dall'ASL di Salerno in tutte le sale operatorie dei PO della Provincia di Salerno ha rilevato la ottima qualità, senza nessuna necessità di ulteriori miglioramenti, del blocco operatorio dell'Ospedale di Agropoli. Pertanto si è deciso di utilizzare, in un'ottica di contenimento di spesa, tale blocco operatorio per le attività di Day-Surgery e Day-Service chirurgico, coerente alle patologie chirurgiche di lieve e media intensità della sfera femminile, effettuabili in appropriatezza delle cure in tale regime di assistenza.

In sinergia con l'attività prevista nel polo oncologico di Pagani, e con esso in rete, l'Ospedale di Genere di Agropoli potrà rappresentare anche un satellite per le attività di screening e terapie medico-radioterapiche delle patologie oncologiche della sfera femminile.

Anche presso il Presidio di Genere di Agropoli sarà mantenuto il Primo Soccorso h24 di Emergenza territoriale, con organico misto di medici dell'emergenza (118/ospedalieri/continuità assistenziale) e ambulanza rianimativa, elicottero, ambulanza per il trasporto secondario.

Il cronoprogramma previsto per l'istituzione del Primo Soccorso è di 3 mesi. Per l'organizzazione dell'Ospedale di Genere è non superiore a 12 mesi, difficilmente prevedibile prima in quanto si tratta di organizzazione ex novo ed altamente specialistica, pur nell'ambito del ricovero residenziale/ Day - service/ Day - surgery.

OLIVETO CITRA

Il decreto 49 per tale Presidio Ospedaliero recita: “Il P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra, dopo la confluenza nel P.O. della Valle del Sele sarà destinato ad accogliere Unità Operative di ricovero di tipo riabilitativo e potrà ospitare la struttura polifunzionale per la salute (SPS)”.

La mission individuata per rendere identitaria e specialistica la funzione di tale Presidio è prevista facendo leva sulle eccellenze del Presidio stesso.

Si configurerà infatti come Hub di I livello come **“Centro per la medicina del dolore”**.

Per l'attività emergenziale il Presidio manterrà il Primo Soccorso h24 di Emergenza territoriale con organico misto di medici dell'emergenza (118/ospedalieri/continuità assistenziale) e ambulanza rianimativa, ambulanza per il trasporto secondario.

Il cronoprogramma della riconversione delle attività per acuti (Pronto soccorso e Rianimazione) avverrà con gradualità e dopo analisi dei dati a 12 mesi, termine utile per la verifica dell'assetto territoriale emergenziale. La riconversione delle attività per acuti avverrà tra i 12 e non oltre i 36 mesi dalla operatività del Piano Attuativo.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. S.Francesco Ass. Oliveto Citra	ac	26	medicina generale	18	2	0	20	Ac
SA	OSP. S.Francesco Ass. Oliveto Citra	ri	56	recupero e riabilitazione	35	0	0	35	Ri
SA	OSP. S.Francesco Ass. Oliveto Citra	ri	60	lungodegenti	25	0	0	25	Ri
					Tot. P.L.			80	

EBOLI – BATTIPAGLIA

Non è casuale che i due PO vengano insieme descritti nella mission e nel crono programma, in quanto le azioni tra i due PO saranno contestuali.

CRONOPROGRAMMA

I FASE – 6 mesi

La prima fase, che sarà attuata entro i primi sei mesi, decorrenti dalla data di approvazione del documento di attuazione da parte dei competenti organi regionali, prevede la seguente programmazione specifica:

- Dipartimento Strutturale Trasversale Donna-Bambino (P.O. Battipaglia)

- Pediatria (7 + 7) 14
- Terapia intensiva neonatale 6
- Neonatologia 8
- Ginecologia ed Ostetricia (28 + 2) 30

L'azione prevede 3 step successivi:

1. chiusura del punto nascita di Oliveto Citra con trasferimento della pediatria e ginecologia/ostetricia del P.O. di Oliveto Citra presso il P.O. di Battipaglia (già attuata);
2. trasferimento della pediatria e ginecologia del P.O. di Eboli presso il P.O. di Battipaglia;
3. monitoraggio e attuazione definitiva.

La finalità della nascita di tale Dipartimento è quella di creare una rete pediatrica per supportare il processo di riorganizzazione tra Ospedale, i Distretti Territoriali (4 distretti), i PLS ponendo "l'utente al centro del sistema offerta-salute", in un territorio che è il più giovane d'Italia per sviluppo demografico.

Inoltre il "Dipartimento Strutturale trasversale donna-bambino" conterrà i percorsi assistenziali tra i vari presidi per la realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio.

- Dipartimento Cardio-vascolare (P.O. Eboli)

In ottemperanza alla previsione stabilita dal decreto commissariale n.49, per garantire la risposta assistenziale ai bisogni dell'emergenza cardiologica (funzione Hub di 1° livello del nuovo Presidio Unico della Valle del Sele), la nascita del Polo dell'emergenza cardiologica presso il presidio di Eboli impone la centralizzazione dell'attività emergenziale in tale Presidio, dotato di UTIC e Emodinamica Interventistica

- CARDIOLOGIA (20 + 2) 22
- UTIC 8

Il crono programma in questo senso seguirà l'attuazione operativa della rete d'emergenza e della rete dell'emergenza cardiologica.

Per la definitiva integrazione dei due Presidi Ospedalieri di Eboli e Battipaglia, si effettuerà a 12 mesi l'analisi dei livelli di appropriatezza e delle tipologie dei ricoveri erogati, al fine di pervenire ad un razionale disegno di specializzazione e/o di accorpamento delle risorse strutturali e delle Unità operative, con istituzione di un pool unico di operatori, da conseguire verosimilmente entro i 36 mesi dall'adozione del Piano.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. Valle del Sele	ac	8	cardiologia	20	2	0	22	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	9	chirurgia generale	35	0	5	40	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	19	mal. endocrine e del ricambio	0	5	0	5	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	26	medicina	35	5	0	40	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	29	nefrologia	6	4	0	10	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	32	neurologia	18	2	0	20	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	34	oculistica	6	9	0	15	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	36	ortopedia e traumatologia.	25	0	5	30	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	37	ostetricia e ginecologia	28	0	2	30	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	38	otorinolaringoiatra	12	0	3	15	2 livp
SA	OSP. Valle del Sele	ac	39	pediatria	7	7	0	14	2 livp
SA	OSP. Valle del Sele	ac	43	urologia	15	5	0	20	2 livp
SA	OSP. Valle del Sele	ac	49	terapia intensiva	8	0	0	8	2 livp
SA	OSP. Valle del Sele	ac	50	unità coronarica	8	0	0	8	2 livp
SA	OSP. Valle del Sele	ac	58	gastroenterologia	10	5	0	15	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	62	neonatologia	8	0	0	8	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	64	oncologia	6	6	0	12	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	68	pneumologia	8	2	0	10	2 liv
SA	OSP. Valle del Sele	ac	73	terapia intensiva neonatale	6	0	0	6	2 liv
					Tot. P.L.			328	

AREA SUD

Nell'AREA SUD sono presenti tre Presidi Ospedalieri :

*il P.O. San Luca di Vallo della Lucania, presidio di III livello della rete dell'emergenza. E' individuato quale Hub di 1° livello per l'emergenza cardiologica e programmato come hub di 2° livello per l'ictus cerebrale.

*il P.O. di Polla – S. Arsenio, presidio di II livello della rete dell'emergenza. E' identificato quale Hub di 1° livello per l'ictus cerebrale e Spoke per l'emergenza cardiologica.

*il P.O. di S. Maria della Speranza di Sapri è configurato quale presidio del II livello della rete dell'emergenza e costituisce Spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale.

Inoltre riguardo ai P.O. di Vallo e Sapri, il decreto 49 definisce che , pur registrandosi un numero di parti inferiore a 500, i punti nascita dei presidi ospedalieri San Luca di Vallo della Lucania (406 parti nel 2008, 432 nel 2009) e Immacolata di Sapri (391 parti nel 2008 – 302 nel 2009) vengono mantenuti in esercizio in quanto collocati in una zona con caratteristiche geomorfologiche tali da non garantire accessi rapidi ai restanti punti nascita presenti nel territorio provinciale.

Alla luce di ciò e dall'analisi dei dati più recenti del 2010 ed in considerazione che le nuove politiche sanitarie ministeriali a breve determineranno un ulteriore incremento del numero delle nascite per poter lasciare i punti nascita in attività, considerato che il numero dei nati nel comprensorio è superiore a quello che avviene in ospedale, l'ASL ritiene d'avviare una politica d'attrattività la popolazione femminile a seguire percorsi ospedalieri per la gravidanza, il parto e le problematiche connesse negli ospedali, incentivando il personale a corsi di formazione e arricchendo di risorse tecnologiche i Reparti di Ostetricia e Ginecologia per far sì che nuove tecniche e nuovi percorsi possano giustificare ulteriormente nel tempo la persistenza di questi Reparti con una risposta d'efficienza e d'efficacia.

I due Reparti di Ginecologia/Ostetricia di Vallo della Lucania e di Sapri verranno messi in un logica di rete con offerta sanitaria sinergica e diversificata anche facendo leva sulle attuali peculiarità. In questa logica si prevede un "Centro per la fertilità" a Vallo della Lucania e, data la peculiarità e l'amenità di posizione geografica un "Centro per il percorso nascita e il parto fisiologico con parto in acqua" a Sapri.

Tutti e tre i Presidi sono altresì da potenziare per quanto riguarda gli organici, pertanto in questa ottica, si andrà avanti in modo contestuale e rigoroso ad una riorganizzazione che non sarà sic et simpliciter solo nella logica dell'implementazione numerica del personale delle Unità Operative, ma partirà dall'analisi dei dati di appropriatezza delle cure dopo i 12 mesi di osservazione. Seguirà la riorganizzazione delle singole Unità Operative declinate dalle linee guida del Decreto 49 e quindi la rivisitazione dell'organico esistente e da implementare.

La nuove reti dell'emergenza , cardiologica e neurochirurgica determineranno una dinamica dei flussi dei pazienti diversa dal passato e dal cui monitoraggio verranno tracciate le riorganizzazioni in logica di organizzazione di Unità Operativa, declinate dalle Strutture del Dipartimento funzionale/area.

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	8	cardiologia	5	1	0	6	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	9	medicina generale	23	0	2	25	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	26	chirurgia generale	23	2	0	25	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	34	oculistica	1	0	4	5	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	36	Ortopedia/traumat.	18	0	2	20	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	37	ostetricia ginecol.	14	0	2	16	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	39	pediatria	6	4	0	10	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	43	urologia	2	0	3	5	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	49	terapia intensiva	4	0	0	4	2 liv
SA	OSP. dell' Immacolata Sapri	ac	50	unità coronarica	4	0	0	4	2 liv
					Tot.P.L.			120	

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	8	cardiologia	13	1	0	14	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	9	chirurgia generale	23	0	2	25	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	21	geriatria	13	2	0	15	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	26	medicina generale	27	2	0	29	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	29	nefrologia	3	1	0	4	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	32	neurologia	13	2	0	15	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	34	oculistica	1	0	4	5	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	36	ortopedia e traumatologia	23	0	2	25	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	37	ostetricia e ginecologia	28	0	2	30	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	38	otorinolaringoiatra	1	0	5	6	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	39	pediatria	6	4	0	10	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	40	psichiatria	8	0	0	8	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	43	urologia	7	0	3	10	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	49	terapia intensiva	8	0	0	8	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	50	unità coronarica	6	0	0	6	2 livp
SA	OSP. Polla S. Arsenio	ac	68	pneumologia	14	1	0	15	2 livp
					Tot.P.L.			228	

Prov	Denominazione	Ac/Ria	Cod	Descr. Disciplina	P.L.Ord.	P.L.dh	P.L.ds.	PL.tot	LIV
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	8	Cardiologia	25	2	0	27	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	9	Chirurgia Generale	33	0	2	35	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	14	Chirurgia vascolare	6	0	2	8	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	24	malattie infettive e tropicali.	13	2	0	15	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	26	Medicina generale	33	2	0	35	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	30	neurochirurgia	13	0	2	15	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	32	neurologia	18	2	0	20	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	34	oculistica	1	5	0	6	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	36	ortopedia e traumatologia	18	0	2	20	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	37	ostetricia e ginecologia	23	0	2	25	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	38	otorinolaringoiatra	4	0	2	6	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	39	pediatria	8	7	0	15	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	40	psichiatria	8	0	0	8	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	43	urologia	12	0	3	15	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	49	terapia intensiva	10	0	0	10	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	50	unità coronarica	8	0	0	8	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ri	56	recupero e riabilitazione	20	0	0	20	3 liv
SA	OSP. S. Luca Vallo	ac	64	oncologia	5	10	0	15	3 liv
					Tot.P.L.			307	

Nell'Area Sud i PP.OO. di Polla, Vallo e Sapri non subiscono riconversioni, ma vengono individuati come presidi con pronto soccorso e posti per acuti nelle modalità descritte dal decreto n. 49.

Polla, Vallo (Hub secondo livello), Sapri.

Attualmente, ancor prima dell'inizio del nuovo assetto previsto dal decreto 49, a partire dall'adozione del Piano Attuativo della ASL di Salerno, si è dovuto dare inizio, in collaborazione con le direzioni sanitarie di presidio, alla razionalizzazione e all'accorpamento di reparti omologhi per area funzionale, al fine di razionalizzare le risorse umane disponibili sia come dirigenza medica che come comparto.

Polla- Sant'Arsenio/Vallo

Dal 1° giugno 2011, in accordo con la direzione sanitaria del presidio si è stipulato un cronoprogramma di interventi di edilizia all'interno del nosocomio di Polla per poter ospitare i tre reparti del presidio ospedaliero di Sant'Arsenio (Geriatrics, Malattie Infettive e Fisiopatologia respiratoria), al fine di razionalizzare gli organici dell'area medica. I tempi previsti dal cronoprogramma sono di circa 3 mesi. Situazione analoga di accorpamenti dei reparti di chirurgia e specialità chirurgiche, di medicina e specialità mediche, si è dovuta urgentemente rendere operativa all'ospedale di Vallo ponendo così dei correttivi immediati alla gravissima carenza di personale in un presidio che andrà potenziato come previsto nel decreto 49 .

Nell'ospedale di S.Arsenio sono previste attività distrettuali e un Ospedale di Comunità, che consentano di razionalizzare la fase pre e post ospedaliera dei ricoveri di Polla, sottoposta anch'essa ad analisi di appropriatezza a 12 mesi come erogazione di prestazione e livelli di occupazione di posti letto.

Sapri

Nel Presidio Ospedaliero di Sapri andrà potenziato il punto nascita con finalità d'eccellenza di Ostetricia e Ginecologia. La localizzazione strategica del Presidio, all'incrocio di altre due regioni (Basilicata e Calabria), rende lo stesso idoneo a politiche di attrattività extra-regionali se dotato di eccellenze.

Inoltre, l'ospedale di Sapri collocato in posizione amena, in località di grande richiamo turistico, ha una utenza variabile durante tutto l'arco dell'anno, con picchi di densità di popolazione nell'alta stagione.

Pertanto in questa logica va potenziato il Centro di Emodialisi, ed istituiti un Day-service Cardiologico ed un "Centro per l'Obesità Infantile", nonché un Centro per il percorso del Parto Fisiologico.

4.3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il processo di unificazione del modello organizzativo aziendale implica la organizzazione di un unico Dipartimento di Prevenzione che si occupi della programmazione della attività e dello sviluppo organizzativo dei servizi di prevenzione sull'intero ambito provinciale. Primo obiettivo è quello di uniformare procedure, modalità di erogazione prestazionale e utilizzo delle risorse umane e strutturali.

