

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 E DI EFFICACIA; ANALISI DEL FABBISOGNO E VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA, CONSEQUENTE REVOCA DEGLI ACCREDITAMENTI PER LE CORRISPONDENTI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE; CONSEQUENTE MODIFICA DEL VIGENTE PIANO OSPEDALIERO REGIONALE IN COERENZA CON IL PIANO DI RIENTRO”.



PARTE PRIMA

Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera

Premessa

Con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 01/10/2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla legge 29/11/2007 n. 222. Con la stessa delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in diciotto punti, tra cui 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 e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza, conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro”* (punto 2 della delibera del Consiglio dei Ministri). In data 24 aprile 2010 il Consiglio dei Ministri, a seguito dell'insediamento del nuovo Presidente della Giunta della Regione Campania, ha provveduto alla nomina dello stesso quale commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione. Nel medesimo provvedimento di nomina il Consiglio dei Ministri ha reiterato, al punto 1) lettera c), l'adempimento relativo al riassetto della rete ospedaliera e territoriale innanzi riportato.

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana non si traduce, tuttavia, in un mero adempimento agli obiettivi imposti dal Piano di rientro e dalla delibera del Consiglio dei Ministri, ma rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su un minor numero di presidi, sia pubblici che privati, maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo e, soprattutto, determinando un riequilibrio tra i posti letto per acuti e quelli di riabilitazione e/o lungodegenza, articolati in rete per bacini assistenziali omogenei.



1. DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO

Per la definizione del fabbisogno di posti letto è stata utilizzata, in forza di un accordo di collaborazione stipulato nell'anno 2009, una metodologia sviluppata dall'Agenzia Sanitaria Nazionale (AGENAS) per "l'analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta e per il calcolo del fabbisogno di posti letto per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, quale strumento programmatico di riferimento per le regioni commissariate", integrata con alcuni elementi di contesto peculiari della realtà campana.

La base di calcolo è rappresentata dai dati dell'attività delle strutture di ricovero della Regione Campania dell'anno 2008, comprensiva della mobilità passiva.

La metodologia per la rimodulazione dell'offerta si fonda sui seguenti elementi:

- individuazione dei ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatelyzza (DPCM 2001 e Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50% e 70% in regime di day-hospital o regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in day-hospital di tipo chirurgico con procedura non appropriata (individuati dal Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in regime di day-hospital con un solo accesso di tipo medico e trasferimento del 80% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico con una giornata di degenza e trasferimento del 70% in regime di day-hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico di soggetti ultrasessantacinquenni, nella maggior parte ripetuti, dimessi dalle unità operative mediche con una degenza superiore a 12 giorni, e trasferimento dell'80% in strutture dedicate di post acuzie denominate di lungo assistenza non ospedaliera;
- individuazione dei ricoveri corrispondenti ai codici 56, 75 e 60 di riabilitazione e lungodegenza da trasferire in strutture dedicate;
- esclusione dei ricoveri afferenti al DRG 391 "Neonato normale".




Con il sistema APR-DRG è stata stimata, inoltre, la quota appropriata di ricoveri ordinari per acuti con gravità non S1-M1. Tale ultimo criterio di valutazione ha permesso, anche, di quantificare specifiche soglie di ammissibilità al ricovero per i 108 DRG che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 definisce ad alto rischio di inappropriatazza.

Dall'insieme dei dati ottenuti, comprensivi anche dell'abbattimento medio del 60% per i 108 DRG con gravità S1-M1 e per gli accessi in DH, sono stati calcolati i posti letto delle strutture per acuti, mediante correzioni orientate all'efficienza dell'offerta considerando, in particolare, il tasso di occupazione del 80% e la durata media della degenza pari a 7 giornate. Per quanto riguarda invece il dimensionamento dei posti letto diurni è stato utilizzato lo standard di 1,5 ricoveri/die per 5 giorni la settimana per 46 settimane con 1,5 accessi per posto letto.

Nella tabella seguente sono riportati il numero di prestazioni assistenziali di ricovero del 2008, erogate in regime ordinario per acuti dalle strutture della regione, ed il numero di posti letto stimato come appropriato in tale regime di ricovero.

TAB 1 - Ricoveri ordinari per acuti attuali e "corretti"



Ricoveri ordinari per acuti, anno 2008, comprensivi della mobilità, al netto dei neonati e dei ricoveri di cui al codice 99	Valori attuali	Ricoveri "corretti"
Ricoveri 0-1 giorno	142.120	42.636
Ricoveri soggetti > 65 anni e con degenza > 12 giorni	24.499	4.900
LEA 108 DRG S1-M1	175.397	66.651
Ricoveri restanti	489.072	48.9072
TOTALE	831.088	603.259

L'insieme dei criteri innanzi elencati disegna uno scenario in cui diminuiscono i ricoveri ordinari e aumentano i ricoveri in day-hospital e le prestazioni ambulatoriali di tipo medico e chirurgico, e fissa in 3,4 per mille abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e/o lungodegenza) l'indice programmatico di posti letto sulla base del quale procedere al riassetto della rete ospedaliera campana. Va tuttavia evidenziato che l'indice programmatico per i posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza deve intendersi come valore da raggiungere in un arco temporale che va oltre quello dell'attuale programmazione, a causa dei notevoli cambiamenti che la nuova organizzazione richiede, anche sotto l'aspetto della necessaria riconversione degli attuali spazi dedicati agli acuti e della riqualificazione del personale. Pertanto, si ritiene perseguibile, in un

triennio, un indice programmatico per riabilitazione e/o lungodegenza di 0,5 per mille abitanti (pari a 2.903 posti letto).

Tali valori confrontati con l'attuale dotazione di posti letto determinano:

- la riduzione di 2.250 posti letto per acuti,
- l'incremento di 953 posti letto per riabilitazione e/o lungodegenza,
- la riduzione complessiva 1.297 posti letto.

Al fine di determinare il fabbisogno di posti letto da ripartire per le singole province si è provveduto a sottrarre a tale valore i posti letto considerati di valenza regionale ovvero i posti letto la cui tipologia e specializzazione si traducono in attività con un bacino di utenza potenzialmente regionale.

Santobono 375 p.l.

Cotugno 274 p.l.

Pascale 221 p.l.

Maugeri 180 p.l.

Totale 1.050 p.l.



Il nuovo valore di posti letto così ottenuto, pari a 18.582 posti letto, rappresenta il fabbisogno "corretto" da ripartire alle singole province.

Lo standard programmatico di riferimento, sottratta la quota di posti letto a valenza regionale, si attesta in 3,2 posti letto comprensivo della quota di posti letto per la riabilitazione.

Anche tale indice esprime, tuttavia, un valore tendenziale e, come si evince dalla tabella che segue, subisce scostamenti - anche se non rilevanti- nella disarticolazione tra le singole province, in ragione della specificità di ciascuna di esse per le caratteristiche del territorio e per le preesistenze strutturali ed organizzative, ma comunque nel rispetto del principio dell'autosufficienza dell'ambito provinciale.