Il Dipartimento di Prevenzione programma strategie e sviluppa iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva e persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, di miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di natura ambientale, alimentare e lavorativa.

Il Dipartimento di Prevenzione utilizza metodiche di lavoro per obiettivi che, collegate al principio della contestabilità e della responsabilità, preludono al processo di valutazione.

Il Dipartimento di Prevenzione è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali e di riunire intorno ad obiettivi complessi, diversi professionalità.

L'organigramma del Dipartimento di Prevenzione è articolato in tre aree funzionali-organizzative.

L'area di sanità pubblica veterinaria gode di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativo gestionale nell'ambito del dipartimento di prevenzione.

Ai soli fini operativi, il territorio dell'ASL viene suddiviso in Distretti Veterinari.

DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Comitato di Dipartimento

AREE DI RIFERIMENTO

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Area Igiene Pubblica e Promozione della Salute<ul style="list-style-type: none">U.O.C.: Igiene e Sanità Pubblica Area NordU.O.C.: Igiene e Sanità Pubblica Area SudU.O.C. : Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Area NordU.O.C. : Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Area SudU.O.C. : Epidemiologia e Prevenzione Area NordU.O.C. : Epidemiologia e Prevenzione Area Sud2. Area Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro<ul style="list-style-type: none">U.O.C.: Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro Area NordU.O.C.: Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro Area SudU.O.C.: Igiene e Medicina del lavoro Area NordU.O.C.: Igiene e Medicina del lavoro Area Sud |
|--|

3. Area Sanità Pubblica Veterinari
U.O.C. Sanità Animale Area Nord
U.O.C. Sanità Animale Area sud
U.O.C. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale Area Nord
U.O.C. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale Area Sud
U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche Area Nord
U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche Area Sud

AMBITI TERRITORIALI

<u>Area Nord</u>	
Distretti	S.S.
61 Angri - Scafati	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
60 Nocera Inferiore	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
62 Sarno - Pagani	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
63 Cava de' Tirreni - Vietri sul Mare - Costa d'Amalfi	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
67 Mercato S. Severino	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria

<u>Area Sud</u>	
Distretti	S.S.
66 Salerno	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
68 Giffoni Valle Piana	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
65 Battipaglia	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
64 Eboli	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
70 Vallo della Lucania	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
69 Agropoli - Capaccio - Roccadaspide	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
71 Sapri - Camerota	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria
72 Polla - Sala Consilina	U.O. Prevenzione Collettiva U.O. Veterinaria

4.4 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Il processo di unificazione del modello organizzativo aziendale implica la organizzazione di un unico DSM che si occupi della programmazione e dello sviluppo assistenziale e organizzativo dei servizi di salute mentale sull'intero ambito provinciale. Primo obiettivo è quello di uniformare procedure, modalità di erogazione prestazionale e utilizzo delle risorse umane e strutturali.

Il riferimento organizzativo è certamente il nuovo PSR 2011-2013 che a sua volta si ispira ai diversi Progetti Obiettivo Salute Mentale (POSM) Nazionali e Regionali emanati in questi anni. In particolare il POSM regionale attualmente in vigore ribadisce la centralità della assistenza territoriale e la piena autonomia del dipartimento strutturale sia sul piano dell'erogazione dell'assistenza che su quello della gestione finanziaria.

Gli obiettivi strategici del DSM aziendale possono essere così sintetizzati:

1. Organizzare il percorso di fusione dei 3 attuali DSM in un unico DSM aziendale, con le caratteristiche di un Dipartimento strutturale a direzione unica, autonomo nella gestione delle risorse professionali e finanziarie.
2. Ridurre il numero delle strutture complesse del nuovo organigramma, proponendo un nuovo assetto aziendale che razionalizzi anche la numerosità delle strutture semplici, delle strutture dipartimentali e degli incarichi professionali di alta specializzazione.
3. Individuazione della lista di priorità aziendali facendo riferimento sia alle peculiari esigenze del territorio che alle indicazioni programmatiche del nuovo PSR 2011-2013.

Nell'organigramma allegato è sintetizzato il modello organizzativo del nuovo DSM aziendale, con indicazione tutte le strutture complesse riferite alle direzioni territoriali (UOSM) e le altre strutture considerate strategiche per i nuovi compiti attribuiti dalle norme regionali ai DSM.

In aggiunta alle direzioni territoriali UOSM (accorpate in aree funzionali di ambiti territoriali omogenei), sono state previste le seguenti strutture complesse:

- ✓ UOC Psicologia che organizza e coordina tutti gli psicologi della ASL ad eccezione di quelli del Ser.T.
- ✓ UOC Direzione Amministrativa Dipartimentale.

SCHEMA NODI DELLA RETE EMERGENZA PSICHIATRICA

In riferimento alla rete della emergenza psichiatrica, nell'ambito della riorganizzazione del trasporto pazienti-118 si elencano i nodi previsti quali terminali del servizio 118 per accogliere e assistere i pazienti in crisi acuta nelle ore notturne e diurne dei giorni festivi, così come indicato dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 nel capitolo sulla salute mentale.

Le *aree vaste* per l'emergenza sono allocate nei presidi ospedalieri che già ospitano un SPDC, autonomi funzionalmente e con presenza attiva di personale infermieristico e reperibilità medica, con la possibilità - ove le strutture lo consentano - di ospitare pazienti in crisi per brevi periodi notturni e/o diurni di osservazione e, in questo caso, denominate *aree vaste per osservazione breve*. In queste aree il servizio trasporto pazienti accompagnerà tutti quei casi di competenza psichiatrica che richiedono la consulenza specialistica.

Area Vasta 1 <i>Abitanti</i> 166.637	PO di Vallo della Lucania PO di Polla - S. Arsenio	DSB 11 DSB 12 DSB 13	UOSM Vallo UOSM Sapri UOSM Polla-S.Arsenico	Contiguo SPDC
Area Vasta 2 <i>Abitanti</i> 99.473	PO Roccadaspide PO Agropoli	DSB 10	UOSM Agropoli (1) UOSM Roccadaspide (1)	
Area Vasta 3 <i>Abitanti</i> 171.996	PO Battipaglia PO Oliveto Citra	DSB 5 DSB 6	UOSM Battipaglia (4) UOSM Contursi (2) UOSM Oliveto Citra (2) UOSM Eboli (3)	
Area Vasta 4 <i>Abitanti</i> 219.812	AO Salerno	DSB 7 DSB 9	UOSM Pontecagnano (4) UOSM Salerno	Contiguo SPDC
Area Vasta 5 <i>Abitanti</i> 163.541	AO Salerno - Plesso di Mercato S.Sever. - Plesso di Cava de' Tirreni - Plesso di Castiglione di Ravello	DSB 8 DSB 4	UOSM M.S. Severino UOSM Cava-Costiera	
Area Vasta 6 <i>Abitanti</i> 272.802	PO Nocera Inferiore	DSB 1 DSB 2 DSB 3	UOSM Nocera UOSM Angri-Scafati UOSM Sarno-Pagani	Contiguo SPDC

(1) da accorpare come previsto da decreto del sub commissario regionale

(2) da accorpare come previsto da decreto del sub commissario regionale

(3) eventualmente da accorpare a Contursi Oliveto, secondo esigenze di riorganizzazione aziendale

(4) eventualmente da accorpare, secondo esigenze di riorganizzazione aziendale

4.5 SISTEMA PROVINCIALE INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA

FASE OSPEDALIERA

L'accesso alle cure ospedaliere in regime di emergenza avviene attraverso il Pronto soccorso sia che si tratti di pazienti che vi giungono con mezzi propri (85%), sia di pazienti che vi giungono con i mezzi di soccorso territoriali. Va da sé che questi ultimi hanno già ricevuto un codice colore nel momento in cui la CO ha inviato un mezzo di soccorso e sono stati già trattati per quel codice colore (bianco, verde, giallo, rosso) che fa riferimento ad una priorità piuttosto che ad una diagnosi. L'organizzazione strutturale e funzionale del PS e della Medicina d'Urgenza conserveranno questa organizzazione per codici colore di priorità-gravità e di risposta per intensità di cure del soccorso secondo i decreti sopra citati e l'accordo del 25/10/2011 tra il Ministero della salute le regioni e le province autonome concernente il triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso).

Nel modello che andiamo a presentare sono state recepite anche le linee guida elaborate dalla Società Scientifica di Medicina di Emergenza Urgenza insieme all'ISPESL nel 2005: "Standard strutturali e tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di Pronto Soccorso e di Medicina d'Urgenza", le linee guida elaborate nel 2011 dalla Federazione Italiana di Medicina di Emergenza -Urgenza e delle Catastrofi: "Standard strutturali e tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di emergenza extra ed intraospedaliera", e le raccomandazioni della Commissione Consultiva del Ministero della Salute "Piano per il miglioramento del sistema di emergenza/urgenza" 2005 e dell'Agenas, nonché le esperienze delle regioni virtuose.

La gestione intraospedaliera dell'emergenza si attua attraverso Punti di Primo Intervento dei dismessi ospedali e Presidi Ospedalieri con capacità di risposta all'emergenza per livelli funzionali differenziati e crescenti, organizzati in maniera gerarchica ed in rete, livello 1°, 2° e 3°.

a) PPI gestiti dalla rete ospedaliera (negli ospedali dismessi con almeno 6000 accessi all'anno in H24 o 3000 accessi all'anno in H12)

b) Ospedali sede di 1° livello

(Garantiscono interventi utili alla stabilizzazione del paziente e coordinati dalla CO garantiscono l'eventuale trasporto ad ospedale in grado di fornire la risposta adeguata)

c) Ospedali sede di 2° livello

(Garantiscono attività di pronto soccorso ed accettazione, osservazione breve e medicina d'urgenza, rianimazione, interventi diagnostici e terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC H24.

d) Ospedale sede di 3° livello

(Garantiscono oltre alle attività del 2° livello funzioni di più alta qualificazione come cardiocirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, stroke unit, trauma center)

Gli ospedali di 1° livello sede di PS devono essere individuati dalla programmazione regionale

Gli Ospedali di 2° e 3° livello con meno di 60000 accessi all'anno di PS rispondono all'emergenza con: l'unità di Pronto Soccorso ed Osservazione Breve Intensiva

Gli Ospedali di 2° e 3° livello con più di 60000 accessi all'anno di PS rispondono all'emergenza con: con la Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza con Area di Degenza distinta in area ad alta intensità di cura e degenza breve, in aggiunta al Pronto Soccorso e Osservazione Breve intensiva

Nella Area nord della ASL/SA nel rispetto del decreto N 49 del 27/09/2010, saranno presenti

1) PPI H24 presso il Dismesso Ospedale "Mauro Scarlato" di Scafati a gestione mista medici ospedalieri/medici SAUT

Risponde all'emergenza con:

a) Visite mediche e terapia dei casi clinici semplici che si presentano con mezzi propri o con autoambulanze del 118 (già etichettati quindi come codici a bassa priorità dalla CO e/o dagli operatori territoriali dell'emergenza), che non necessitano di un supporto diagnostico di laboratorio o di immagine.

b) Con trasferimento protetto e dopo stabilizzazione presso i PS degli ospedali di 2° e 3° livello di riferimento dei casi che necessitano invece di tale supporto e approfondimento e/o ricovero

6 medici ospedalieri, 6 medici della Saut

n 1 autoambulanza rianimativa con medico esperto dell'emergenza per i casi a maggiore complessità.

La risposta ospedaliera all'emergenza è garantita dall' Ospedale di 3° livello "Umberto I" di Nocera con tempi di percorrenza inferiori ai cinque minuti o dall'Ospedale di 2° livello "Martiri del Villa Malta" di Sarno con tempi di percorrenza di dieci minuti.

2) PPI H24 presso il Dismesso PS del PO " A. Tortora" di Pagani nella fase di transizione (personale da definire).

Risponde all'emergenza con :

a) Visite mediche e terapia dei casi clinici semplici che si presentano con mezzi propri o con autoambulanze del 118 (già etichettati quindi come codici a bassa priorità dalla CO e/o dagli operatori territoriali dell'emergenza), che non necessitano di un supporto diagnostico di laboratorio o di immagine.

b) Con trasferimento protetto e dopo stabilizzazione presso i PS degli ospedali di 2° e 3° livello di riferimento dei casi che necessitano invece di tale supporto e approfondimento e/o ricovero.

Tale PPI, dopo la fase di emergenza legata alla definitiva uscita dal circuito dell'emergenza ospedaliera del PO " A. Tortora", dopo valutazione dei flussi, sarà soppresso in quanto in grado di assicurare prestazioni paragonabili a quelle offerte dagli ambulatori del medico di base e della continuità assistenziale già presenti in numero congruo.

Rimane garantita l'emergenza territoriale da

a) n 1 autoambulanza con infermiere (tipo B),

b) n 1 auto-medica con 6 medici esperti dell'emergenza e 6 infermieri

La risposta ospedaliera all'emergenza è garantita dall' Ospedale di 3° livello "Umberto I" di Nocera con tempi di percorrenza inferiori ai cinque minuti o dall'Ospedale di 2° livello "Martiri del Villa Malta" di Sarno con tempi di percorrenza di dieci minuti.

3) Il PO "Martiri del Villa Malta" di Sarno è configurato quale Ospedale di 2° livello con meno di 60000 accessi all'anno e risponde con la struttura di PS ed Osservazione Breve Intensiva salvo nuova verifica di flussi.

4) Il PO "Umberto I" di Nocera è configurato quale Ospedale di 3° livello con più di 80000 accessi all'anno e risponde con la Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza con le sue articolazioni di Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva e Degenza Breve con letti ad alta intensità di cura e a media intensità di cura salvo nuova verifica dei flussi.

PRONTO SOCCORSO STANDARD ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE

Il Pronto Soccorso è la struttura deputata alla gestione dell'urgenza-emergenza sanitaria che giunge all'ospedale dal territorio; garantisce, nel minor tempo possibile, l'inquadramento clinico e la stabilizzazione dei pazienti con patologia acuta che si presentano e, quando se ne ravvisi la necessità, provvede al loro ricovero in struttura adeguata.

Camera calda	Punto di confluenza delle vie di accesso al PS
Attesa sorvegliata	Confortevole, con possibilità di essere guardati dal triagista
Triage	Per pazienti deambulanti e barellati e post triage
Area rossa	Area sempre disponibile per interventi salvavita
Area gialla /verde	Box attrezzati per interventi ad alta/media intensità di cura
Area per codici minori	Ambienti ambulatoriali
Attesa assistita	Area per pazienti già trattati, stabili in attesa di completare il percorso
Radiologia dedicata	Implementata secondo le normative per la radioprotezione
Sala ecografo	Ecografo multi funzione

La CAMERA CALDA rappresenta un'area piana protetta e riscaldata dove confluiscono le vie di accesso al PS e dove avviene lo scarico dei pazienti dagli automezzi. La via di accesso al PS per gli automezzi che vi giungono, deve essere separata da altri percorsi e protetta, come anche la via pedonale deve essere separata dagli altri percorsi dell'ospedale. La camera calda deve poter accogliere almeno due autoambulanze contemporaneamente, alla uscita dalla camera calda si trova la zona sosta per le autoambulanze, nei pressi deve esserci un sistema idrico di decontaminazione.

L'ATTESA SORVEGLIATA deve prevedere l'accoglienza di pazienti barellati e non barellati e dei loro accompagnatori, essere confortevole, permettere la comunicazione e il continuo controllo da parte del personale.

La POSTAZIONE DI TRIAGE deve prevedere due tipologie di pazienti barellati e non barellati, deve essere attrezzata per la registrazione informatizzata dei dati anagrafici e la misurazione dei parametri vitali con attigua saletta per visita da parte del triagista ed avere una AREA POST TRIAGE SORVEGLIATA.

AREA ROSSA: vi accede immediatamente il paziente in imminente pericolo di vita (codice rosso) con compromissione o assenza di un o più funzioni vitali, corrisponde ad una area sempre disponibile, attrezzata per la rianimazione cardiopolmonare avanzata, lampada scialitica e tecnologia diagnostica portatile compreso ecografo multifunzione, capace di accogliere anche il team multidisciplinare chiamato ad intervenire fino a tre medici e quattro infermieri.

Area minima di 30 metri quadrati per postazione: una postazione per 40000 accessi all'anno, due postazioni oltre i quarantamila. (Nocera 2, Sarno1)

AREA GIALLA/VERDE: box comunque attrezzati per interventi salvavita (set intubazione, impianto di aspirazione e gas medicali, monitor multiparametrico, defibrillatore/pacing, lampada scialitica).

Vi accedono, nel più breve tempo possibile pazienti con urgenze non differibili in potenziale pericolo di vita per minaccia o cedimento di una funzione vitale o con dolore 8-10 della Visual Acuty Scale.

Vi possono anche accedere, solo dopo i pazienti in codice giallo, pazienti con problema acuto non critico (senza compromissione delle funzioni vitali) a carattere di urgenza differibile o con dolore 5-7 della Visual Acuty Scale, ma comunque da valutare e trattare entro 60 minuti.

La costruzione di aree multifunzione conferisce elasticità al sistema e capacità di rispondere all'iperafflusso di pazienti ad intensità di cura elevata.

Un box polivalente ogni 5000-6000 accessi per anno. (Nocera 13, Sarno 8, 1/6000)

ATTESA ASSISTITA: è una area dove può essere collocato il paziente in corso di processo ma già stabile, in attesa di esami già praticati o in attesa di praticare ulteriori esami.

E' una area distinta dall'area Triage o post Triage, permette di liberare l' area GIALLA/VERDE.

Anche questa area conferisce elasticità al sistema in quanto in caso di iperafflusso e sovraffollamento può accogliere i boarders cioè i pazienti pronti per essere ricoverati ma che i reparti non sono in grado di accogliere.

AREA PER CODICI MINORI: spazio di tipo ambulatoriale dove accedono pazienti con problema acuto obiettivabile ma di scarsa rilevanza, senza compromissione delle funzioni vitali, senza carattere di urgenza, il dolore non supera il valore 1-4 della Visual Acuty Scale, il trattamento è monorisorsa a volte già predefinito attraverso percorsi ambulatoriali che fanno uscire il paziente dal circuito dell'emergenza. L'attesa non supera i 180 minuti e solo dopo i codici rossi, gialli e verdi.

STANDARD PERSONALE MEDICO DEL PS:

Attualmente il criterio per la determinazione degli organici è fondamentalmente basato sul numero degli accessi per anno, facilmente individuabile ma troppo generico perché non tiene conto della complessità dei casi clinici, del sovraffollamento, delle situazioni di iperafflusso che richiedono risorse aggiuntive.

Per il calcolo del personale medico si deve comunque considerare la visita in media di due pazienti /ora (per ogni pz oltre alla visita medica vera e propria bisogna calcolare il tempo delle procedure di coordinamento con gli infermieri e consulenti, gli atti di formalizzazione e comunicazione con il paziente e familiari, nonché la rivalutazione degli interventi). Ancora per il calcolo bisogna considerare che ogni medico fornisce 1490 ore lavorative all'anno, sottratti i 36 giorni di ferie, i permessi retribuiti, l'aggiornamento professionale ed una media di malattia, ossia 28 ore settimanali per ciascuna delle 52 settimane all'anno. Con questo calcolo si ottiene il turno base ($365 \times 24 = 8760$: $1490 = 6$ unità mediche). Ogni 3750 accessi è previsto un altro medico ($1500 \times 2.5 \text{pz/ora} = 3750 \text{pz/medico/anno}$), senza considerare il responsabile.

Personale medico per un PS di un ospedale con 50000 accessi:

16 dirigenti medici (più un medico ogni 4000 accessi circa) ed escluso il responsabile

Può essere prevista la presenza di un medico aggiunto per l'area rossa in base alla casistica

Personale infermieristico per un PS di un ospedale con 50000 accessi:

(Si parte da un minimo di cinque infermieri per un PS di 40000 accessi e si incrementa di tre unità infermieristiche (totali) ogni 10000 accessi):

1 triagista 8-24

7 infermieri per turno variamente distribuiti (in media uno ogni due box, uno sala rossa, uno area post triage e attesa assistita, uno codici minori)

Dal computo sono esclusi i coordinatori

Personale medico per un PS di un ospedale con 80000 accessi:

26 dirigenti medici (più un medico ogni 4000 accessi) ed escluso il responsabile

Può essere prevista la presenza di un medico aggiunto per l'area rossa in base alla casistica

Personale infermieristico per un PS di un ospedale con 80000 accessi:

1 triagista 8-24

10 infermieri per turno per l'area gialla/ verde (in media uno ogni due box, uno per ogni postazione rossa, uno area post triage e attesa assistita, uno codici bianchi)

Dal computo sono esclusi i coordinatori

In tutti i casi un preciso organigramma può essere ridefinito in base a degli indicatori (tempi di attesa per accedere ai box, tempi di attesa per accedere alla radiologia, tempi di attesa risposta referti, a paziente processato tempi di attesa per ricovero e/o dimissione) e al monitoraggio dei flussi.

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA STANDARD ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE

L'osservazione del paziente in aree dedicate, Osservazione Breve Intensiva, annesse al PS, da parte di medici dell'urgenza, in tempi che possono arrivare fino a 36 ore, rappresenta la terza opzione rispetto a quelle classiche della dimissione da PS e del ricovero.

In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, avvenuta tenendo conto dei ricoveri inappropriati, l'OBI è fortemente sostenuta dal decreto N 49 del 27/09/2010 che ne chiede una istituzione in tutti i PS. E' un reparto di nuova istituzione, molto spesso confusa con le obsolete astanterie, fortemente voluto dalla SIMEU/FIMEUC e per il quale forse non sono ancora pronti e definiti i meccanismi di rimborso regionali. Il significato del termine intensivo è chiaramente riferito a meccanismi organizzativi e gestionali di tali strutture e non ai requisiti tecnici delle terapie intensive.

Il 10% dei pazienti che afferiscono al PS necessita di osservazione clinica, trattamento terapeutico o percorso diagnostico che non si può esaurire nelle tre, quattro ore di osservazione in PS.

Chiari devono essere i criteri di non ammissibilità

1. Instabilità delle funzioni vitali
2. Presenza di requisiti per ricovero ospedaliero
3. Molteplicità di problemi
4. Non è compresa l'osservazione pediatrica, psichiatrica ed ostetrica

Chiari devono essere i criteri di ammissibilità

1. Un solo problema diagnostico o terapeutico da definire
2. Una riacutizzazione di un problema cronico già definito
3. Una patologia che la letteratura indica si risolva in meno di 36 ore

Si possono avere degli elenchi delle patologie da trattare in modo da avere dei percorsi già standardizzati con i consulenti, la radiologia ed il laboratorio, che velocizzano il percorso della dimissione. Qui di seguito un elenco dei sintomi o patologie trattabili in OBI.

Sintomi di presentazione appropriati per l'osservazione:

- Dolore toracico
- Dispnea
- Dolore addominale
- Sincope
- Trauma cranico minore

Patologie appropriate per l'osservazione con terapia di breve durata:

- Asma acuto
- Reazioni allergiche
- Disidratazione, disionie e scompenso metabolico
- Tachicardie sopraventricolari
- Fibrillazione atriale di recente insorgenza
- Scompenso cardiaco classe I-II NYHA
- Sindromi vertiginose
- Sincope
- Crisi convulsive
- Toracoalgia
- Colica addominale
- Gestione del dolore
- Tia

L'attività si svolge in spazi separati ma attigui al PS, un posto letto ogni 6000 accessi, 50% monitorizzati, attacchi per vuoto e gas anche in telemetria, modello OPEN SPACE, il rimanente 50% delle postazioni invece più rispettose della privacy, per pazienti che non necessitano di monitoraggio. Presenza del carrello per le emergenze con monitor defibrillatore/pacing.

I posti letto dell'O.B.I. vengono individuati mediante due criteri sostanzialmente equivalenti:

o il 2% della dotazione complessiva dell'ospedale, oppure un posto letto ogni 4.000-8.000 accessi al Pronto Soccorso (Nocera 10, Sarno 6, per 1/8000)

Vi lavora a rotazione il medico dell'UOC di Medicina d'Urgenza, un medico per turno ogni 10 posti letto, un infermiere ed un OSA per turno ogni 8-10 posti.

Si può adottare il sistema del finanziamento misto che attribuisce alla Medicina d'Urgenza la maggior parte delle prestazioni oppure si può adottare il finanziamento delle tariffe per prestazioni, un pagamento a forfait o il pagamento con le tariffe del DRG di un giorno, maggiorate di una quota da stabilire.

Il massimo guadagno, anche se non facilmente percepibile, risiede comunque nell'aver evitato un ricovero inappropriato o una dimissione inappropriata.

Personale medico ed infermieristico OBI

Un dirigente medico per turno ogni 10 posti letto

Un infermiere per turno ogni 8-10 posti

Un OSS per turno ogni 8-10 posti

Il responsabile è lo stesso del PS

Il coordinatore è lo stesso del PS

L'80% dei pazienti osservati nelle OBI viene dimesso realizzando gli obiettivi di

- Una assistenza qualificata ed appropriata in un setting alberghiero meno costoso ma non meno confortevole ed in tempi rigorosamente brevi
- Una dimissione sicura sempre doverosa nei confronti dell'utente
- Una implementazione della funzione di filtro
- Una implementazione della appropriatezza dei ricoveri da PS

Il 20% dei pazienti invece si ricovera, ma accede ai reparti con un processo diagnostico e terapeutico avanzato.

L'introduzione delle OBI cambia la politica sanitaria spostando le maggiori risorse all'ingresso del sistema per un miglioramento dell'intero servizio.

Gli indicatori saranno innanzi tutto il numero dei ricoveri da OBI, i rientri tra i dimessi.

AREA DI DEGENZA DELLA MEDICINA D'URGENZA DIVERSIFICATA IN DEGENZA BREVE E AREA AD ALTA INTENSITA' DI CURA: STANDARD ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE

AREA DI DEGENZA della MU è una area di degenza con DRG che comprende la Degenza Breve e l'Area ad alta intensità della MU (prevista dall'atto di intesa del 17 maggio 1996 tra Stato e Regioni in applicazione del DPR 27 marzo 1992), separata ma vicina al PS e all'OBI con i quali costituisce la Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza. I posti letto sono calcolati in ragione di 2 ogni 10000 accessi, il 50% ad alta intensità, con personale medico ed infermieristico dedicato, vi accedono pazienti provenienti dal PS, la degenza non deve superare le 72 ore, (Nocera 8-10 posti). I pazienti provenienti dal PS, presentano sindromi complesse polipatologiche, di interesse multidisciplinare, comprese quelle di tipo tossico e traumatiche, che necessitano di un chiarimento diagnostico d'urgenza e/o di una stabilizzazione del quadro, la degenza non deve superare le 72 ore.

DEGENZA BREVE della MU è un'area finalizzata ad approfondimento diagnostico e stabilizzazione in regime di ricovero, per pazienti provenienti dal PS e dimissibili in 72 ore, letti non monitorizzati, un infermiere per turno ogni 8 posti letto, personale medico dedicato, un medico per turno ogni 8-10 posti letto, per l'aspetto alberghiero possono essere previste stanze con due posti letto e servizi sempre con possibilità di erogazione gas medicali etc.

AREA ad ALTA INTENSITA' DI CURA della MU è un'area finalizzata a gestire, in regime di ricovero, che non deve superare le 72 ore, pazienti provenienti dal PS caratterizzati da instabilità clinica o ad elevato rischio di instabilità, che non necessitano delle procedure di ventilazione e monitoraggio invasivo tipiche dei reparti di rianimazione, ma di un prolungato periodo (max 72 ore) di stabilizzazione/osservazione prima di decidere il livello assistenziale di ricovero. L'attività si svolge su letti monitorizzati (50% del totale), e dotati di ventilatori per Ventilazione non Invasiva, in spazio aperto, OPEN SPACE a semicerchio, con centralizzazione dei monitor, un medico per turno ogni otto posti letto, un infermiere per turno ogni 4 posti letto.

Dal computo è escluso il responsabile Unico della Area Degenza ed il coordinatore unico.

Il Direttore della Struttura Complessa di Medicina d'Urgenza e PS ed OBI, assolti gli obblighi conferitigli per legge, coordina l'intera struttura, vigila che i responsabili delle unità semplici, raggiungano gli obiettivi dei settori loro assegnati e quelli di intesa con altri reparti e con i DIE. Coordina l'aggiornamento professionale di tutto il personale che vi opera, al fine di conservare le clinical competence del medico dell'urgenza e di tutti gli altri operatori della struttura (IP ed OTA), nonché l'acquisizione di procedure e metodiche che questa nuova disciplina di volta in volta ingloba in una visione dinamica ed olistica della risposta all'assistenza in emergenza. Assicura la rotazione del personale medico nelle articolazioni della struttura complessa, compreso il personale operante in PS con OBI senza MU, presso la propria AREA DEGENZA, per il mantenimento delle competenze, per la omogeneizzazione delle procedure, per una massima condivisione dei percorsi, per una equa distribuzione dei carichi di lavoro. Partecipa alla costituzione dei DIE e contribuisce alla realizzazione degli obiettivi, assicura che i medici della emergenza preospedaliera entrino in ospedale per un minimo di 30 gg all'anno (legge 229) e propone modelli di integrazione tra gli operatori dell'emergenza extra ed intraospedaliera garantiti da atti deliberativi aziendali e provvedimenti legislativi regionali. Partecipa con l'intera struttura alla formazione dei laureandi in Medicina e Chirurgia e degli specializzandi in Medicina d'Urgenza nell'ambito delle convenzioni stipulate con le università.

Questo modello di risposta intraospedaliera PS, OBI, MU all'emergenza assicura:

Un rapido inquadramento diagnostico di quelle condizioni che sono minacciose per la vita

Attuazione di provvedimenti necessari al mantenimento delle funzioni vitali o stabilizzazione

Attivazione di percorsi assistenziali intraospedalieri o di rete

Selezione dei pazienti da ricoverare con scelta della intensità di cura o livello assistenziale

Rinvio a domicilio con indicazioni alle modalità di prosieguo delle cure.

L'ammalato che alla fine di questo processo deve essere ricoverato passa in carico ad una figura della Direzione Sanitaria: il BED MANAGER affinché il problema del ricovero sia una responsabilità dell'intero ospedale, una presa in carico da parte dell'intero ospedale e non del singolo medico del PS. Al BED MANAGER saranno affidati anche i pazienti che devono transitare da un reparto all'altro intraospedaliero, interospedaliero o anche extraospedaliero, egli rappresenta cioè un facilitatore dei processi di ricovero e dimissione.

Tale organizzazione strutturale e di personale è attualmente inesistente presso PO “Umberto I” di Nocera e il PO “Martiri del Villa Malta” di Sarno è da prevedere pertanto un piano di investimento per la costruzione delle aree a funzione di OBI e MU nonché delle assunzioni del personale medico ed infermieristico e per la formazione di quello in servizio.

Nel PO della Valle del Sele è prevista una UOC di Medicina d’Urgenza

Nella Area Sud è prevista una UOC di Medicina d’Urgenza nel PO di 3° livello “San Luca” di Vallo della Lucania, mentre nei PO di 2° livello di “S. Maria della Speranza” di Sapri e nel PO di Polla sono previsti PS con OBI.