Standard regionale di riferimento:

Fabbisogno posti letto
Di cui non acuti
Di cui acuti

Nuova configurazione

19632	3,4
2903	0,5
16729	2,9

Attuale configurazione

20929	3,6
1950	0,3
18979	3,3

Il nuovo indice comporta un incremento di 953 p.l. di riabilitazione e/o lungodegenza
ed una riduzione di 2250 p.l. per acuti

Al fine di determinare il fabbisogno di posti letto per singola provincia si è provveduto a sottrarre al nuovo fabbisogno regionale di 19632 p.l. la quota di posti letto programmati a valenza regionale e precisamente:

AO Santabone	375
AO Cotugno	274
IRCCS Pascale	221
IRCCS Maugeri	180
Totale	1050

Si è ottenuto, in tal modo, il fabbisogno corretto di posti letto da ripartire a livello provinciale e precisamente:
19632 - 1050 = 18582 posti letto totali

Tale valore comporta un indice tendenziale di riferimento per le Province pari a 3,2 comprensivo della quota di riabilitazione. Nelle tabelle sottostanti è riportata la dotazione di posti letto per singola provincia, così come desunta dai criteri riportati nel documento tecnico.

In sintesi di rileva:

- che la quota di posti letto ripartita a livello provinciale è pari a 18582, ovvero al 3,2 per mille
- che la quota dei posti letto di riabilitazione è pari a 2903 contro i 1950 attuali (0,5 rispetto all'attuale 0,3). Tale incremento si ottiene anche per effetto della riconversione parziale in riabilitazione delle strutture così dette neuropsichiatriche, come descritto in dettaglio nel documento tecnico.



ATTUALE CONFIGURAZIONE

	Posti Letto	Pubblico	Privato	Popolazione	Standard
AV	1802	1132	670	439565	4,10
di cui "non acuti"	149	149	0		0,34
BN	1189	847	342	288726	4,12
di cui "non acuti"	164	4	160		0,57
CE	2593	1445	1148	904197	2,87
di cui "non acuti"	255	25	230		0,28
NA	10306	7045	3261	3074375	3,35
di cui "non acuti"	910	78	832		0,30
SA	4038	2936	1102	1106099	3,65
di cui "non acuti"	292	39	253		0,26
Totale P.L. Provinciali	19928	13405	6523		
di cui "non acuti"	1770	295	1475		
P.L. CENTRALI	1001	821	180		
di cui "non acuti"	180	0	180		
TOTALE	20929	14226	6703		3,60
di cui "non acuti"	1950	295	1655		0,34

NUOVA CONFIGURAZIONE

	Posti Letto	Pubblico	Privato	Popolazione	Standard
AV	1580	995	585	439565	3,59
di cui "non acuti"	215	140	75		0,49
BN	1059	759	300	288726	3,67
di cui "non acuti"	174	14	160		0,60
CE	2643	1490	1153	904197	2,92
di cui "non acuti"	399	102	297		0,44
NA	9541	6443	3098	3074375	3,10
di cui "non acuti"	1312	285	1027		0,43
SA	3759	2712	1047	1106099	3,40
di cui "non acuti"	623	209	414		0,56
Totale P.L. Provinciali	18582	12399	6183		
di cui "non acuti"	2723	750	1973		
P.L. CENTRALI	1050	870	180		
di cui "non acuti"	180	0	180		
TOTALE	19632	13269	6363		3,4
di cui "non acuti"	2903	750	2153		0,5

DIFFERENZA

P.L. Totali	P.Pubblici	P.Privati
-222	-137	-85
-130	-88	-42
50	45	5
-765	-602	-163
-279	-224	-55
-1346	-1006	-340
-1297	-957	-340

1.1. Il fabbisogno per singole discipline

Il fabbisogno dei posti letto per acuti per singole discipline è stato stimato sulla base dei ricoveri appropriati effettuati nella regione, nel corso del 2008, inclusa la mobilità passiva, registrati nell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera.

In particolare sono stati considerati :

- la tipologia del ricovero (codice del DRG),
- la disciplina del reparto di dimissione,
- il numero di giornate di degenza,
- il numero dei dimessi.



Inoltre, è stata verificata la congruenza tra le discipline dei reparti di dimissione ed i DRG risultanti da ciascun ricovero, analizzando la distribuzione di frequenza delle linee produttive (sistema di raggruppamento dei DRG costituito da 37 categorie, di tipo medico o chirurgico, che tiene conto delle cause principali del ricovero), per disciplina di dimissione e verificando che da ciascuna di queste fossero stati dimessi almeno il 70 % di ricoveri attinenti.

Nell'insieme dei ricoveri sono state evidenziate le prestazioni a maggior rischio di inappropriately perché trasferibili nei reparti di lungodegenza e nelle residenze sanitarie assistite, dal regime ordinario a quello diurno, dal regime di ricovero ospedaliero al regime ambulatoriale o dal regime di ricovero a prestazioni da rendicontare nella rete dell'emergenza – urgenza (osservazioni brevi, prestazioni di pronto soccorso).

Il numero dei posti letto per disciplina è stato quindi calcolato moltiplicando il numero di giornate di degenza dei ricoveri 'appropriati', rilevati in ciascuna disciplina per il coefficiente corrispondente ad un tasso di occupazione dell'80%.

E' utile precisare che nel calcolo, e quindi nella rappresentazione del fabbisogno, afferiscono alla disciplina di riferimento anche i posti letto di strutture operative diverse, ma affini per specialità. Ad esempio, nella disciplina di chirurgia generale sono riportati anche i posti letto delle unità operative di chirurgia d'urgenza, nella disciplina di ostetricia e ginecologia sono ricompresi anche i posti letto attribuibili alle unità operative di IVG, di fisiopatologia della riproduzione, di ginecologia oncologica.

TAB – 3 Fabbisogno regionale di posti letto per singola disciplina

Disciplina	Standard p.l. x 1.000 abitanti
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	0,0031
CARDIOCHIRURGIA	0,0339
CARDIOLOGIA	0,1665
CHIRURGIA GENERALE	0,4672
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0,0138
CHIRURGIA PEDIATRICA	0,0165
CHIRURGIA PLASTICA	0,0067
CHIRURGIA TORACICA	0,0191
CHIRURGIA VASCOLARE	0,0304
EMATOLOGIA	0,0495
GERIATRIA	0,0428
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	0,0738
MEDICINA GENERALE	0,4483
UNITA` SPINALE	0,0026
NEFROLOGIA	0,0347
NEUROCHIRURGIA	0,0437
NEUROLOGIA	0,0759
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0,0046
OCULISTICA	0,0796
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0,0108
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,2209
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,3219
OTORINOLARINGOIATRIA	0,0747
PEDIATRIA	0,1080
UROLOGIA	0,0822
GRANDI USTIONATI	0,0014



TERAPIA INTENSIVA	0,0740
UNITA` CORONARICA	0,0392
DERMATOLOGIA	0,0145
EMODIALISI	0,0005
RECUPERO E RIABILITAZIONE	0,3656
STATO VEGETATIVO PERSISTENTE	0,0079
GASTROENTEROLOGIA	0,0346
LUNGODEGENTI	0,1092
MEDICINA NUCLEARE	0,0010
NEONATOLOGIA	0,0397
ONCOLOGIA	0,0872
PNEUMOLOGIA	0,0748
RADIOLOGIA	0,0010
RADIOTERAPIA	0,0012
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0,0274
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0,0002
NEURO-RIABILITAZIONE	0,0062
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	0,0021
NEFROLOGIA PEDIATRICA	0,0053
UROLOGIA PEDIATRICA	0,0021
DETENUTI	0,0031
CURE PALLIATIVE/HOSPICE	0,0014
Totale Acuti	2,9
Totale Non Acuti	0,5
Totale complessivo	3,4



Per la determinazione del fabbisogno delle discipline inserite nei modelli a rete, si sono utilizzati i seguenti criteri, condivisi peraltro da una consolidata letteratura nazionale e internazionale.