LA FIGURA DEL MEDICO UNICO

Attualmente, nella nostra regione, il personale medico operante nelle varie componenti del sistema dell’emergenza è stato reclutato con meccanismi diversi e per funzioni diverse.

Nelle postazioni di emergenza territoriale operano i medici di guardia medica passati al servizio di emergenza con il DPR 25 gennaio 1991, n° 41, in regime di convenzione o di dipendenza. A questi, la Legge Regionale n° 2 del 11 gennaio 1994, all’art.12 attività del SAUT attribuisce attività ospedaliera all’interno del DEA e PSAUT con funzione di accettazione e primo impatto con l’utenza e attività ospedaliera per almeno 30 gg all’anno.

Successivamente con l’inserimento dei medici PSAUT nell’area critica del DEA (DGRC 2343/03 e 1570/04) e con la legge nazionale n 229 si è consentito agli stessi sanitari la completa assunzione delle responsabilità derivanti da tale funzione.

Nei PO operano medici reclutati con concorsi per l’area chirurgica che lavorano in PS e Chirurgia d’Urgenza e Medici reclutati con concorsi per l’area medica che lavorano in PS e in Medicina d’Urgenza o ancora medici reclutati per la disciplina di Medicina e Chirurgia di accettazione e d’Urgenza, disciplina identificata per la dirigenza di secondo livello DPR 10/12/1997 n°484 e di primo livello DPR 483/1997 con funzione medica e chirurgica afferente all’area di medicina d’urgenza.

E’ auspicabile che nei PS operi personale reclutato per concorsi nella disciplina Medicina e Chirurgia di accettazione e d’urgenza ad indirizzo medico come vuole l’attuale scuola di specializzazione, afferente alla struttura complessa di medicina d’Urgenza, per poter trattare e

stabilizzare i pazienti tipici della area rossa, delle OBI e della Degenza delle MU. In questo modo il medico dell'emergenza preospedaliera entrando nel DEA, afferirà a questa struttura complessa. Il decreto N 49 del 27/09/2010 prevede una riduzione di 2 PSAUT ed 8 SAUT nella ASL/SA e mette a disposizione dei PS/e dell'area critica dei DEA circa 99 medici. Questo contingente di medici, insieme a quelli provenienti da una razionalizzazione della turnista (eliminazione dei turni a raddoppio) rende già possibile la integrazione dei medici della emergenza extraospedaliera che sono numericamente superiori ai medici dell'emergenza intraospedaliera.

Accanto alla gestione mista dei PPI per la realizzazione del medico unico un ulteriore passo può essere rappresentato dalla allocazione delle postazione dei medici SAUT nei PO di 2° e 3° livello, ossia la postazione SAUT Sarno presso il PO "Martiri del villa Malta", la postazione SAUT di Nocera Inferiore o Superiore presso il PO "Umberto I", ognuna delle due postazioni sarà arricchita di sei unità mediche (quelle che di fatto svolgeranno il lavoro nella UOC di MU, PS ed OBI). Le sei unità aggiunte sono da reclutare a rotazione tra il contingente in servizio nella Area Nord per ottemperare ai trenta giorni all'anno in DEA o dopo verifica dei flussi nelle varie postazioni o con nuove assunzioni).

Chiarito questo possono essere previsti dei percorsi di intesa con i DIE, l'università e le società scientifiche dei quali si possa tener conto per un successivo inquadramento nella disciplina.

Aldilà della specializzazione richiesta per l'accesso in ospedale i dirigenti medici assunti entro tre anni dalla assunzione o dal piano attuativo, nonché i medici del 118 che afferiscono al PS, OBI ed MU devono completare un percorso formativo e di mantenimento delle competenze che comprenda: ALS, ATLS, corso per NIV, corso di ecocardiografia in urgenza, elettrocardiografia e lettura EGA e rispettivi refreshing.

Programmazione del Sistema Integrato Regionale Emergenza Sanitaria 118 nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno

In aderenza alle indicazioni del Decreto Commissariale n. 49 del 27/09/2010, si configura la seguente organizzazione del Sistema 118 dell'Azienda Sanitaria Salerno:

1. DIE Salerno 1 interaziendale

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

Tutto il Personale medico ed infermieristico del servizio afferisce al suddetto Dipartimento.

Postazioni di Emergenza Territoriale

Requisiti generali delle Postazioni

1. Devono assicurare il soccorso su tutto il loro ambito di pertinenza entro 8' urbano e 20' minuti extraurbano;
2. Devono rispettare la previsione regionale (D.G.R.C. 2343/03 e 1570/04),

• 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

Postazioni

1. PSAUT

- presso il riconvertito P.O. di Scafati;
- Salerno via Vernieri (3 unità mediche a turno)
- Presso il P.O. di Oliveto Citra (da riconvertire)

Resta inteso che un PSAUT non è un pronto soccorso ma un presidio di primo intervento volto a trattare le patologie meno complesse e alla stabilizzazione e trasferimento dei casi a maggiore complessità ai sensi delle D.G.R.C. 2343/2003 e 1268/09.

2. SAUT

- Angri
- Nocera Inferiore
- Nocera Superiore
- Maiori
- Castiglione di Ravello
- Sarno
- Vietri
- Cava de'Tirreni
- Baronissi;
- Giffoni Valle Piana;
- Pontecagnano;
- Battipaglia;
- Eboli;
- Campagna;
- Buccino;
- Serre

Le postazioni SAUT sono servite da ambulanze 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 con azione di filtro e possibilità del trattamento della patologia senza un 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.

3. Postazioni non medicalizzate

- Angri
- Positano (prevedere potenziamento con ambulanza di tipo B medicalizzata nei mesi estivi)
- San Valentino Torio
- Pagani;
- Salerno Postazione 1;
- Salerno Postazione 2;
- Salerno Postazione 3;
- Siano;

- Acerno;
- Bellizzi;
- Battipaglia

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 delegabili, 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 quelle zone, ad alta densità abitativa per incrementare la risposta del sistema quando sono previste un alto numero di chiamate, e permettere l'intervento medico solo nei casi quando questo 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.

4. *Auto mediche*

- Pagani
- Battipaglia

Auto medica servite da Medico SAUT o Anestesista Rianimatore ed infermiere professionale dipendente.

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 e possono operare in rendez-vous con altri mezzi sanitari.

5. *Postazioni rianimative tipo A*

- Scafati
- Nocera
- Eboli

L'impiego del centro mobile di rianimazione si rende necessario in virtù del notevole aumento dei tempi di percorrenza successiva all'organizzazione tipo Hub and Spoke per le patologie traumatiche cardiologiche e neurologiche, per cui può fornire supporto laddove richiesto alle

ambulanze B e BM, effettuare trasporti secondari per patologie ad elevata complessità pervenute ai PSAUT. Sono necessarie anche in previsione della chiusura di vari Presidi Ospedalieri.

Risorse necessarie:

1. PSAUT: 42 medici, 42 infermieri, 24 autisti
2. SAUT : 96 medici, 96 infermieri, 96 autisti
3. CMR: 18 anestesisti rianimatori, 18 infermieri, 18 autisti
4. Auto mediche : 12 medici SAUT / o Rianimatori, 12 infermieri

Trasporto secondario centralizzato presso il P.O. di Pagani

Il Servizio di Trasporto secondario garantisce, prioritariamente, la Rete Cardiologica nell'ambito dei territori dell'Hub 2 del P.O. di Nocera Inferiore e dello spoke di Sarno. Tanto in attesa della realizzazione del percorso del paziente cardiologico nell'ambito della Valle del Sele.

Le afferenze ai P.O. di Castiglione di Ravello, Cava de'Tirreni e Mercato San Severino, per i quali è prevista l'attivazione diretta di mezzi di trasporto in carico all'AUO S.G. di Dio e Ruggi d'Aragona, come da piano attuativo della summenzionata Azienda Ospedaliera.

Due Ambulanze medicalizzate : 12 medici del 118, 12 infermieri, 12 autisti

(Si prevede l'utilizzo di solo personale dipendente in orario di servizio)

Due ambulanze non medicalizzate: 12 infermieri, 12 autisti

(Si prevede l'utilizzo di solo personale dipendente in orario di servizio)

Coordinamento in capo al Nucleo Operativo di Coordinamento presso l'ex O.P. di Materdomini:

1 Coordinatore infermieristico, 12 medici del 118, 12 infermieri

Quando sarà completato il percorso del paziente cardiologico nell'ambito di riferimento Hub 2 di Eboli, sarà necessario raddoppiare il numero del personale previsto per ogni qualifica.

2. DIE Salerno 2 intraaziendale

Operatività da attuare

Ai sensi del Decreto n° 49 si procederà ad una riduzione del personale convenzionato al 30% nel 1° anno, mediante tre operatività:

1. Trasferimento di Infermieri dai Distretti ai P.O. in ragione del 30%,
2. Trasferimento di Infermieri dai P.O. al SIRES 118 in ragione del 20% del totale del capoverso 1,
3. Modifica delle Piante organiche infermieristiche delle U.O. di Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Utic, Centrale Operativa con un soprannumero di 2 unità per ogni U.O. : le 2 unità assicureranno a rotazione il Servizio Trasporto Infermi sulle Ambulanze del SIRES 118 pertinenti; l'ASL riconoscerà una indennità per tale attività (*Indennità di Sirena*).

Necessità immediate

Acquisizione di almeno 8 Medici, 30 Rianimatori e 73 Infermieri

1. Medici

Le Postazioni di Rete (*Sara*) del DIE Salerno 2 sono di tipo A; *Sara 1, Sara 4 e Sara 5* sono già esistenti; le Postazioni denominate *Sara 2 e Sara 3* sono da acquisire.

2. Infermieri

Sono necessari 73 Infermieri dipendenti, così suddivisi

Distretto	Ubicazione
Capaccio	2 Mike 1
Roccapispide	18, di cui 6 P.S., 6 Mike 3, 6 India 1
Agropoli	18, di cui 6 P.S., 6 Mike 4, 6 India 4
Vallo Lucania	12, di cui 6 Mike 6, 6 India 7
Sala Consilina	12, di cui 6 Mike 9, 6 India 8
Sapri	11, di cui 3 Mike 10, 2 Mike 11, 6 India 12

Organizzazione Generale

Si costituisce il Dipartimento Interaziendale Salerno 2, composto da:

- U.O. Centrale Operativa 118 di Vallo Della Lucania;
- U.O. Emergenza Territoriale 2;
- U.O. Pronto Soccorso P.O. Vallo della Lucania;
- Direttori dei Servizi Infermieristici

Tutto il personale medico ed infermieristico del Servizio di Emergenza Territoriale afferisce al predetto Dipartimento.

Centrale Operativa 118 di Vallo della Lucania (U.O.C.)

1. Medici → 6 unità a rotazione ogni 3 mesi con l'equipaggio *Mike 6*;
2. 1 Responsabile individuato ai sensi del DPR 27.03.1992 e delle Linee-Guida Conferenza Stato-Regioni 1996;
3. 15 Infermieri, di cui 2 unità a rotazione vanno sulla *Mike 6, India 5 ed India7*,
4. 2 Tecnici ed 1 Amministrativo

Unità Emergenza Territoriale 2

La conoscenza dell'attuale organizzazione del Sistema 118 porta inevitabilmente a formulare, almeno nella 1° fase di attuazione, un sistema costituito da 2 tipi di Postazioni:

1. Postazioni di soccorso territoriale, distinte in tipo BM (medicalizzate) o *Mike* e tipo B (con Infermiere) o *India*;
2. Postazioni che assicurano sul territorio la gestione delle Reti Cardiologiche, Ictus e Trauma, di tipo A (rianimative) o *Sara*. Tali postazioni vengono realizzate per coniugare nel modo migliore consentito dalla vigente normativa regionale, la qualità ed appropriatezza delle cure mediche con la distanza dei Presidi Ospedalieri e le conseguenti problematiche del trasporto in sicurezza dei casi contemplati dal Decreto n° 49/2010
3. Nei Presidi Ospedalieri, in cui vengono disattivati i Pronto Soccorso, vengono istituiti PSAUT,

Gli attuali presidi Saut vengono mantenuti o riconvertiti in base ai dati di attività degli ultimi 4 anni (Allegato 1): si chiudono le Postazioni di Casaletto Spartano, Gioi, Bellosguardo e Piaggine. In ogni Distretto Sanitario si posiziona:

- una Postazione *Sara* nel P.O. di riferimento e temporaneamente nei due P.O. da riconvertire di Agropoli e Roccadaspide;
- una o più Postazioni *Mike* con Postazioni *India* satelliti;
- nel Distretto di Roccadaspide esteso, scarsamente popolato e con rete viaria più disagiata si prevede anche un'Automedica a Bellosguardo di supporto alle 2 Postazioni *India* di Piaggine ed Aquara.

Postazioni 118 previste

Distretto Sanitario	Postazioni di Soccorso			Postazioni di Rete
	Comune	Tipo	Satelliti	
Capaccio	Capaccio	Psaut Mike 1 Psaut Mike 2		Sara 1
Roccadaspide	Roccadaspide	P.P.S. Mike 3 P.P.S. India 1		Sara 2
	Bellosguardo	Automedica 1	India 2 Aquara India 3 Piaggine	
Agropoli	Agropoli	P.P.S. Mike 4 P.P.S. India 4		Sara 3
	Castellabate	Mike 5		
Vallo Lucania	Vallo	Mike 6	India 5 Gioi	Sara 4
			India 6 Montano	
			India 7 Omignano	
Sala Consilina	Ascea	Mike 7		Sara 5 (Polla)
	Teggiano	Mike 8	India 8 Polla	
Sapri	Padula	Mike 9	India 9 Sala Cons.	Sara 5 (Polla)
	Palinuro	Mike 10	India 10 Camerota	
	Policastro	Mike 11	India 11 Caselle	
			India 12 Sapri	

4.6 RETI ORGANIZZATIVE

PIANO ANATOMIA PATOLOGICA

L'Azienda Sanitaria Salerno, in ossequio a programmi regionali e disposizioni normative correlate, ha necessità di razionalizzare ed accorpare i servizi e le strutture sanitarie.

In tale ottica l'attività di Anatomia Patologica tenuto conto delle peculiarità :

- estensione e conformazione territoriale;
- distribuzione ed allocamento dei presidi ospedalieri;
- ripartizione demografica;

può essere organizzata tenendo presente una virtuale prima redistribuzione geografica in n. 3 macroaree :

- a) un'area Nord delimitata dagli ambiti territoriali dei DSB n. 60, n. 61, n. 62, n. 63, n. 66, n. 67, n.68 e comprendente i presidi ospedalieri di Nocera Inferiore-Pagani, Scafati, Sarno.
- b) un'area delimitata dagli ambiti territoriali dei distretti sanitari n. 64, n. 65, e comprende i presidi ospedalieri di Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra, Roccadaspide che confluiranno, sempre per direttiva regionale, nel P.O.U. della Valle del Sele.
- c) Un'area Sud comprendente i presidi ospedalieri di Agropoli, Polla, Vallo della Lucania, Sapri ed i DSB n. 69, n. 70, n. 71, n. 72.

Per tutti questi motivi un progetto riorganizzativo possibile, ispirato a tale logica potrebbe avere, in sintesi, le seguenti caratteristiche sempre nel rispetto ed in ottemperanza a quanto previsto e disposto dalla normativa vigente :

- un nucleo principale, centrale, di Anatomia Patologica allocato presso il presidio ospedaliero di Pagani, ubicazione coerente anche con il progettato Polo Oncologico;
- un Polo stellato presso l'Ospedale di Eboli, di riferimento per i presidi ospedalieri che confluiranno nel previsto P.O.U. della Valle del Sele, come da Decreto n. 49/2010, attualmente definito dagli ospedali di Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra, Roccadaspide e Agropoli per gli ambiti territoriali di riferimento;
- un polo satellite presso l'Ospedale di Vallo della Lucania cui confluirà l'attività lavorativa dei presidi ospedalieri di Agropoli, Polla, Vallo della Lucania, Sapri e gli ambiti territoriali di riferimento.