- **Rete dell'emergenza cardiologica.** Il modello organizzativo è basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche (UTIC e servizi di emodinamica) e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). Tale rete si basa su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (spoke) e centri di riferimento (hub). Sulla base dei dati riportati in letteratura si è previsto:

- o una UTIC spoke con 6-8 posti letto/120-150.000 abitanti;
- o una UTIC hub con emodinamica interventistica/350.000 abitanti.

L'elenco dei presidi individuati come centri hub e spoke è riportato nel paragrafo delle emergenze cardiologiche.

- **Rete dell'ictus cerebrale acuto: Stroke Unit (SU).** Studi di letteratura accreditati mostrano che i pazienti con ictus traggono beneficio non solo dall'azione dei farmaci, ma anche e soprattutto dalla gestione globale del paziente in "aree/strutture dedicate" da parte di una équipe multidisciplinare specializzata. Pertanto, il modello organizzativo per la gestione dei pazienti con ictus cerebrale è quello definito, anche in questo caso, hub e spoke, in cui è prevista l'organizzazione in rete. Sono stati, quindi individuati i centri indicati a trattare pazienti iperacuti a più alta complessità assistenziale (hub), e le strutture con livello di complessità assistenziale inferiore (spoke).

L'elenco dei presidi individuati come centri hub e spoke è riportato nel paragrafo della rete assistenziale per l'ictus cerebrale in fase acuta.

- **Rete del Trauma Grave (Trauma Center).** Il Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) funge da ospedale di riferimento per la gestione del trauma maggiore e deve essere in grado di accogliere 24h/24 il paziente con lesioni mono o polidistrettuali e che necessiti di alta specialità. Il team multidisciplinare, che si attiva all'arrivo del trauma severo, è costituito da medici appartenenti a diverse unità operative ove svolgono le consuete attività. Il CTS è sede anche delle Unità Operative riabilitative in cui rientra l'Unità Spinale Unipolare. Il Centro Trauma di Zona (CTZ) è dotato delle risorse necessarie a trattare 24h/24, in modo definitivo, tutte le lesioni tranne quelle connesse ad alcune alte specialità.





Pertanto, sulla base della distribuzione delle Unità Operative nei bacini di utenza, vengono individuati tre Centro Trauma di zona (CTZ): uno per la provincia di Avellino e Benevento e Caserta (presso la AO San Sebastiano di Caserta), uno per la provincia di Napoli (presso la AO Cardarelli) ed uno per la provincia di Salerno (presso la AOIU Ruggi d'Aragona). E' inoltre programmato un Centro Trauma di zona pediatrico presso la AO Santobono Pausilipon quale riferimento per tutta la regione. La realizzanda Azienda ospedaliera di rilievo nazionale "Ospedale del Mare" rappresenterà invece il Centro Trauma di Alta Specializzazione (CTS) di riferimento per tutto l'ambito regionale in quanto vi è programmata, con le discipline di alta specialità, l'Unità Spinale Unipolare

- **Rete delle Cure Psichiatriche.** Si è assunto un fabbisogno di 0,74 posti letto per 10.000 abitanti di cui lo 0,37 destinato ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) come motivato di seguito nell'apposito paragrafo.
- **Rete Materno-Infantile.** Il fabbisogno di posti letto per le discipline ostetricia e ginecologia, terapia intensiva neonatale, neonatologia e pediatria tiene conto dell'alto tasso di natalità (60.000 nati/anno) della Regione Campania. Per la programmazione e la allocazione dei punti nascita si è anche tenuto conto del numero minimo di parti che le strutture devono effettuare per garantire opportuni standard di qualità e sicurezza (500 parti/anno per struttura). Pertanto, nel definire la rete dei punti nascita dei presidi pubblici sono stati previsti processi di accorpamento di più unità operative o potenziamento di unità operative di strutture vicine a strutture operative dismesse. In considerazione delle peculiarità del territorio e quindi dei tempi necessari per raggiungere i punti nascita si è eccezionalmente derogato da tale criterio nel caso del presidio ospedaliero di Piedimonte Matese, del presidio ospedaliero San Rocco di Sessa Aurunca, del presidio ospedaliero dell'Immacolata di Sapri, e del presidio ospedaliero di Vallo della Lucania.

Il fabbisogno delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) è programmato con lo standard di 1 posto di TIN ogni 700 nati. Di norma il 50% dei posti programmati è da intendersi di terapia subintensiva.

- **Rete delle Cure Riabilitative e di Lungodegenza.** Il fabbisogno programmatico regionale per riabilitazione e/o lungodegenza, per il prossimo triennio, è stato determinato pari a 0,5 per mille abitanti. Tale indice tiene conto del fabbisogno di posti letto in unità operative di:

1. Unità Spinale (cod. 28)
2. Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56)
3. Stato vegetativo persistente (cod. 56.99)
4. Neuro-riabilitazione (cod. 75)
5. Lungodegenza (cod. 60)



Si precisa che l'Unità Operativa di lungodegenza post-acuzie (cod. 60) accoglie unicamente pazienti provenienti da reparti per acuti, chirurgici e medici, che superata la fase acuta, necessitano di un ulteriore periodo di degenza per completare il ciclo di cure in un ambiente protetto.

Il fabbisogno di riabilitazione (cod. 28, 56 e 75) e lungodegenza (cod. 60) è stato desunto da quanto già definito dalla L.R. n. 24 del 19.12.2006 e riparametrato alla luce sia della metodologia "Agenas" già citata (analisi della domanda dei ricoveri appropriati effettuati nelle strutture della nostra regione nel corso del 2008, relativamente alle prestazioni assistenziali per acuti a maggior rischio di inappropriata e quindi trasferibili alla lungodegenza), che dei dati della mobilità passiva. Inoltre, nella individuazione del fabbisogno si è anche tenuto conto del complesso processo di riconversione delle strutture neuropsichiatriche di cui si tratta nel paragrafo E). E' opportuno qui precisare che circa il 50% di posti letto per acuti di tali strutture sono riconvertiti in posti letto di riabilitazione (cod. 56). Il fabbisogno regionale relativo alle attività di riabilitazione (cod. 28 e 75) è pienamente soddisfatto dall'offerta programmata pubblica.

2. CRITERI PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

I criteri che di seguito vengono illustrati stanno alla base della riorganizzazione della rete ospedaliera ed attengono ad una serie di fattori legati agli aspetti strutturali, dimensionali, al rapporto pubblico-privato, nonché ai modelli organizzativi e funzionali.

A) LA CONGRUITÀ DIMENSIONALE

La congruità dimensionale di una struttura di ricovero pubblica per acuti, è valutata in almeno 100 posti letto, mentre quella di una struttura di ricovero pubblica di tipo riabilitativo e/o lungodegenziale, è valutata in un numero di posti letto non inferiore a 80 e non superiore a 200, dove il numero di posti letto specificamente dedicati alla riabilitazione e/o alla lungodegenza deve essere almeno pari al 60% del totale.