Con questa modalità di organizzazione si configura la costituzione di un "Laboratorio Unico Logico Aziendale", finalizzata ad una maggiore ed ulteriore razionalizzazione delle risorse professionali e strumentali e delle capacità diagnostiche.

PIANO LABORATORI

Il Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Pubblica dell' ASL Salerno ha come riferimento il Decreto Commissariale N° 55 del 30.09.2010, pubblicato sul BURC N° 68 del 18 ottobre 2010, le linee Guida dell'AGENAS, edizione Marzo 2009 ed i Decreti Ministeriali relativi ai Centri Trasfusionali e alle strutture di Genetica Medica.

Tale Piano è da applicare con gradualità secondo un cronoprogramma da definire in un termine non superiore ai 12 mesi.

Nel redigere il presente Piano, si è tenuto conto anche delle peculiarità orografiche che caratterizzano il territorio della Provincia di Salerno, nonché delle distanze tra i diversi Presidi Ospedalieri che, insieme alle caratteristiche di cui sopra, determinano, inevitabilmente, tempi di percorrenza allungati tra un Presidio Ospedaliero e l'altro.

Pertanto, al fine di creare un network funzionale tra i Laboratori di Analisi, si è idealmente suddiviso il territorio della Provincia di Salerno in quattro macro-aree:

- Macro-Area a nord di Salerno, individuata come Cava de' Tirreni, Costa d' Amalfi ed Agro Nocerino-Sarnese, che fa riferimento ai Presidi Ospedalieri di Nocera-Pagani, Sarno e Scafati, con un vasto ambito territoriale ad elevata densità di popolazione.
- Macro-Area del Distretto Sanitario di Salerno e del Distretto Sanitario di Giffoni-Pontecagnano, anche se come superficie non eccessivamente estesa, ma con una popolazione di circa 200.000 abitanti, che per le prestazioni di Medicina di Laboratorio fanno riferimento ai centri-prelievo attivati presso i Poliambulatori Distrettuali, afferenti al Laboratorio Territoriale di Analisi ubicato presso il Presidio Ospedaliero "Giovanni da Procida" di Salerno.
- Macro-Area del costruendo Presidio Ospedaliero Unico della Valle del Sele, che fa riferimento ai Presidi Ospedalieri di Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra e Roccadaspide.
- Macro-Area a sud di Salerno, individuata come Vallo di Diano-Cilento, che fa riferimento ai Presidi Ospedalieri di Polla-Sant'Arsenio, Agropoli, Vallo della Lucania e Sapri.

RIORGANIZZAZIONE DEL LABORATORIO TERRITORIALE DI ANALISI DEL P.O. “G. DA PROCIDA” DI SALERNO E DEL LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA DEL DISTRETTO SANITARIO n° 66 DI SALERNO.

Il Decreto N° 55 del 30.09.2010 della Giunta Regionale della Campania, ad oggetto: Completamento del riassetto della Rete Laboratoristica, tra l' altro, prevede:

- L' accorpamento del Laboratorio di Analisi del P.O. “Giovanni da Procida” di Salerno al Laboratorio di Analisi dell' A.O.U.I. “S. Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona” di Salerno.
- La dismissione del Laboratorio di Tossicologia del Distretto di Salerno con accorpamento delle attività al Laboratorio di Analisi del P.O. “Umberto 1°” di Nocera Inferiore.

Considerato che i due presidi concorrono a definire un modello organizzativo a tipo “Laboratorio Logico Unico Territoriale” che va a garantire tutte le linee analitiche con una produttività al di sopra delle 500.000 prestazioni annuali in piena autonomia, e che è a servizio di un bacino di utenza di oltre 200.000 abitanti destinato ad estendersi, si pianifica il trasferimento delle attività del laboratorio di analisi del P.O. G. Da Procida e del laboratorio di Tossicologia presso i locali del Distretto Sanitario di Salerno di Via Vernieri, e di rafforzare i punti prelievo integrandoli con i punti salute previsti da questo Piano Attuativo.

RIORGANIZZAZIONE DEI LABORATORI DI ANALISI DEI PP.OO. AFFERENTI AL P.O.U. DELLA VALLE DEL SELE

La riorganizzazione della rete dei laboratori analisi della Valle del Sele seguirà i tempi di riconversione e rimodulazione delle attività previsti per i Presidi Ospedalieri del medesimo ambito territoriale.

CRONOPROGRAMMA

Nella fase di attuazione, nel rispetto del cronoprogramma dettato dal Decreto N° 55/2010, si provvederà:

- Alla dismissione dei Laboratori di Analisi a bassa produzione che non raggiungono un numero di prestazioni sufficienti a garantire gli standard minimi qualitativi, entro due mesi dall'approvazione del presente piano;
- A rimodulare l'offerta di prestazioni di Medicina di Laboratorio per quelle strutture ospedaliere fuori dalla rete dell' emergenza, attivando ad es. P.O.C.T. entro tre mesi dall' approvazione del presente piano;
- Ad ulteriore razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane, entro quattro mesi dall' approvazione del presente piano;
- Alla riallocazione/dismissione delle risorse strumentali-tecnologiche, entro sei mesi dall' approvazione del presente piano;
- All' accorpamento delle attività, entro quattro mesi dall'approvazione del presente piano;
- A centralizzare le Linee di attività più costose e ad elevata complessità, eliminando duplicazioni, previa istituzione di Tavoli Tecnici "ad hoc", entro cinque mesi dall' approvazione del presente piano;
- Ad incrementare il numero di "Punti-Prelievo" sul territorio, entro cinque mesi dall' approvazione del presente piano;
- A garantire i collegamenti informatici in rete intra ed interaziendali, entro sei mesi dall'approvazione del presente piano;
- Ad istituire ulteriori Tavoli Tecnici al fine di redigere Linee Guida Aziendali e Protocolli Diagnostici sia Ospedalieri che Territoriali entro otto mesi dall' approvazione del presente piano.

PIANO RETE IMA

Percorso assistenziale integrato (territorio-ospedale) del paziente con Sindrome Coronarica Acuta nel bacino di riferimento della Valle del Sele e rete integrata dell’Emergenza Cardiologica del DIE SA 1

Ogni anno nel territorio oggetto della nostra attenzione circa 600 persone vengono colpite da Sindrome Coronarica Acuta (SCA).

Le statistiche nazionali depongono per una netta ed incoraggiante crescita del tasso di sopravvivenza per tutti quei casi che iniziano il trattamento adeguato nel più breve tempo possibile, raggiungendo la struttura ospedaliera idonea rapidamente; ne è testimonianza il dato nazionale della mortalità in ambiente protetto, che si è ridotta al 5%.

Nel mentre appare, alla luce delle nuove possibilità terapeutiche legate alla sempre maggiore diffusione sia di trattamenti precoci trombolitici che di Cardiologia Interventistica, che tale trend positivo in ambito ospedaliero vada nella direzione di un ulteriore miglioramento, non altrettanto può dirsi, allo stato attuale, relativamente alla mortalità dei pazienti con IMA in fase pre ospedaliera che continua ad attestarsi, senza varianti significative rispetto agli anni precedenti, anche oltre il 50%.

Da quanto premesso appare evidente che la mortalità e la sopravvivenza nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta (SCA), in particolare per la SCA ST sopra, è dipendente dalla fase pre ospedaliera e più propriamente dal tempo di arrivo del paziente al primo approccio assistenziale che potremmo definire tempo pre – coronarico.

Pertanto è fondamentale la realizzazione di una rete assistenziale per il paziente con SCA, così come previsto dal decreto 49 nel quale sono individuate le funzioni dei diversi presidi della Provincia di Salerno, rispetto alla rete cardiologica per l’assistenza al paziente affetto da tale patologia.

Attualmente la rete cardiologica nella provincia di Salerno, prevede tre centri HUB di I livello (Nocera Inferiore, Valle del Sele, Vallo della Lucania) più un centro HUB di II livello presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona.

E’ ovvio che ogni centro HUB è provvisto di Emodinamica Interventistica con funzione prevista in h 24 posizionata in presidi ospedalieri cui fa riferimento un bacino di utenza oscillante, mediamente, tra 300000 e 450000 abitanti.

La presente relazione intende affrontare la necessità di realizzare la rete cardiologica funzionale al presidio ospedaliero della Valle del Sele, bacino nel quale gravitano cinque PP.OO. (Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra, Roccadaspide ed Acropoli ciascuno dotato, attualmente, di Unità Operativa

Complessa di Cardiologia ed UTIC) e la sua integrazione nell'ambito della rete cardiologica della rete DIE Salerno 1 con la prospettiva di un rapido collegamento con gli altri tre bacini territoriali e con la consapevolezza che l'obiettivo debba essere una rete cardiologica provinciale, con interscambio tra i centri HUB, così da assistere con appropriatezza ed efficacia il paziente con SCA dell'intero territorio provinciale.

MISSION

Le finalità ispiratrici del presente progetto sono da ricercare nella necessità di coniugare rapidità ed efficacia di trattamento nei confronti di soggetti con SCA confrontandosi sia con le caratteristiche intrinseche della patologia in atto, quali i tempi di insorgenza della sintomatologia, la tipologia d'infarto miocardico, l'insorgenza di segni clinici di shock cardiogeno etc, sia con la variabile tempo per il raggiungimento della postazione più idonea all'accoglienza del paziente.

E' in tale direzione che appare necessario agire perfezionando procedure d'intervento atte a rendere sempre meno determinanti sull'esito della patologia Ischemica Acuta l'impatto negativo rappresentato dal ritardo di contatto tra paziente e struttura assistenziale determinato da peculiarità oro-topografiche avverse, da ritardata o, ancor peggio, nessuna presa in carico del caso da parte del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale 118

Il precoce e tempestivo ricovero del paziente presso la sede più idonea al trattamento della patologia in essere per assicurare, ad esempio il trattamento con angioplastica ai pazienti con SCA ad alto rischio (shock, controindicazioni alla fibrinolisi, infarto esteso, fallimento della fibrinolisi in IMA estesi) e/o il ricorso al trattamento fibrinolitico e/o piastrino litico, anche in fase pre – ospedaliera laddove i tempi di percorrenza verso la struttura protetta appaiano eccessivamente lunghi, non può e non deve essere determinata da una fortunata coincidenza di situazioni logistiche e/o organizzative quali:

- educazione sanitaria per il riconoscimento della SCA anche da parte del paziente oltre che da parte del personale Dispatcher della C.O. 118,
- rapidità di allertamento e corretto invio del 118,
- possibilità di idonea terapia a domicilio o lungo il percorso, compreso il trattamento fibrinolitico, dopo opportuna formazione del personale a bordo del mezzo di soccorso,
- possibilità di collegamento telematico con l'UTIC territorialmente competente per la trasmissione di ECG in 12 derivazioni,
- esistenza di protocolli operativi per la gestione di pazienti con IMA che ne definiscano con precisione i percorsi di trattamento e ricovero al fine di trasportare il paziente nel centro più idoneo per la patologia in atto.

Tutto ciò deve divenire prassi comune partendo dalla dimostrazione inequivocabile (American College of Cardiology) che effettuare un ECG in fase di primo soccorso ed utilizzare l'ambulanza per raggiungere l'ospedale competente migliora la velocità ed efficacia delle cure con miglioramento della sopravvivenza a breve e medio lungo periodo.

L'analisi dei dati porta a considerare che, a prescindere da quella che sarà la futura allocazione dell'Ospedale della Valle del Sele (che si presume venga scelta in modo da risultare ancora più baricentrica rispetto al territorio da assistere) al momento il P.O. di Eboli appare il più idoneo a svolgere la funzione di centro HUB di Cardiologia anche in considerazione che esistono già tutte le condizioni strutturali e tutte le risorse strumentali in grado di soddisfare quanto previsto nel decreto 49 attualmente vigente.

L'analisi dei dati sopra riportati insieme a quella relativa ai tempi di percorrenza dai PP.OO. prossimi alla Emodinamica della Valle del Sele porta a considerare la possibilità di prevedere un duplice percorso per i pazienti con SCA ricoverati nei PP.OO. di Agropoli e Polla, che necessitino di procedure emodinamiche diagnostico-interventistiche: verso l'Emodinamica del P.O. di Vallo della Lucania e della Valle del Sele, in relazione alla disponibilità e alla tempistica.

Relativamente alla funzione HUB della Emodinamica del P.O. della Valle del Sele, confermata nel decreto regionale 49, attualmente non può essere attuata per carenza di risorse umane: pertanto l'Emodinamica non è H 24; in attesa quindi di poter procedere all'adeguamento dell'organico medico ed infermieristico utile alla operatività in H 24, si propone la individuazione tra i medici, che operano nella Emodinamica del P.O. di Nocera Inferiore, di un pool per completare la disponibilità in H12 della Emodinamica del P.O. di Eboli.

Successivamente potrà essere attivata, se possibile, anche la copertura notturna e festiva in regime di reperibilità ciò anche in considerazione del volume ridotto delle SCA nelle quali è inderogabile l'intervento immediato.

D'altra parte la messa in comune delle risorse umane all'interno della rete cardiologica è la strada da percorrere per cercare di razionalizzare al meglio la forza lavoro con l'obiettivo di attivare il principio del mutuo scambio al fine di assicurare al paziente la prestazione più adeguata evitando, quando possibile, lo spostamento dello stesso. Ciò realizzabile nell'ottica della integrazione tra strutture e servizi e della condivisione del percorso assistenziale emergenziale tra PP.OO. HUB e PP.OO. Spoke, nella consapevolezza del ruolo determinante degli operatori del 118 e PSAUT nella filiera della rete cardiologica.

Pianificazione Operativa

L'attuale organizzazione sanitaria territoriale ed ospedaliera del territorio in esame, così come sopra esplicitato, fa ritenere necessario, al fine di poter sviluppare una rete dell'emergenza cardiologica finalizzata al trattamento delle SCA, l'avvio di una prima fase di sperimentazione che preveda, necessariamente e preliminarmente, l'attivazione di tutte le procedure atte alla definizione di protocolli concordati tra il servizio 118, le UTIC e i laboratori di Emodinamica presenti nell'ambito territoriale di riferimento.

Il decreto 49 inserisce l'HUB 1 del P.O. della Valle del Sele all'interno del D.I.E. 1 Salerno insieme al centro HUB 1 di Nocera del P.O. di Nocera Inferiore ed al centro HUB 2 per Emodinamica interventistica e Cardiocirurgia situato nell'Azienda A.O.I.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona. Questa configurazione prevede un unico Centro Spoke presso il P.O. "Martiri di Villa Malta" di Sarno. Considerato che la funzione Spoke, oltre che essere quella di P.O. inviante, è soprattutto quella di P.O. che riceve il paziente trattato, tale strutturazione, per il bacino d'utenza confluyente al centro HUB 1 dell'Ospedale della Valle del Sele, va arricchita con l'individuazione di posti letto di terapia sub intensiva cardiologica in grado di assistere il paziente sottoposto a procedura di Emodinamica.

Considerato inoltre che il progetto di accorpamento di PP.OO. della Valle del Sele ha interessato di recente anche il P.O. di Agropoli nel quale, in base alla configurazione del 2008 erano previsti quattro posti letto di UTIC, diventa indispensabile incrementare il numero di posti letto UTIC nel P.O. della Valle del Sele portandoli dagli otto previsti nel decreto 49 a dodici.