Tale scelta è finalizzata non soltanto a contenere i costi di gestione, ma soprattutto a contrastare i comportamenti opportunistici e a garantire prestazioni più appropriate, in considerazione del fatto che inadeguati e bassi volumi prestazionali sono fortemente legati alla possibilità di maggiore rischio clinico.

Il requisito della dimensione minima è stato declinato tenendo conto delle capacità strutturali degli attuali contenitori, dell'accessibilità e della presenza di funzioni compatibili con la nuova destinazione.

TAB 4 – Presidi pubblici con meno di 100 posti letto

N.	PROVINCIA	ASL	PRESIDIO	P.L. attuali
1	AV	AVELLINO	PO DI BISACCIA	64
2	BN	BENEVENTO	PO S.Giovanni di DIO - S.AGATA DEI GOTI	32
3	BN	BENEVENTO	PO S.Maria delle Grazie - CERRETO SANNITA	78
4	BN	BENEVENTO	PO S.BARTOLOMEO IN GALDO	0
5	CE	CASERTA	PO TEANO	25
6	CE	CASERTA	PO Palasciano – CAPUA	38
7	NA	NA1centro	PO Loreto Crispi – NAPOLI	16
8	SA	SALERNO	PO I. Giordano - CASTIGLIONE DI RAVELLO	10
9	SA	SALERNO	PO AGROPOLI	48
				311



Per quanto attiene, invece, le strutture private, considerato che è in atto il processo di accreditamento istituzionale, tali soglie dimensionali sono applicabili unicamente alle strutture di ricovero che non risultino transitoriamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, nonché ai soggetti privati che intendono realizzare nuove strutture di ricovero.

B) CONFLUENZE E RICONVERSIONI

La revisione della rete ospedaliera si pone l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, attraverso sia la riduzione delle attività ritenute inappropriate, con la conseguente riduzione di posti letto, sia la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere. Altro elemento caratterizzante della revisione della rete

ospedaliera, data la contiguità territoriale di alcune strutture pubbliche di ricovero con presidi di maggiori dimensioni o in condizioni tali da poter in brevissimo tempo ospitare un congruo numero di posti letto, è l'integrazione in un unico presidio di più strutture sanitarie con la finalità di accorpare unità operative della medesima disciplina, razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, riordinare i processi di acquisto di beni e servizi. Tale confluenza di più presidi in un'unica struttura sanitaria di ricovero si pone, oltre gli obiettivi di razionalizzazione e di maggiore efficienza del sistema, anche quello di perseguire ulteriori economie.

Altro elemento di impatto nella riorganizzazione della rete è la necessità di riequilibrare la dotazione pubblica di posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza alla luce del nuovo standard regionale. Pertanto, in determinati ambiti territoriali, si è posta la necessità non solo di coniugare tra loro i diversi principi sopra esposti, ma di tener conto anche della circostanza che per talune strutture ospedaliere risulterebbe estremamente dispendioso, o addirittura inattuabile, l'adeguamento ai requisiti di accreditamento istituzionale previsti per le strutture per acuti.

In via programmatica, sulla base dei criteri enunciati, si prevede:

Nella Provincia di Caserta il Presidio ospedaliero di S. Felice a Canello si riconverte in struttura di ricovero di tipo riabilitativo e potrà ospitare la struttura polifunzionale per la salute (SPS) la cui funzione è descritta al punto E) del presente documento. Il Presidio ospedaliero di Maddaloni confluisce nel Presidio ospedaliero di Marcianise al termine dei lavori di strutturazione di quest'ultimo.

Nella provincia di Napoli, fermo restando il numero totale delle Aziende Ospedaliere ivi presenti, si prevede che:

- l'Azienda ospedaliera Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, l'Azienda ospedaliera Cotugno, ad indirizzo infettivologico ed epatologico ed il presidio ospedaliero CTO, ad indirizzo ortopedico-riabilitativo, costituiranno la nuova Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale Monaldi-Cotugno-CTO;
- i presidi ospedalieri Ascalesi, Loreto Mare, San Gennaro ed Incurabili, confluiranno nella struttura ospedaliera "Ospedale del Mare" in corso di realizzazione e costituiranno la nuova Azienda Ospedaliera denominata "Ospedale del Mare". Il Direttore Generale dell'Azienda provvederà a realizzare l'integrazione funzionale delle attività delle strutture





- aziendali e ad avviare processi di razionalizzazione ed accorpamento delle UO operative.
Tempi e modalità di tali azioni dovranno essere esplicitate nel Piano attuativo aziendale;
- il P.O. Annunziata viene aggregato all'A.O. Santobono – Pausilipon per costituire l'A.O. Unica Pediatrica della Regione Campania;
 - il P.O. Cav. Raffaele Apicella di Pollena attualmente dotato di 125 posti letto è riconvertito in struttura ospedaliera di riabilitazione per un totale di 80 posti letto. La struttura sarà destinata anche a plesso del P.O. Santa Maria della Pietà di Nola per le attività di ricovero medico chirurgico in regime diurno;
 - il Presidio ospedaliero Maresca di Torre del Greco è riconvertito in struttura ospedaliera di tipo riabilitativo e potrà ospitare la struttura polifunzionale per la salute (SPS) la cui funzione è descritta al punto E) del presente documento;
 - il Presidio Ospedaliero di Gragnano è riconfigurato quale plesso del Presidio Ospedaliero San Leonardo di Castellammare di Stabia.

Nella Provincia di Salerno per l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno si prevede che:

- il Presidio Ospedaliero M. Scarlato di Scafati è riconvertito in struttura ospedaliera di tipo riabilitativo e potrà ospitare la struttura polifunzionale per la salute (SPS) la cui funzione è descritta al punto E) del presente documento;
- i presidi ospedalieri A.Fucito di Mercato Sanseverino e G. da Procida di Salerno sono programmati quali plessi dell'A.O.U.I. di Salerno;
L'A.O.U.I. Ruggi d'Aragona e l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, con successivo atto di intesa da stipularsi entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURC del presente documento, individueranno, tra le funzioni attualmente presenti nel presidio ospedaliero S. Maria dell'Olmo di Cava dei Terreni, quelle che si trasferiranno nel Presidio Ospedaliero Villa Malta di Sarno e quelle che rimarranno allocate presso lo stesso presidio ospedaliero di Cava dei Tirreni, quale plesso dell'A.O.U.I.;
- i presidi ospedalieri di Oliveto Citra, Roccaspide, 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). Tale struttura, che sarà denominata Presidio Ospedaliero Unico della Valle del Sele, rappresenterà un nuovo modello organizzativo-gestionale in quanto costituirà un presidio di ASL dotato di un budget autonomo e di una specifica autonomia gestionale. Al fine di dare una concreta attuazione

alle previsioni programmatiche di cui innanzi, l'Assessorato alla Sanità provvederà a nominare, entro sessanta giorni dalla pubblicazione sul BURC del presente documento, un dirigente medico di comprovata esperienza, con l'obiettivo di realizzare una integrazione funzionale tra i quattro presidi ed avviarne i processi di razionalizzazione ed accorpamento.