Nel contempo, considerato che, come sopra descritto, il centro di Emodinamica interventistica HUB 1 della Valle del Sele è individuato, attualmente, presso il P.O. di Eboli e non sono previsti posti UTIC in nessuno dei quattro PP.OO. in esso confluenti, diventa necessario prevedere la collocazione di due posti letto di terapia sub - intensiva all'interno dei PP.OO. di Oliveto Citra e di Battipaglia per un totale di quattro posti letto.

Quanto detto deve integrarsi con l'attivazione di una unità operativa di Cardiologia Riabilitativa con degenza che abbia la funzione di collaborare alla risoluzione del percorso assistenziale del paziente con SCA accettandolo in fase precoce a stabilizzazione avvenuta.

Resta ferma la necessità di un forte sviluppo della rete dell'emergenza territoriale finalizzata sia al trasporto del paziente con SCA presso il Centro HUB di riferimento attraverso la realizzazione dei protocolli per diagnosi precoce, trattamento fibrinolitico extraospedaliero e percorsi preferenziali per l'accesso al trattamento di Emodinamica interventistica sia attraverso il potenziamento del trasporto secondario al fine di poter trasferire il paziente trattato presso i posti letto del centro SPOKE o di Sub Intensiva.

- Rete dell’Emergenza a supporto della Pianificazione Operativa

1. Centrale di ascolto Cardiologica DIE ASL SA 1
2. Postazioni 118 a supporto delle rete cardiologica DIE ASL SA 1:
 - Angri
 - Nocera Inferiore
 - Nocera Superiore
 - Maiori
 - Castiglione
 - Sarno
 - Vietri
 - Cava de’Tirreni
 - Baronissi
 - Giffoni Valle Piana
 - Pontecagnano
 - Battipaglia
 - Eboli
 - Campagna
 - Buccino
 - Serre
 - Capaccio
 - Roccadaspide
 - Bellosguardo
 - Agropoli
 - Castellabate

Tutte le autoambulanze che entrano nella rete dell’Emergenza Cardiologica devono essere dotate di tecnologia adatta alla trasmissione di un ECG in 12 derivazioni alla Centrale Cardiologica di riferimento / UTIC con emodinamica territoriale (Telemedicina) ed il personale sanitario deve essere formato all’attuazione della terapia fibrinolitica.

Devono essere, inoltre, attivati i protocolli per la fibrinolisi precoce ed i percorsi preferenziali per le priorità di accesso del paziente al trattamento di emodinamica interventistica e/o cardiocirurgia.

3. Postazioni del trasporto secondario DIE ASL SA 1

- Quattro ambulanze medicalizzate con relativi equipaggi operative in h 24 dotate di monitor/defibrillatore multiparametrico

Attualmente le postazioni del trasporto secondario, estremamente utili nella rete cardiologica per il trasferimento del paziente dopo che è stato sottoposto ad intervento di emodinamica interventistica presso l'HUB 1 o 2 al il centro Spoke di riferimento, all'UTIC di Eboli, ai posti letto di Sub Intensiva o all'U.O. di Riabilitazione cardiologica con degenza, sono limitate a due Ambulanze medicalizzate con relativo equipaggio , appena sufficienti per soddisfare le esigenze del territorio della ex ASL SA 1.

Al fine di rendere efficiente il sistema sull'intero ambito di interesse della rete cardiologica del DIE Salerno 1 appare necessario raddoppiare tale postazione portando il numero di ambulanze medicalizzate del trasporto secondario a quattro unità con relativi equipaggi.

Nell'area nord c'è un working in progress a seguito degli accadimenti che hanno interessato il Presidio ospedaliero di Scafati.

PIANO RETE DELL'ICTUS CEREBRALE ACUTO: STROKE UNIT

La rete assistenziale deputata all'assistenza dell'ictus in fase acuta si articola in tre livelli:

- Unità Ictus di secondo livello (Stroke Units);
- Unità Ictus di primo livello;
- Aree dedicate all'ictus.

Tale rete sarà collegata secondo un modello di tipo hub and spoke. In merito all'organizzazione dell'emergenza stroke, l'ASL Salerno ha in corso uno studio di fattibilità che tiene conto del decreto 49/2010 e del riassetto complessivo della rete dell'emergenza territoriale ed ospedaliera.

PIANO RETE PEDIATRICA

Premessa

Il processo di invecchiamento che investe tutte le regioni d'Italia, non vede coinvolta la Campania che ad oggi risulta essere la regione più giovane (97 ultra 64enni ogni 100 bambini di 0-14 anni)

La promozione della salute nelle varie fasi della vita ed in particolare nell'infanzia ed adolescenza rappresenta il principale investimento per migliorare lo stato di salute del Paese .

Pertanto, nonostante i vincoli imposti dalla programmazione sanitaria ed economica nazionale e regionale, è necessario promuovere modelli assistenziali innovativi che integrandosi funzionalmente tra loro vengano incontro alle mutate esigenze assistenziali dell'età pediatrica, riorganizzando la rete assistenziale pediatrica in maniera allineata alla riorganizzazione dei punti nascita

Le prestazioni di primo intervento devono essere assicurate dal Pediatra di libera scelta, che deve tener conto della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi e deve limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri

Le prestazioni in emergenza-urgenza devono prevedere uno strettissimo coordinamento tra le varie strutture ospedaliere e le strutture del 118 per garantire interventi appropriati nel minor tempo possibile, all'interno di percorsi formativi dedicati ed attraverso la implementazione in ambito ospedaliero di aree di Osservazione Breve (OB) Pediatrica.

Quadro epidemiologico

Con l'intervento del Pediatra di libera scelta la richiesta di assistenza pediatrica per patologie acute è andata sempre più ridimensionandosi. E' cresciuta invece la domanda di assistenza per patologie croniche a cui non sempre risponde una offerta appropriata.

Il nuovo quadro sociale vede sempre più spesso il sorgere di patologie del "benessere/disagio" sia nel bambino che nell'adolescente: obesità, diabete, anoressia, bulimia, sindromi psicotiche e dipendenze

Le nuove tecnologie e la ricerca sempre più raffinata permettono la diagnosi e la cura di malattie rare che necessitano di interventi precoci e percorsi coordinati

I tumori, che risultano essere una delle principali cause di morte in Campania, non risparmiano purtroppo l'età infantile

La rete pediatrica

E' indispensabile creare una rete assistenziale che metta al servizio del piccolo paziente le Strutture ed i trattamenti capaci di rispondere alle varie esigenze, personalizzando i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali al fine di migliorare la qualità di vita del bambino e delle famiglie.

L'offerta deve prevedere: omogeneità e tempestività, elevata integrazione professionale, appropriatezza di interventi, percorsi assistenziali condivisi e caratterizzati dalla totale "presa in carico", dalla continuità di cura ed assistenza e dalla attivazione di percorsi strutturati finalizzati alla transizione delle cure dalla medicina pediatrica a quella dell'adulto, soprattutto per gli adolescenti portatori di malattie croniche o di lunga durata.

La rete assistenziale territoriale deve perfettamente integrarsi con la rete assistenziale ospedaliera possibilmente nell'ambito della stessa macroarea, al fine di facilitare i percorsi e gli scambi culturali in uno riducendo la mobilità in uscita, fenomeno dai costi umani e sociali di notevole entità.

Proposta organizzativa

Nell'ambito della ASL (Dipartimento funzionale Area Pediatrica) si configurano due macroaree:

➤ Macroarea Nord.

- Distretti afferenti al Dipartimento Gestionale Area Nord
- P.O. Nocera Inferiore (III livello per l'emergenza-Hub)
U.O.C. Pediatria
U.O.S. Oncologia pediatrica + U.O.S. OB
U.O.C. Neonatologia-Tin /Trattamento ipotermico nell'EII+ U.O.S. Screening metabolico e malattie rare
- P.O. Sarno (II livello per l'emergenza-Spoke) - U.O.C. Pediatria + U.O.S. Neonatologia

➤ Macroarea Sud

- Distretti afferenti al Dipartimento Gestionale Area Sud .
- P.O. Vallo della Lucania (III livello per l'emergenza-Spoke) U.O.C. Pediatria – U.O.S. Neonatologia + U.O.S. OB
- P.O. Sapri (II livello per l'emergenza-Spoke) U.O.C. Pediatria-Neonatologia
- P.O. Polla(II livello per l'emergenza-Spoke) U.O.C. Pediatria-Neonatologia
- P.O. Battipaglia Eboli Oliveto C.(II livello per l'emergenza-Hub) U.O.C. Pediatria + U.O.S. Intensiva/ Subintensiva pediatrica + U.O.C. Neonatologia-Tin / Servizio di Trasporto neonatale

I percorsi assistenziali

- Percorso assistenziale per il bambino affetto da patologia cronica/degenerativa/oncologica
- Percorso assistenziale per il bambino affetto da malattia metabolica/rara
- Percorso assistenziale per il bambino affetto da patologia cardiaca grave
- Percorso assistenziale per il bambino affetto da patologia chirurgica/trauma grave
- Percorso assistenziale per il bambino affetto da patologia infettiva
- Percorso assistenziale per il bambino/adolescente affetto da disturbi a matrice psicologica

Tali percorsi vanno condivisi con la rete assistenziale territoriale, l'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona ed i Centri di riferimento regionale (A.O.Santobono-Pausilipon-Annunziata ; A.O. Monaldi-Cotugno-CTO; A.O.U. FedericoII)

Attività di Pronto Soccorso Pediatrico

Nei P.O. che rientrano nel III livello assistenziale per l'emergenza è necessario l'istituzione di PL per OB al fine di ridurre i ricoveri impropri ed indirizzare la domanda al livello assistenziale più idoneo. Tutte le strutture dotate di PS devono effettuare il Triage pediatrico.

L'applicazione del sistema a rete rappresenta una rivoluzione culturale rispetto ai modelli preesistenti. Da un'organizzazione competitiva si passa ad una organizzazione collaborativa, che, secondo lo schema di *Ospedale Pediatrico Diffuso*, mira a rafforzare le risorse e le competenze esistenti, con risultati positivi sia per l'utente che per gli attori del sistema che nel confronto tra pari, nella condivisione dei percorsi assistenziali e nell'aggiornamento e formazione continua trovano spunti di crescita culturale, professionale ed umana

- RETE TIN

Riorganizzazione dell'assistenza perinatale nell'ASL SA

Per non determinare situazioni di sofferenza nell'offerta assistenziale e nell'ottica di una progressiva crescita culturale, l'assistenza perinatale si deve ispirare ad un modello di assistenza a rete. In base al numero di parti/ nascite (7.217 –dati 2008- Rapporto sulla natalità in Campania - Assessorato alla Sanità) il territorio può essere diviso in due macroaree:

- Area Sud (P.O. Battipaglia - P.O. Eboli P.O. Polla - P.O. Vallo- P.O. Sapri - Clinica Malzoni di Agropoli). Nell'area rientra un numero di parti/nascite pari a circa 3.000(3.427 dati 2008-Rapporto sulla natalità in Campania)
- Area Nord (P.O. Nocera - P.O. Sarno - Clinica del Sole di Salerno - Clinica Tortorella di Salerno). Nell'area rientra un numero di parti/nascite pari a circa 3500 (3.790 dati 2008- Rapporto sulla natalità in Campania)

Area Sud:

- **U.O. Neonatologia-Tin –P.O. Battipaglia (Hub)**
- U.O. Pediatria-Neonatologia- P.O. Eboli (Spoke)
- U.O. Pediatria-Neonatologia - P.O. Polla (Spoke)
- U.O. Pediatria- Neonatologia –P.O. Vallo (Spoke)
- U.O. Pediatria- Neonatologia – P.O. Sapri (Spoke)
- Clinica Malzoni – Agropoli (Spoke)

Area Nord:

- **U.O. Neonatologia-Tin- P.O. Nocera Inferiore(Hub)**
- U.O. Pediatria- Neonatologia – P.O. Sarno (Spoke)
- Clinica Del Sole - Salerno (Spoke)
- Clinica Tortorella - Salerno (Spoke)

Compiti dei Centri Hub:

- coordinamento funzionale della Rete di macroarea;
- assistenza neonatale di III livello
- formazione continua delle risorse umane dei centri afferenti (stage formativi presso la propria struttura e/o invio di formatori presso i centri afferenti);

- avvio del Percorso nascita con le UOMI- Distrettuali presenti nell' Area;
- percorsi assistenziali condivisi con A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D' Aragona- Salerno; A.O. Santobono - A.O. Monadi- A.O.U. Federico II- Napoli;
- organizzazione del Servizio di Trasporto neonatale per la Provincia di Salerno

Compiti dei Centri Spoke:

- organizzazione di una idonea assistenza al parto, gestione di gravidanze a basso rischio, trattamento di patologie neonatali minime e/o intermedie attraverso risorse, requisiti tecnologici e strutturali ad hoc, finalizzati a monitoraggio polifunzionale o cure intermedie per neonati che non necessitano di trattamenti intensivi, e ciò allo scopo di evitare il più possibile trasferimenti e/o separazione della coppia madre – bambino
- integrazione funzionale con i Centri Hub

IL CAMBIAMENTO FUTURO

Il Ministero della Salute sta riorganizzando il Percorso nascita. Il provvedimento ha ottenuto nello scorso dicembre il via libera dalla Conferenza Stato-Regioni ed attende ora di diventare legge.

Punti chiave:

- chiusura punti nascita con meno di 500 nati
- identificazione di solo due livelli di cure per l'assistenza alla mamma ed al neonato.

I livello: dedicato alla fisiologia ed alla patologia minima.

Il livello: dotato di TIN, in grado di gestire tutte le gravidanze a rischio e tutte le patologie neonatali

- punti nascita di II livello con bacino di utenza superiore a 5000 nati, piu' di 50 neonati/anno con peso inferiore a 1500gr ed almeno 1000 nati/anno all'interno della struttura
- strategie di disincentivazione economica per il ricorso al taglio cesareo dove non necessario
- predisposizione presso ogni punto nascita di Carta dei Servizi dove riportare i servizi offerti alla gravida
- diffusione delle Linee - guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo (già in fase avanzata di completamento)
- istituzione sia a livello nazionale che regionale e locale di un Coordinamento permanente per il Percorso nascita

4.7 REGOLAMENTI E COMITATI

L'Azienda persegue la propria specifica mission istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, si impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere in tutta la catena produttiva condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni della persona.

Alla luce di ciò, l'Azienda favorisce rapporti in un contesto di sviluppo di solidarietà, attivando una filiera sussidiaria a favore dei pazienti, dei cittadini e dei propri dipendenti.

L'Azienda quindi promuove alleanze con:

- a. gli attori del sistema educativo;
- b. gli attori del sistema economico;
- c. le autorità civili e religiose;
- d. I mezzi di comunicazione.
- e.

Per tali fini sono adottati i seguenti Regolamenti e Comitati.

- Regolamento ONLUS;
- Comitato Etico;
- Comitato Pari Opportunità;
- Benessere del Lavoratore e Antimobbing;
- Osservatorio della Mobilità e della Customer Satisfaction;
- Comitato d'Indirizzo per l'Innovazione in Sanità CIRPA (Centro Interdipartimentale per la Ricerca nella Pubblica Amministrazione dell'Università di Salerno) – ASL SALERNO.

5. RIASSETTO TERRITORIALE

5.1 RIFERIMENTI NORMATIVI

La legge regionale n. 16 del 28.11.2008 “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo” modifica l’art. 5 della L.R.32/94 e s.m.i. ridefinendo gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali in ragione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e prevedendo comunque un’azienda per ciascuna provincia con conseguente riduzione del numero delle ASL che da 13 passano a 7.