- il Presidio Ospedaliero S. Francesco d'Assisi di Oliveto Citra, dopo la confluenza nel Presidio Ospedaliero della Valle del Sele, sarà destinato ad ospitare unità operative di ricovero di tipo riabilitativo e potrà ospitare la struttura polifunzionale per la salute (SPS) la cui funzione è descritta al punto E) del presente documento;
- il Presidio Ospedaliero A. Tortora di Pagani è riconfigurato quale plesso del Presidio ospedaliero di Nocera.

Nelle tabelle che seguono sono riportate le strutture ospedaliere pubbliche che si riconvertono in altra tipologia di attività ospedaliera o che confluiscono in altri presidi.



TAB 5 – Riclassificazione e nuova destinazione dei Presidi Ospedalieri

N.	ASL	PRESIDIO	CONFLUENZE E RICLASSIFICAZIONI
1	CE	PO S.FELICE A CANCELLO	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
2	CE	PO MADDALONI	Confluisce nel PO di Marcianise al termine dei lavori di ristrutturazione di quest'ultimo
3	NA1c	PO Incurabili - NAPOLI	Nuova A.O. Ospedale del Mare
4	NA1c	PO S. Gennaro - NAPOLI	
5	NA1c	PO Ascalesi – NAPOLI	
6	NA1c	PO Loreto Mare – NAPOLI	
7	NA1c	PO Annunziata	Ospedale aggregato all'A.O. Santobono-Pausilipon
8	AO	Monaldi - NAPOLI	Nuova A.O. Monaldi – Cotugno – CTO
9	AO	Cotugno – NAPOLI	
10	NA1c	P.O. CTO – NAPOLI	
11	NA3s	PO Apicella – POLLENA	Ospedale ad indirizzo riabilitativo e plesso del P.O. di Nola per le attività di ricovero in regime diurno.
12	NA3s	PO Maresca – TORRE DEL GRECO	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
13	NA3s	PO GRAGNANO	Plesso del PO S.Leonardo di Castellammare di Stabia
14	SA	PO S.Maria dell'Olmo – CAVA DEI TIRRENI	Confluisce in parte, previo atto di intesa tra l'ASL Salerno e l'AOUI Ruggi d'Aragona, nel PO Villa Malta di Sarno. La restante parte è riconfigurata quale Plesso dell'AOUI.
15	SA	PO M.Scarlato – SCAFATI	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
16	SA	PO A.Fucito - MERCATO S.SEVERINO	Plesso della AO Ruggi d'Aragona di Salerno
17	SA	PO A.Tortora – PAGANI	Plesso del PO Umberto I di Nocera Inferiore
18	SA	PO G.da Procida – SALERNO	Plesso della AO Ruggi d'Aragona di Salerno
19	SA	PO Roccadaspide	Nuovo Ospedale Unico della Valle del Sele
20	SA	PO S.Maria Addolorata – EBOLI	
21	SA	PO S.Maria della Speranza – BATTIPAGLIA	
22	SA	PO S.Francesco d'Assisi - OLIVETO CITRA	
23	SA	PO S.Francesco d'Assisi - OLIVETO CITRA	Dopo la confluenza la struttura è destinata a presidio ad indirizzo riabilitativo



Gli ulteriori accorpamenti di singole Unità Operative e che non rientrano in più complessi ed estesi processi di riclassificazione e/o dismissione sono trattati nelle sezioni relative alle singole province.

Le Aziende Ospedaliere, alla luce anche delle modificazioni innanzi rappresentate, assicureranno le attività sanitarie di alta specializzazione, con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate e svolgeranno i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale, oltre a rappresentare punto di riferimento per specifiche attività (centri HUB).

C) LE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE

Secondo le previsioni del D.Lvo 517/99, l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è determinata nel quadro della programmazione regionale secondo specifici protocolli d'intesa, in modo da assicurare la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. Allo stato attuale non sono stati ancora rinnovati i protocolli d'intesa tra Regione e Università. Pertanto, attraverso la sottoscrizione dei nuovi protocolli d'intesa, le attività assistenziali delle aziende ospedaliere universitarie, fatte salve le esigenze di carattere didattico e di ricerca, dovranno uniformarsi ai criteri e ai parametri di appropriatezza che hanno ispirato la complessiva riorganizzazione della rete ospedaliera, prevedendo una diminuzione delle attuali dotazioni di posti letto e dovranno integrarsi nelle grandi reti, in primo luogo in quello dell'emergenza.



D) MODELLI ASSISTENZIALI INNOVATIVI

Il progressivo incremento dei costi delle attività sanitarie ospedaliere a cui oggi si assiste a fronte dei vincoli imposti dalla programmazione sanitaria ed economica nazionale e regionale, rende inderogabile fornire risposte sempre più appropriate alla domanda di salute, con l'attivazione di nuove modalità organizzative rispetto a quelle offerte tradizionalmente. Appare, quindi, strategico programmare la realizzazione di tali nuove modalità organizzative-funzionali, che innalzano i livelli qualitativi e che producono, nel contempo, economie di scala.

Pertanto, ferma restando la responsabilità tecnico-operativa di ognuna delle unità operative, è fatto obbligo ai vertici aziendali di garantire, nell'ambito della medesima struttura dipartimentale o di area funzionale, la gestione comune delle risorse umane tra le diverse unità operative che erogano prestazioni sanitarie con la presenza h24 di personale sia medico che infermieristico. Sarà cura degli stessi vertici aziendali adottare specifiche azioni di riorganizzazione dei servizi e delle unità operative utilizzando modelli organizzativi ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri (A.O. A.O.U. IRCCS, P.O.).

E) LA DISMISSIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE QUALE STRUMENTO PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

La riconversione di piccoli ospedali o di aree ospedaliere obsolete può rappresentare in generale una buona opportunità per potenziare la rete dei servizi territoriali spesso carenti.

L'integrazione socio sanitaria rappresenta, infatti, uno degli elementi vincenti di un sistema in grado di fornire risposte plurime e approfondite ai cittadini, riducendo la costosità di sistema e aumentando la soddisfazione dei cittadini.

Negli stabilimenti delle strutture dismesse o riconvertite in ospedali con funzione riabilitativa o ancora resisi disponibili per la confluenza di uno o più ospedali in un'unica sede le Aziende Sanitarie Locali provvedono, utilizzando gli spazi a disposizione, ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di "cure primarie" volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Pertanto laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, vanno allocate piattaforme territoriali attrezzate denominate "strutture polifunzionali per la salute" (SPS).

La SPS si identifica con una sede fisica e rappresenta un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Essa costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il Sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto.

Nell'ambito delle SPS possono essere pertanto allocati :



- a. ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- b. la sede del coordinamento delle attività comuni a tutti i medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della ex struttura ospedaliera e per attività quali: raccolta di dati epidemiologici, definizione di programmi e di protocolli terapeutici, approfondimenti sui temi specifici quali uso dei farmaci, interventi di educazione alla salute dei cittadini...;
- c. la sede della attività di continuità assistenziale;
- d. la sede delle attività di PSAUT (emergenza territoriale – 118) i cui contingenti sono definiti nella tabella 6) del presente documento. Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete delle elisuperfici da programmare con successivi provvedimenti.
- e. ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali ,pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati;
- f. ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, e che utilizzano specialisti convenzionati;
- g. ambulatori di radiologia e laboratori di analisi;
- h. la sede del coordinamento delle cure domiciliari;
- i. le strutture di degenza territoriale (Ospedale di Comunità, Residenza Sanitaria, Centro dei disturbi alimentari, hospice, ecc.);
- j. servizi socio-sanitari che possono essere variamente rappresentati dei diversi bisogni dalle comunità in funzione dei vincoli di programmazione.

La condivisione di spazi e di attrezzature tra i diversi attori permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività assistenziale e la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile; rappresenta, inoltre, la base per l'ulteriore sviluppo e utilizzo di sistemi informatici, di telemedicina e teleconsulto.

E.1) Gli ospedali di comunità



Gli ospedali di Comunità, nati in Gran Bretagna negli anni 20, sono presidi gestiti da Medici di Medicina Generale con notevole integrazione con i servizi sociali.

Tale tipologia di strutture ha consentito di affrontare in modo efficace il problema delle patologie cronico-degenerative con il complesso di problematiche clinico assistenziali e gestionali collegate.

I posti letto, di tipo residenziale, sono infatti a basso costo ed elevato gradimento per i pazienti.

Gli ospedali di Comunità, inoltre:

- Riducono i ricoveri impropri negli ospedali;
- Contengono i costi degenza;
- Operano con maggiore flessibilità assistenziale;
- Coinvolgono maggiormente il medico di famiglia;
- Promuovono una migliore cooperazione tra ospedale e territorio;
- Rendono possibile la continuità assistenziale del medico di medicina generale e la “presa in carico” del paziente;
- Assicurano la continuità assistenziale alle strutture ospedaliere all’atto della dimissione.



Funzionalmente e gestionalmente gli Ospedali di Comunità dipendono sotto l’aspetto funzionale e gestionale dal distretto Socio Sanitario di appartenenza.

Il sistema di residenzialità è mutuabile da quello delle RSA, così come per i requisiti strutturali e tecnologici.

Devono essere presenti apparecchiature necessarie al monitoraggio clinico del paziente, nonché alla prima gestione di eventuali situazioni di criticità insorgenti.

L’assistenza riabilitativa è dedicata, mentre l’assistenza farmaceutica e quella protesica seguono percorsi preferenziali.

La funzione clinico assistenziale è garantita dai Medici di medicina Generale a seguito di accordi con le OO.SS. Con successivi provvedimenti l’Assessorato alla Sanità provvederà a stabilire le modalità di accesso e di valutazione, nonché le tariffe a carico dei cittadini.

E.2) Gli hospice



L'hospice è una residenza socio-sanitaria per pazienti terminali che ospita persone non assistibili presso il proprio domicilio, in fase avanzata/terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di trattamenti finalizzati alla guarigione o al contenimento della progressione della malattia (non solo oncologica). Obiettivo principale è accompagnare la Persona e la sua Famiglia in questa fase della vita, nel pieno rispetto della dignità del paziente terminale, mediante il migliore controllo del dolore e dei sintomi fisici e psichici rilevanti per la qualità della vita residua.

In altri termini si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile.

Inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora, l'hospice include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'hospice come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

Diverse professionalità operano all'interno dell'hospice riunite in equipe. L'equipe è costituita da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario.

Negli hospice:

- devono essere presenti protocolli formalizzati di cura e assistenza, in particolare per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione e per il nursing;
- le prestazioni devono essere erogate dall'équipe multiprofessionale all'interno della quale ciascun gruppo professionale deve essere coordinato da un operatore con formazione in cure palliative;
- viene fornito un sostegno fisico, psicologico, sociale e spirituale, con un mix di competenze erogate attraverso un approccio di équipe multiprofessionale e collaborativo;

- i malati e le loro famiglie vengono supportati e coinvolti nel piano individuale di trattamento;
- i malati sono incoraggiati a esprimere le loro preferenze sul luogo di cura e di morte;
- i soggetti che si fanno carico del malato e le famiglie vengono sostenuti durante la malattia e il lutto e i bisogni della fase di lutto vengono riconosciuti e affrontati;
- è garantita la cooperazione e la collaborazione con i professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie, con i servizi ospedalieri e di assistenza domiciliare al fine di supportare i malati ovunque si trovino;
- è prevista la partecipazione di volontari specificamente formati e la loro integrazione nelle attività.

F. RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI

F.1) Rimodulazione del sistema e della rete dell'emergenza – urgenza



La riorganizzazione del sistema di emergenza ed urgenza si pone i seguenti obiettivi:

- La riduzione del free therapy interval e, conseguentemente, il miglioramento degli esiti di malattia, compreso l'aumento della sopravvivenza, dei pazienti affetti da patologie trattate in urgenza – emergenza;
- L'aumento della appropriatezza dei ricoveri, sia per l'individuazione del presidio ospedaliero più adeguato al problema del paziente che per gli aspetti relativi al regime di ricovero;
- L'attivazione dei posti letto di osservazione breve intensiva (OBI);
- L'attivazione delle reti specialistiche, prioritariamente quelle per Infarto Miocardico Acuto – Ictus – PoliTrauma.

La valenza strategica della riorganizzazione della rete dell'emergenza impone l'elaborazione di una proposta operativa che deve riguardare l'organizzazione delle strutture deputate alla fase ospedaliera dell'urgenza ed emergenza (pronto soccorso, osservazione breve e Medicina

d'Urgenza) e la fase extraospedaliera del soccorso (C.O. 118 - punti di primo intervento fissi e mobili – PSAUT e SAUT).

La corretta applicazione delle vigenti normative nazionali e regionali e le soluzioni proposte dovranno consentire:

- Il coordinamento dei vari sottosistemi dell'emergenza al fine di ottimizzare l'integrazione della richiesta di soccorso con la risposta del sistema (soccorsi territoriali e risposta ospedaliera).
- La gestione integrata del personale medico e infermieristico operante nell'area di emergenza-urgenza, (COT, Emergenza Territoriale e Area Critica - Pronto soccorso, medicina d'urgenza e OBI -), dopo adeguato percorso formativo di tutto il personale;
- La partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di emergenza nei Pronto Soccorso, limitatamente all'assistenza dei codici bianchi, con la costituzione di ambulatori ad essi dedicati h24;
- Il raccordo funzionale tra le C.O.T. e le strutture ospedaliere, gerarchicamente organizzate in tre livelli di assistenza, secondo il modello "hub e spoke".

A partire da tali presupposti essenziali viene definita le seguente organizzazione.



Dipartimento Integrato delle Emergenze

I Dipartimenti strutturali Integrati delle Emergenze (DIE), sono programmati in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del S.I.R.E.S., che ricomprende le funzioni di Allarme Sanitario, di Trasporto Infermi, Servizio di Assistenza Urgenza Territoriale e le Attività di Emergenza Ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa (C.O.). L'ambito di riferimento dei DIE è, a regime, quello provinciale. Tuttavia, tenuto conto dell'attuale assetto degli ambiti territoriali delle C.O. e considerata la complessità dell'intero percorso riorganizzativo, si procederà alla graduale attuazione di tale obiettivo nell'arco di un triennio. In questa prima fase sono costituiti i seguenti DIE:

- provinciali:

DIE Avellino - DIE Benevento - DIE Caserta

- subprovinciali:

DIE Napoli 1 centro - DIE Napoli 2 nord - DIE Napoli 3 sud - DIE 1 Salerno - DIE 2 Salerno

I DIE Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 1 centro, e il DIE 1 Salerno sono interaziendali, comprendendo componenti facenti capo ad AASSLL e AAOO; i DIE Napoli 2 nord, Napoli 3 sud e DIE 2 Salerno sono intraziendali, facenti capo alle sole AASSLL territoriali.