La ASL Salerno, pertanto, ne risulta così composta:

- **Ambito Salerno 1** - Rientrano i **Distretti Sanitari di Base 60, 61, 62, 63**; tale territorio include n. 26 Comuni: Castel San Giorgio, Nocera Inferiore, Nocera Superiore, Roccapiemonte (**Distretto Sanitario di Base 60**), Scafati, Angri, S. Egidio Monte Albino, Corbara (**Distretto Sanitario di Base 61**), Pagani, Sarno, San Valentino Torio, San Marzano (**Distretto Sanitario di Base 62**), Cava dei Tirreni, Vietri sul Mare, Amalfi, Atrani, Cetara, Conca dei Marini, Furore, Maiori, Minori, Ravello, Scala, Tramonti (**Distretto Sanitario di Base 63**).
- **Ambito Salerno 2** - Rientrano i **Distretti Sanitari di Base 64, 65, 66, 67, 68**; tale territorio include n. 38 Comuni: Buccino, Castelnuovo di Conza, Colliano, Contursi Terme, Laviano, Oliveto Citra, Palomonte, Ricigliano, Romagnano al Monte, S. Gregorio Magno, Santomena, Valva, Altavilla Silentina, Campagna, Eboli, Postiglione, Serre, Sicignano degli Alburni (**Distretto Sanitario di Base 64**), Battipaglia, Olevano sul Tusciano, Bellizzi (**Distretto Sanitario di Base 65**), Pellezzano, Salerno, (**Distretto Sanitario di Base 66**), Baronissi, Bracigliano, Galvanico, Fisciano, Mercato S. Severino, Siano, (**Distretto Sanitario di Base 67**), Acerno, Castiglione dei Genovesi, Giffoni Sei Casali, Giffoni Valle Piana, Montecorvino Pugliano, Montecorvino Rovella, Pontecagnano Faiano, San Cipriano Picentino, San Mango Piemonte (**Distretto Sanitario di Base 68**).
- **Ambito Salerno 3** - Rientrano i **Distretti Sanitari di Base 69, 70, 71, 72**; tale territorio include n. 94 Comuni: Albanella, Aquara, Bellosguardo, Capaccio, Castelcivita, Castel San Lorenzo, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Giungano, Laurino, Monteforte Cilento, Ottati, Piaggine, Roccadaspide, Rossigno, Sacco, S. Angelo a Fasanella, Trentinara, Vallo dell’Angelo, Agropoli, Castellabate, Cicerale, Laureana Cilento, Lustra Cilento, Montecorice, Ogliastro Cilento, Perdifumo, Prignano Cilento, Rutino, S. Mauro Cilento, Serramezzana, Torchiara, (**Distretto Sanitario di Base 69**), Ascea, Campora, Cannalunga,

Casalvelino, Castelnuovo Cilento, Ceraso, Cuccaro Vetere, Butani, Gioi, Laureto, Magliano Vetere, Moio della Civitella, Montano Antilia, Novi Velia, Omignano, Orria, Perito, Pisciotta, Pollica, Salento, S. Mauro La Bruca, Sessa Cilento, Stella Cilento, Stio, Vallo della Lucania, **(Distretto Sanitario di Base 70)**, Alfano, Camerata, Casaleto Spartano, Caselle in Pittari, Celle di Bulgheria, Centola, Ispani, Morigerati, Roccagloriosa, S. Giovanni a Piro, S. Marina, Sapri, Torraca, Torre Orsaia, Tortorella, Vibonati, **(Distretto Sanitario di Base 71)**, Atena Lucana, Auletta, Buonabitacolo, Caggiano, Casalbuono, Monte S. Giacomo, Montesano sulla Marcellana, Padula, Pertosa, Petina, Polla, Sala Consilina, Salvitelle, S. Pietro al Tanagro, S. Rufo, S. Arsenio, Sanza, Sassano, Teggiano, **(Distretto Sanitario di Base 72)**.

5.2 DATI STATISTICI

Totali

Popolazione	1.107.652 (al 31.12. 2009)
Superficie (Kmq)	4.917,15
Densità(ab./Kmq)	225

L'ASL Salerno, proprio per la sua vastità, si sviluppa su un territorio oltremodo variegato e complesso.

L'Ambito Salerno 1 - meno esteso, comprende la fascia della Costiera Amalfitana e il retrostante agro nocerino-sarnese, fertilizzato dalle ceneri vesuviane ed irrigato dal fiume Sarno.

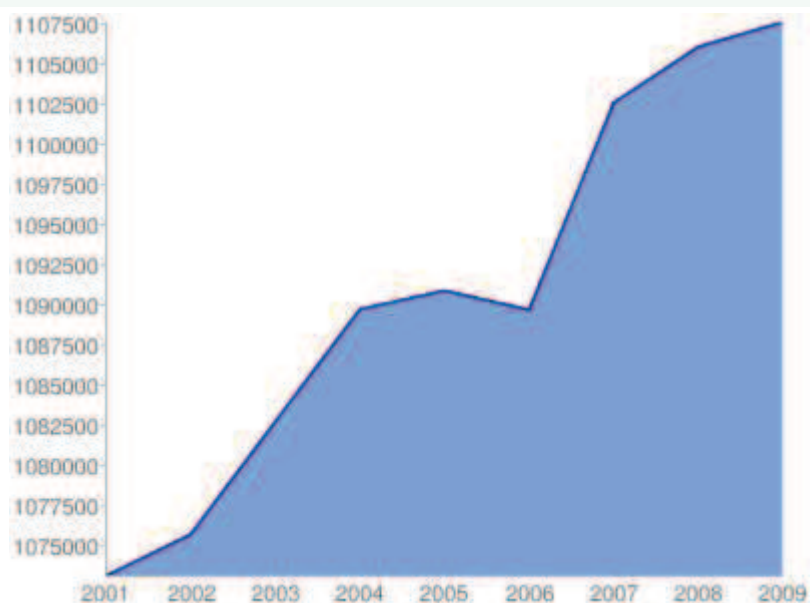
L'Ambito Salerno 2 – si estende verso est dove si trova il capoluogo, che si sviluppa nel punto in cui la valle dell'Irno sfocia verso il mare, fra le propaggini dei monti Lattari e dei monti Picentini. Proseguendo verso sud-est troviamo la grande piana del Sele e di Paestum, fino al'900 terra malsana e paludosa, oggi zona ad elevata produttività agricola e di forte richiamo turistico. A nord della piana c'è la zona collinare e poi montuosa dell'Alto e Medio Sele che collega la provincia di Salerno al territorio dell'Irpinia.

L'Ambito Salerno 3 – si estende a sud, oltre il Sele, le vaste aree del Cilento e del Vallo di Diano, territori prevalentemente montuosi e verdeggianti di difficile accessibilità, a lungo rimasti isolati dai principali flussi di traffico.

Popolazione Provincia di Salerno 2001-2009

Anno	Residenti	Variazione	Famiglie	Componenti per Famiglia	%Maschi
2001	1.073.177				
2002	1.075.756	0,2%			48,8%
2003	1.082.775	0,7%	376.148	2,88	48,8%
2004	1.089.770	0,6%	385.699	2,83	48,8%
2005	1.090.934	0,1%	387.399	2,82	48,7%
2006	1.089.737	-0,1%	389.256	2,80	48,7%
2007	1.102.629	1,2%	405.092	2,72	48,6%
2008	1.106.099	0,3%	410.026	2,70	48,6%
2009	1.107.652	0,1%	411.388	2,69	48,6%

Abitanti 2001-2009



Bilancio Demografico Provincia di Salerno

Tassi (calcolati su mille abitanti)						
Anno	Popolazione Media	Natalità	Mortalità	Crescita Naturale	Migratorio Totale	Crescita Totale
2.002	1.074.467	9,9	8,5	1,3	1,1	2,4
2.003	1.079.266	9,9	8,9	1,0	5,5	6,5
2.004	1.086.273	9,8	8,5	1,2	5,2	6,4
2.005	1.090.352	9,6	8,9	0,7	0,4	1,1
2.006	1.090.336	9,5	8,5	0,9	-2,0	-1,1
2.007	1.096.183	9,4	9,2	0,2	11,6	11,8
2.008	1.104.364	9,3	9,2	0,0	3,1	3,1
2.009	1.106.876	9,2	9,3	-0,1	1,5	1,4

Variazioni					
Anno	Saldo Naturale	Saldo Migratorio	Per variazioni territoriali	Saldo Totale	Popolazione al 31/12
2.002	1.447	1.132		2.579	1.075.756
2.003	1.125	5.894	0	7.019	1.082.775
2.004	1.327	5.668	0	6.995	1.089.770
2.005	767	397		1.164	1.090.934
2.006	1.015	-2.212	0	-1.197	1.089.737
2.007	209	12.683	0	12.892	1.102.629
2.008	38	3.432	0	3.470	1.106.099
2.009	-66	1.619	0	1.553	1.107.652

Dettaglio Bilancio Demografico

Anno	Nati	Morti	Iscritti da altri comuni	Iscritti dall'estero	Altri iscritti	Cancellati per altri comuni	Cancellati per l'estero	Altri cancellati
2.002	10.607	9.160	18.629	1.941	2.704	21.290	642	210
2.003	10.691	9.566	18.632	5.794	3.943	20.532	1.476	467
2.004	10.613	9.286	18.508	7.022	2.160	20.546	1.120	356
2.005	10.450	9.683	20.352	3.108	594	21.864	1.258	535
2.006	10.307	9.292	19.158	2.411	613	22.489	1.296	609
2.007	10.257	10.048	19.717	7.415	8.850	22.257	632	410
2.008	10.247	10.209	19.963	6.551	236	21.804	810	704
2.009	10.216	10.282	19.082	5.160	251	21.477	766	631

Provincia di Salerno - Popolazione per Età (al 2007)

Indice di Vecchiaia: **89,9%** *Rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella più giovane (0-14 anni)*

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
0-4	26.800	25.862	52.662	4,8%	50,9%
5-9	29.060	26.867	55.927	5,1%	52,0%
10-14	31.562	30.024	61.586	5,7%	51,2%
15-19	34.871	33.375	68.246	6,3%	51,1%
20-24	36.215	34.965	71.180	6,5%	50,9%
25-29	37.398	36.547	73.945	6,8%	50,6%
30-34	40.483	40.660	81.143	7,4%	49,9%
35-39	41.149	42.074	83.223	7,6%	49,4%

40-44	41.436	43.410	84.846	7,8%	48,8%
45-49	38.291	39.292	77.583	7,1%	49,4%
50-54	33.576	34.583	68.159	6,3%	49,3%
55-59	32.437	33.307	65.744	6,0%	49,3%
60-64	25.071	26.274	51.345	4,7%	48,8%
65-69	24.805	27.863	52.668	4,8%	47,1%
70-74	22.184	27.121	49.305	4,5%	45,0%
75-79	18.299	25.040	43.339	4,0%	42,2%
80-84	11.221	18.286	29.507	2,7%	38,0%
85-89	4.034	8.248	12.282	1,1%	32,8%
90-94	1.609	3.949	5.558	0,5%	28,9%
95-99	334	980	1.314	0,1%	25,4%
100+	48	127	175	0,0%	27,4%
Totale	530.883	558.854	1.089.737		

Grafico Età

Grafico Fasce Età



Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	%Totale	%Maschi
-----	--------	---------	--------	---------	---------

0-14	87.422	82.753	170.175	15,6%	51,4%
15-64	360.927	364.487	725.414	66,6%	49,8%
65+	82.534	111.614	194.148	17,8%	42,5%
Totale	530.883	558.854	1.089.737		

Comuni Provincia di Salerno – Età (al 2007)

Comune	% 0-14	% 15-64	% 65+	Abitanti	Indice Vecchiaia
<u>Montecorvino</u> <u>Pugliano</u>	21,4%	68,1%	10,6%	9.368	49,5%
<u>San Valentino Torio</u>	20,2%	68,5%	11,3%	9.841	56,1%
<u>Scafati</u>	19,3%	68,5%	12,2%	50.735	63,4%
<u>San Mango Piemonte</u>	17,6%	70,8%	11,6%	2.527	65,6%
<u>Sant'Egidio del Monte</u> <u>Albino</u>	18,7%	68,3%	12,9%	8.716	69,0%
<u>Angri</u>	18,4%	68,1%	13,5%	30.978	73,6%
<u>Pagani</u>	18,6%	67,6%	13,8%	35.543	74,1%
<u>Nocera Superiore</u>	17,2%	69,9%	12,9%	23.953	75,3%
<u>Bracigliano</u>	19,2%	66,2%	14,6%	5.450	75,7%
<u>Castel San Giorgio</u>	18,5%	67,4%	14,1%	13.321	76,1%
<u>Siano</u>	16,9%	70,0%	13,0%	10.329	77,0%
<u>San Marzano sul</u> <u>Sarno</u>	18,4%	67,4%	14,2%	9.839	77,4%
<u>San Cipriano</u> <u>Picentino</u>	18,2%	67,7%	14,1%	6.664	77,7%
<u>Baronissi</u>	17,3%	68,8%	13,9%	16.294	80,7%

<u>Bellizzi</u>	16,4%	70,0%	13,6%	12.911	83,3%
<u>Sarno</u>	17,2%	67,8%	15,0%	31.564	87,0%
<u>Olevano sul Tusciano</u>	17,1%	67,8%	15,1%	6.740	88,0%
<u>Montecorvino Rovella</u>	16,8%	68,3%	14,9%	12.234	88,3%
<u>Pellezzano</u>	15,2%	71,2%	13,6%	10.645	89,9%
<u>Corbara</u>	18,2%	65,5%	16,3%	2.584	90,0%
<u>Fisciano</u>	15,8%	69,6%	14,6%	13.098	92,9%
<u>Eboli</u>	16,2%	68,8%	15,0%	37.173	92,9%
<u>Campagna</u>	16,7%	67,7%	15,6%	15.626	93,1%
<u>Roccapiemonte</u>	16,3%	68,5%	15,2%	9.164	93,4%
<u>Castiglione del Genovesi</u>	17,4%	66,3%	16,3%	1.283	93,7%
<u>Giffoni Valle Piana</u>	16,2%	68,5%	15,4%	11.668	95,0%
<u>Novi Velia</u>	16,4%	68,1%	15,6%	2.122	95,1%
<u>Mercato San Severino</u>	16,0%	68,7%	15,2%	20.953	95,2%
<u>Battipaglia</u>	15,6%	69,6%	14,9%	50.769	95,6%
<u>Positano</u>	16,4%	67,0%	16,6%	3.938	100,9%
<u>Capaccio</u>	15,7%	68,4%	15,9%	21.265	101,3%
<u>Giffoni Sei Casali</u>	17,6%	64,4%	17,9%	4.913	101,7%
<u>Furore</u>	16,1%	67,4%	16,6%	827	103,0%
<u>Nocera Inferiore</u>	16,1%	67,2%	16,7%	46.095	103,3%
<u>Castelnuovo Cilento</u>	15,5%	68,4%	16,2%	2.433	104,2%
<u>Cava de' Tirreni</u>	16,2%	66,8%	17,0%	53.314	104,8%
<u>Contursi Terme</u>	17,7%	63,8%	18,6%	3.266	105,0%
<u>Pontecagnano Faiano</u>	15,7%	67,8%	16,5%	24.210	105,1%
<u>Vallo della Lucania</u>	15,7%	67,0%	17,3%	8.878	109,9%
<u>Calvanico</u>	16,2%	66,0%	17,9%	1.495	110,3%