Ogni azienda Sanitaria dovrà garantire la piena funzionalità del Sistema Emergenza-Urgenza.

Nel caso di dipartimenti interaziendali dovrà essere sottoscritto preliminarmente un formale atto d'intesa, il cui schema sarà approvato con provvedimento regionale, tra i Direttori Generali che, sulla base della stima documentata dei costi, stabiliranno le risorse di rispettiva competenza da utilizzare in comune e da affidare al direttore del Dipartimento a seguito di opportuna negoziazione.

Il Consiglio del DIE è costituito dai responsabili delle seguenti strutture:

- della U.O. Centrale Operativa,
- della U.O. Emergenza territoriale,
- delle U.O. P.S. ed Osservazione breve, ovvero,
- delle U.O. P.S. osservazione breve e Medicina d'Urgenza,
- dai Direttori dei Servizi Infermieristici.



Tramite l'elisoccorso è possibile garantire un'assistenza sanitaria ad alto livello di intensività con tempi di intervento molto rapidi, specie in località isolate o remote. Tale modalità di trasporto consente inoltre, una veloce ospedalizzazione presso la struttura ospedaliera ritenuta più idonea, anche se questa è distante dal luogo dell'evento. Altro aspetto positivo è rappresentato dalla circostanza che il trasporto via aria risulta più confortevole e potenzialmente molto meno rischioso per i pazienti affetti da trauma grave; in questi casi il trasporto via aria, rispetto a quello in ambulanza specie su strade di montagna, riduce notevolmente le sollecitazioni cinetiche, rappresentando, quindi, un elemento di maggiore sicurezza per la vittima trasportata.

Pertanto al fine di rendere più tempestivi, ove necessario, i trasporti dei pazienti critici e ridurre così i tempi di intervento ottimizzando l'organizzazione del modello "hub & spoke", si provvederà a potenziare la rete esistente delle elisuperfici già presenti sul territorio campano, in tutte le tipologie previste dalla normativa vigente, realizzandole in aree critiche per accessibilità dovuta alla rete viaria e/o a particolari caratteristiche geomorfologiche del territorio e nelle aree

prospicienti gli ospedali della rete dell'emergenza . In particolare, almeno per le A.O. provinciali, si provvederà a garantire la presenza di elisuperfici predisposte per il volo notturno.

Il Direttore del DIE, scelto tra i responsabili delle Unità Operative che lo costituiscono, è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda competente su proposta del Consiglio di Dipartimento. Nel caso di DIE interaziendale la nomina avverrà d'intesa tra i Direttori Generali della Aziende Sanitarie competenti.

Tutte le funzioni previste dalla normativa regionale vigente, se non diversamente esplicitate, sono demandate al DIE.

Il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.



Organizzazione del Soccorso Sanitario

Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza e' costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera". La prima è costituita dai seguenti sottosistemi fortemente integrati:

- 1.a un sottosistema di allarme sanitario C.O. 118;
- 1.b un sottosistema territoriale di soccorso;



La seconda è costituita da:

- 2. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica.

Le 2 componenti operano in conformità ai contenuti del DPR 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa Stato-Regioni del 17-05-1996.

Centrale Operativa 118

Ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processazione delle chiamate, identificazione codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento. Coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza.

Gestisce operativamente tutti i mezzi di soccorso disponendo eventuali movimentazioni estemporanee, qualora se ne ravvedesse la necessità per situazioni contingenti che si possano presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza urgenza (riduzione del free therapy interval, risposta adeguata alla richiesta di soccorso).

Altre funzioni importanti sono costituite dalle attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori d'emergenza (VVF; Protezione Civile, UCR etc.), il coordinamento delle emergenze locali intra ed extraospedaliere.

Concorda con l'U.O. di emergenza territoriale, nell'ambito del Dipartimento, la programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale.

Garantisce il soccorso territoriale con mezzi di soccorso il cui equipaggio sia formato dalle risorse umane dipendenti della centrale operativa, a rotazione.

Garantisce che il soccorso territoriale, per i pazienti eleggibili per trattamenti specialistici di cui è individuata la rete, nel rispetto dello specifico protocollo, trasporti il paziente nell'ospedale in cui è prevista la struttura specifica.

Emergenza Territoriale

Le Unità operative di emergenza territoriale svolgono soccorso extraospedaliero con personale dipendente (infermiere, autista soccorritore, medico) dell'Azienda. Laddove il servizio sia attualmente affidato in convenzione, nell'arco di un triennio si dovrà tendere gradualmente (30% del contingente in convenzione al primo anno, 60% al secondo, 100% al terzo) all'impiego esclusivo di personale sanitario infermieristico e medico dipendente, attraverso il recupero delle risorse già disponibili.

I mezzi di soccorso e gli autisti soccorritori delle Associazioni e di Enti pubblici e privati possono essere utilizzati ad integrazione del STI in misura non superiore al 50% del contingente dei mezzi base, a regime.

Le Unità operative di emergenza territoriale controllano che mezzi e personale possiedano i requisiti previsti dalla normativa compresi quelli convenzionati con Enti e associazioni.

Garantiscono il governo clinico dell'intervento sul territorio nella fase di avvicinamento al Pronto Soccorso di destinazione e nei Punti di Primo Intervento Territoriali.

Garantiscono una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza ed opera in stretto collegamento funzionale con le altre strutture del Dipartimento, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1268 del 16/07/2009 si sono definite l'organizzazione dell'emergenza territoriale, le norme per l'utilizzo del personale e si è individuato il numero di postazioni PSAUT e SAUT attivabili presso ogni ASL (tabella 6).

Le basi mobili di soccorso si individuano con tutte le postazioni territoriali.

Il personale medico dell'emergenza, gli autisti e gli infermieri vengono assegnati all'U.O. emergenza territoriale che provvede alla rotazione nei vari servizi di urgenza ed emergenza ospedalieri e nella C.O. con le modalità concordate nel DIE.



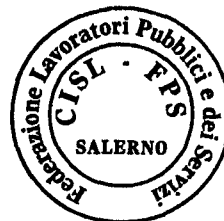
TAB 6 – Postazioni SAUT e PSAUT programmate

ASL	Medici previsti DGR 1570/04	Medici programmati	Differenza medici	Contingente medici da utilizzare a rotazione nei PS/Area Critica-DEA	PSAUT previsti DGR 1570/04	PSAUT programmati	Differenza PSAUT	SAUT Previsti DGR 1570/04	SAUT programmati	Differenza SAUT
AV	151	122	-29	26	9	4	-5	17	12	-5
BN	100	97	-3	25	8	2	-6	10	10	0
CE	220	215	-5	77	7	4	-3	22	19	-3
NA1 centro	160	145	-15	55	10	5	-5	10	10	0
NA2 nord	182	142	-40	46	12	5	-7	14	11	-3
NA3 sud	262	193	-69	49	15	4	-11	25	20	-5
SA	336	315	-21	99	10	8	-2	36	28	-8
Totale	1411	1229	-182	377	71	32	-39	134	110	-24

Legenda: i PSAUT programmati conteggiati nella rispettiva colonna sono comprensivi dei 6 medici per attività di presidio; i 6 medici per attività su mezzo di soccorso, pur rientrando nei PSAUT, sono conteggiati nella colonna SAUT programmati.