<u>Agropoli</u>	15,3%	67,7%	17,0%	20.307	110,6%
<u>Buonabitacolo</u>	16,7%	64,4%	18,9%	2.671	113,7%
<u>Sanza</u>	16,3%	64,6%	19,1%	2.821	117,4%
<u>Torchiaro</u>	15,9%	65,2%	18,9%	1.708	119,2%
<u>Acerno</u>	16,8%	63,0%	20,2%	2.906	120,5%
<u>Celle di Bulgheria</u>	16,4%	63,4%	20,2%	1.999	123,2%
<u>Praiano</u>	15,2%	65,6%	19,2%	2.012	126,9%
<u>Scala</u>	14,1%	67,9%	17,9%	1.522	127,0%
<u>Tramonti</u>	16,6%	62,3%	21,1%	4.103	127,4%
<u>San Pietro al Tanagro</u>	14,7%	66,5%	18,8%	1.686	128,3%
<u>Petina</u>	16,2%	63,0%	20,8%	1.212	128,6%
<u>Conca dei Marini</u>	16,1%	63,2%	20,7%	733	128,8%
<u>San Giovanni a Piro</u>	14,8%	66,1%	19,1%	3.852	129,3%
<u>Vietri sul Mare</u>	14,7%	66,2%	19,1%	8.525	129,7%
<u>Torraca</u>	14,2%	67,3%	18,5%	1.245	129,9%
<u>Sala Consilina</u>	14,3%	67,0%	18,7%	12.672	130,0%
<u>Palomonte</u>	15,0%	65,0%	20,0%	4.065	132,7%
<u>Serre</u>	15,2%	64,4%	20,4%	3.827	134,0%
<u>Alfano</u>	15,4%	63,9%	20,8%	1.146	135,2%
<u>Montesano sulla Marcellana</u>	15,5%	63,5%	21,0%	6.841	135,8%
<u>Cetara</u>	14,0%	67,0%	19,0%	2.392	136,2%
<u>Giungano</u>	15,9%	62,1%	21,9%	1.135	137,6%
<u>Padula</u>	14,6%	65,1%	20,3%	5.514	138,8%
<u>Omignano</u>	13,5%	67,7%	18,8%	1.537	138,9%
<u>Pertosa</u>	16,5%	59,9%	23,6%	709	142,7%
<u>Maiori</u>	14,5%	64,7%	20,8%	5.677	142,8%

<u>Sapri</u>	13,5%	67,1%	19,4%	7.049	143,3%
<u>Albanella</u>	14,1%	65,6%	20,3%	6.343	143,5%
<u>Roccagloriosa</u>	14,4%	64,7%	20,8%	1.696	144,1%
<u>Ascea</u>	14,3%	64,9%	20,8%	5.646	145,0%
<u>Oliveto Citra</u>	14,5%	64,4%	21,1%	3.939	145,5%
<u>Ravello</u>	14,1%	65,4%	20,5%	2.517	145,6%
<u>Laviano</u>	13,5%	66,9%	19,6%	1.523	145,9%
<u>Camerota</u>	13,9%	65,7%	20,4%	7.187	146,5%
<u>Santa Marina</u>	13,3%	67,0%	19,7%	3.153	148,0%
<u>Atena Lucana</u>	15,0%	62,8%	22,2%	2.300	148,1%
<u>Trentinara</u>	13,6%	66,1%	20,3%	1.695	148,9%
<u>Ceraso</u>	14,9%	62,7%	22,4%	2.558	149,7%
<u>Vibonati</u>	14,1%	64,8%	21,1%	3.135	150,1%
<u>Castellabate</u>	13,5%	66,1%	20,4%	7.862	151,5%
<u>Casal Velino</u>	13,8%	65,0%	21,2%	4.882	153,6%
<u>Amalfi</u>	13,4%	65,6%	21,0%	5.434	156,2%
<u>Montecorice</u>	13,9%	64,2%	21,9%	2.528	157,8%
<u>Colliano</u>	15,1%	61,1%	23,9%	3.813	158,5%
<u>Ispani</u>	12,6%	67,4%	20,0%	1.009	159,1%
<u>Minori</u>	13,2%	65,8%	21,0%	2.926	159,1%
<u>Centola</u>	14,7%	62,0%	23,3%	4.845	159,1%
<u>Valva</u>	13,2%	65,7%	21,1%	1.827	159,8%
<u>San Rufo</u>	14,1%	63,0%	22,9%	1.758	162,5%
<u>Caggiano</u>	14,4%	62,2%	23,4%	2.901	162,7%
<u>Auletta</u>	14,4%	62,2%	23,4%	2.415	163,1%
<u>Altavilla Silentina</u>	13,6%	64,1%	22,3%	6.771	163,2%
<u>Sicignano degli</u>	14,3%	62,2%	23,5%	3.339	163,5%

<u>Alburni</u>					
<u>Futani</u>	14,9%	60,8%	24,3%	1.299	163,7%
<u>Polla</u>	13,9%	63,2%	22,9%	5.338	164,7%
<u>Salento</u>	13,6%	64,0%	22,4%	2.005	165,4%
<u>Sant'Arsenio</u>	14,1%	62,1%	23,7%	2.742	168,2%
<u>Caselle in Pittari</u>	13,8%	62,9%	23,3%	2.009	169,0%
<u>Salerno</u>	12,9%	65,3%	21,9%	132.790	169,9%
<u>Ogliastro Cilento</u>	12,1%	67,2%	20,7%	2.274	170,3%
<u>Roccamare</u>	13,5%	62,7%	23,8%	7.438	175,9%
<u>Postiglione</u>	13,8%	61,9%	24,4%	2.307	176,7%
<u>San Gregorio Magno</u>	13,4%	62,8%	23,8%	4.551	178,1%
<u>Prignano Cilento</u>	13,2%	63,2%	23,6%	916	178,5%
<u>Monte San Giacomo</u>	14,6%	58,9%	26,5%	1.676	181,2%
<u>Sassano</u>	13,0%	63,4%	23,6%	5.139	181,5%
<u>Serramezzana</u>	13,6%	61,7%	24,7%	368	182,0%
<u>Torre Orsaia</u>	12,0%	66,0%	21,9%	2.319	182,4%
<u>Perdifumo</u>	12,8%	63,9%	23,4%	1.802	183,0%
<u>Stio</u>	14,5%	58,9%	26,6%	1.033	183,3%
<u>Teggiano</u>	13,1%	62,7%	24,2%	8.108	184,1%
<u>Lustra</u>	13,5%	61,4%	25,0%	1.086	185,0%
<u>Casalbuono</u>	12,8%	63,0%	24,1%	1.231	188,0%
<u>Rutino</u>	12,3%	64,5%	23,2%	887	189,0%
<u>Moio della Civitella</u>	14,0%	58,8%	27,3%	1.940	195,2%
<u>Castel San Lorenzo</u>	12,7%	62,2%	25,1%	2.792	197,2%
<u>Laureana Cilento</u>	13,5%	59,7%	26,8%	1.108	198,0%
<u>Monteforte Cilento</u>	14,1%	57,7%	28,1%	601	198,8%
<u>Casaletto Spartano</u>	12,8%	61,3%	25,9%	1.518	201,5%

<u>Romagnano al Monte</u>	15,1%	54,5%	30,4%	391	201,7%
<u>Buccino</u>	13,1%	60,5%	26,4%	5.508	202,4%
<u>Atrani</u>	11,3%	65,6%	23,1%	963	203,7%
<u>Morigerati</u>	12,4%	62,1%	25,4%	731	204,4%
<u>Rofrano</u>	12,3%	62,6%	25,1%	1.800	204,5%
<u>Montano Antilia</u>	11,6%	64,6%	23,9%	2.074	206,3%
<u>Laurito</u>	12,3%	61,9%	25,8%	910	209,8%
<u>Cannalonga</u>	11,7%	63,6%	24,7%	1.134	210,5%
<u>Cuccaro Vetere</u>	12,4%	61,1%	26,6%	591	215,1%
<u>Controne</u>	12,8%	59,2%	28,1%	923	219,5%
<u>Pollica</u>	11,9%	59,7%	28,4%	2.547	238,9%
<u>Laurino</u>	12,6%	57,3%	30,1%	1.837	239,4%
<u>Aquara</u>	12,7%	56,2%	31,1%	1.705	244,2%
<u>San Mauro La Bruca</u>	12,2%	57,4%	30,3%	719	247,7%
<u>Perito</u>	12,0%	58,3%	29,7%	1.037	248,4%
<u>Pisciotta</u>	11,3%	60,5%	28,1%	2.906	248,6%
<u>San Mauro Cilento</u>	10,8%	62,3%	26,9%	966	250,0%
<u>Cicerale</u>	11,3%	60,3%	28,4%	1.299	251,0%
<u>Ricigliano</u>	12,0%	57,7%	30,3%	1.280	251,9%
<u>Sessa Cilento</u>	10,9%	61,7%	27,4%	1.415	251,9%
<u>Stella Cilento</u>	12,6%	55,2%	32,2%	824	254,8%
<u>Santomenna</u>	10,9%	59,0%	30,1%	542	276,3%
<u>Castelnuovo di Conza</u>	9,1%	65,2%	25,7%	682	282,3%
<u>Piaggine</u>	11,9%	54,1%	34,0%	1.575	286,6%
<u>Orria</u>	11,7%	53,8%	34,5%	1.255	294,6%
<u>Magliano Vetere</u>	11,6%	53,3%	35,2%	830	304,2%
<u>Felitto</u>	10,1%	59,0%	30,9%	1.309	306,8%

<u>Bellosguardo</u>	11,0%	54,4%	34,6%	897	313,1%
<u>Tortorella</u>	8,4%	64,8%	26,9%	562	321,3%
<u>Corleto Monforte</u>	10,1%	56,8%	33,1%	695	328,6%
<u>Castelcivita</u>	10,1%	56,0%	33,9%	1.973	334,5%
<u>Gioi</u>	9,4%	58,1%	32,6%	1.416	346,6%
<u>Roscigno</u>	9,8%	54,7%	35,5%	885	360,9%
<u>Ottati</u>	8,3%	60,1%	31,6%	747	380,6%
<u>Sacco</u>	9,6%	52,9%	37,5%	635	390,2%
<u>Salvitelle</u>	8,9%	56,2%	34,9%	644	394,7%
<u>Valle dell'Angelo</u>	8,9%	55,8%	35,3%	371	397,0%
<u>Campora</u>	8,3%	54,1%	37,6%	527	450,0%
<u>Sant'Angelo a Fasanella</u>	7,4%	53,0%	39,7%	761	539,3%
				1.089.737	

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

La popolazione residente nell'ASL Salerno al 1° gennaio 2009 e bilancio demografico 2008

Al 1° gennaio 2009 la popolazione residente nell'ASL Salerno è di 1.106.099 unità, così costituita: 537.459 (48,6%) maschi e 568.640 femmine. Il 2,7 %, pari a 29.943 individui (di cui 12.695 maschi), sono stranieri residenti.

Il 32,9% risiede in piccoli Comuni (fino a 10.000 abitanti), il 13,7% in Comuni medi (da 10.001 a 20.000 abitanti), il 53,4% in grandi Comuni (con più di 30.000 abitanti). Il comune che supera i 100.000 abitanti è Salerno con 140.489 unità.

Comuni e popolazione per classe di ampiezza demografica al 1° gennaio 2009

Classe di ampiezza demografica	N. Comuni	Residenti
fino a 3.000	94	142.502
3.001-5.000	14	55.353
5.001-10.000	24	165.895
10.001-20.000	12	151.129
20.001-30.000	5	113.163
30.001-50.000	5	182.530
50.001-100.000	3	155.038
oltre 100.000	1	140.489

5.3 Ridefinizione dei Distretti

Come già richiamata nella sezione relativa all'Assistenza Distrettuale Sanitaria e Sociosanitaria, la rimodulazione dei Distretti Sanitari di Base (DSB) rispetto agli ambiti territoriali di competenza è aderente alle indicazioni della Legge regionale n. 16 del 28 novembre 2009.

Secondo le indicazioni del Decreto Commissariale n. 49/2010, per un allineamento tra i nuovi Distretti Sanitari e gli ambiti sociali, i Diretti Sanitari sono rinominati in Distretti Sociosanitari di Base, prevedendo in ciascuno di essi l'Unità Operativa semplice Socio-Sanitaria. L'ambito territoriale del nuovo Distretto Sociosanitario coincide pertanto con l'ambito sociale.

Secondo i principi e criteri di riassetto amministrativo-gestionale del presente Piano, i Distretti sono aggregati nei Dipartimenti gestionali:

DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA NORD

DSB 60

Nocera Inferiore - Nocera Superiore - Roccapiemonte - Castel San Giorgio

DSB 61

Angri - Corbara - S. Egidio del Monte Albino - Scafati

DSB 62

Pagani - Sarno - S. Valentino Torio – San Marzano sul Sarno

DSB 63

Cava de' Tirreni - Vietri sul Mare - Amalfi- Atrani - Cetara - Conca de' Marini - Furore - Maiori - Minori - Positano - Praiano - Ravello - Scala - Tramonti

DSB 66

Salerno

DSB 67

Mercato S. Severino, Baronissi, Bracigliano, Calvanico, Fisciano, Siano

DSB 68

Giffoni Valle Piana, Acerno, Castiglione dei Genovesi, Giffoni Sei Casali, Montecorvino Pugliano, Montecorvino Rovella, Pontecagnano-Faiano, San Cipriano Picentino, San Mango Piemonte

DIPARTIMENTO GESTIONALE DISTRETTI AREA SUD

DSB 64

Eboli, Altavilla Silentina, Buccino, Campagna, Castelnuovo di Conza, Colliano, Contursi Terme, Laviano, Oliveto Citra, Palomonte, Postiglione, Ricigliano, Romagnano al Monte, San Gregorio Magno, Santomenna, Serre, Sicignano degli Alburni, Valva

DSB 65

Battipaglia, Bellizzi, Olevano sul Tusciano

DSB 69

Agropoli, Albanella, Aquara, Bellosguardo, Capaccio, Castel san Lorenzo, Castelcivita, Castellabate, Cicerale, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Giungano, Laureana Cilento, Laurino, Lustra, Montecorice, Monteforte, Ogliastro Cilento, Ottati, Perdifumo, Piaggine, Pollica, Prignano Cilento, Roccadaspide, Roscigno, Rutino, Sacco, San Mauro Cilento, S. Angelo a Fasanella, Serramezzana, Trentinara, Valle dell'Angelo

DSB 70

Ascea, Campora, Cannalonga, Casalvelino, Castelnuovo Cilento, Ceraso, Cuccaro Vetere, Futani, Gioi, Laurito, Magliano Vetere, Moio della Civitella, Montano Antilia, Novi Velia, Omignano, Orria, Perito, Salento, San Mauro La Bruca, sessa Cilento, Stella Cilento, Stio, Vallo della Lucania

DSB 71

Alfano, Camerota, Casaletto Spartano, Caselle in Pittari, Celle di Bulgheria, Centola, Ispani, Morigerati, Pisciotta, Rocca Gloriosa, Rofrano, San Giovanni a Piro, Santa Marina, Sapri, Torraca, Torre Orsaia, Tortorella, Vibonati

DSB 72

Atena Lucana, Auletta, Buonabitacolo, Caggiano, Casalbuono, Monte San Giacomo, Montesano sulla Marcellana, Padula, Pertosa, Petina, Polla, Sala Consilina, Salvitella, San Pietro al Tanagro, San Rufo, Sant'Arsenio, Sanza, Sassano, Teggiano.

DIREZIONE COMMISSARIALE
via Nizza 146 - 84124 SALERNO

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
(Decreto Commissario ad Acta n. 49 del 27/09/2010)

APPENDICE

ORGANIGRAMMI AZIENDA ASL SALERNO

LEGENDA

UOC: Unità Operativa Complessa
SS: Struttura Semplice
SSD: Struttura Semplice Dipartimentale