A seguito dell'accorpamento delle AA.SS.LL. successiva alla D.G.R.C. n. 505 del 20/03/2009, le postazioni di SAUT e PSAUT risultano integrate come segue:

- ASL Napoli 1 centro acquisisce n.1 SAUT (Portici) con organico di 6 medici dalla ASL Napoli 3 sud;
- ASL Napoli 2 nord acquisisce n. 2 SAUT (Acerra e Casalnuovo) con organico di 12 medici dalla ASL Napoli 3 sud.



Rete dei presidi ospedalieri dell'emergenza

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si deve articolare su tre livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica, tale da comprendere Strutture Ospedaliere di 1°, 2° e 3° livello.

In una apposita sezione del Piano di rientro dal disavanzo, sottoscritto tra Stato e Regione Campania, ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007, venivano richiesti specifici interventi di ristrutturazione della rete dell'emergenza nel senso di un superamento dell'attuale classificazione

dei presidi pubblici ivi inseriti e la loro contestuale riclassificazione secondo le indicazioni contenute nel capitolo 5.6 del piano ospedaliero regionale (L.R. n. 24 del 19.12.2006) e le linee descritte nel documento di cui all'allegato 6 del Piano di Rientro stesso.

In effetti, tutti i presidi ospedalieri pubblici della Campania risultano inseriti nella rete dell'emergenza e classificati almeno quali sedi di "Pronto Soccorso Attivo".

Le componenti costitutive minime per tale tipologia di presidi sono:

- Unità operative di anestesia e rianimazione, di medicina, di chirurgia, di ostetricia e ginecologia, di pediatria, di orto-traumatologia,
- Presenza di guardia o reperibilità in cardiologia, orto-traumatologia, laboratorio di analisi con banca del sangue, radiologia.

E' del tutto evidente, pertanto, che tale tipologia di presidi, capillarmente diffusa sul territorio regionale, genera costi particolarmente elevati in termini di organizzazione funzionale, tecnologica e strutturale, e non garantisce adeguati standard di efficacia e sicurezza.

La riclassificazione dei presidi ospedalieri pubblici deve pertanto riferirsi ad un modello aderente alle linee guida nazionali e regionali che si articola in tre livelli:

1. Gli ospedali sede di 1° livello assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Garantiscono gli interventi utili alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, con il coordinamento della centrale operativa. Le strutture appartenenti al 1° livello, sede di un servizio di pronto soccorso e accettazione, vanno individuate dalla programmazione regionale.
2. Gli ospedali sede del 2° livello devono assicurare pronto soccorso e accettazione, osservazione breve, rianimazione, e, contemporaneamente, interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano alle attività di pronto soccorso anche le UU.OO. di medicina d'urgenza afferenti alla disciplina di medicina generale. Inoltre, tali presidi devono garantire la presenza di personale in guardia attiva H24 nelle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, ortopedia.



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

Ad ogni livello, il triage sarà lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento.

I servizi di Pronto soccorso – osservazione breve e Pronto soccorso – osservazione e medicina d'Urgenza sono UU. OO. autonome che gestiscono l'emergenza avendo assegnato personale medico SAUT e Medici Ospedalieri da inquadrare nella figura del Medico unico d'emergenza. A regime il personale sanitario dei PS provvederà anch'esso a svolgere attività di soccorso extraospedaliero negli PSAUT e nella postazioni territoriali.

A tutti deve essere garantito un percorso formativo specifico ed adeguato.

I trasferimenti di pazienti, in urgenza, dagli ospedali di livello inferiore verso quelli di livello superiore, potranno avvenire solo in relazione a specifici trattamenti, non previsti negli ospedali di partenza, tenendo conto di una corretta distribuzione dei posti letto.

Gli Ospedali di livello superiore non potranno rifiutare pazienti riconosciuti affetti da patologie di loro competenza (Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Terapie intensive, ecc.) per i pazienti provenienti dall'ambito territoriale di pertinenza, anche in carenza di posti letto. Resta fermo l'obbligo da parte delle U.O. non specificamente inserite nei DIE di riservare il 10% dei P.L. per l'emergenza.

Il modello programmato, quindi, si propone una organizzazione in rete in grado di realizzare un proficuo scambio di conoscenze, nonché di attuare un processo di razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, anche con l'obiettivo di spostare il baricentro dall'ospedale, competente solo per le patologie acute, al territorio, ed elevare, in questo modo, la qualità dei servizi offerti.

Sulla base di tali principi è stata programmata la nuova classificazione degli attuali ospedali, che si traduce, in primo luogo, nella riconversione di interi presidi che escono definitivamente dalla rete per assumere funzioni ospedaliere prevalentemente riabilitative.

Sono riportati, in tabella, il numero dei posti letto caratterizzanti la nuova rete dei presidi ospedalieri dell'emergenza.



I posti letto sono raggruppati sulla base della classificazione dei presidi in livelli.



TAB 7 – Posti letto per livelli dell'emergenza

Livello	Descrizione	N. posti letto
1LcPS	Presidi ospedalieri programmati al 1° livello della rete dell'emergenza	457
2Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza	3.222
2Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo	566
3Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza	5.276
3Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo	1.496
3Livi	Presidio ospedaliero programmato per il 3° livello della rete dell'emergenza infettivologica	274
HI	Presidi ospedalieri allocati sulle isole	100
Plesso	Presidi ospedalieri confluiti quali stabilimenti di presidi inseriti nella rete dell'emergenza	278
		11.669

L'individuazione dei presidi interessati alla manovra è stata effettuata sulla base della collocazione territoriale delle strutture, della loro dimensione e del volume e tipologia delle prestazioni erogate.

E' opportuno porre in rilievo che con tale intervento escono dalla rete dell'emergenza 17 presidi ospedalieri pubblici per un totale di 1.393 posti letto.

Viene, invece, programmata l'inclusione nella rete dell'emergenza di alcune rilevanti attività dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II e dell'ospedale V. Monaldi dell'Azienda Ospedaliera Monaldi Cotugno CTO, allo scopo di superare una criticità che da sempre ha connotato l'attività di tali presidi le cui funzioni di alta specialità sono, ancora oggi, prevalentemente svolte in elezione. Tale scelta programmatica che rappresenta un obiettivo da raggiungere gradualmente anche attraverso la sottoscrizione delle opportune intese tra Regione e Università Federico II, ha un valore particolarmente strategico per la rete dell'emergenza ospedaliera dell'area metropolitana di Napoli, in quanto contribuisce a decongestionare il pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli che registra mediamente 300 accessi/die. L'attività cardiologica di tali centri di terzo livello dovrà essere filtrata dalla centrale operativa 118, con compiti di processazione delle chiamate ed identificazione della gravità/urgenza del caso, e coordinata da una centrale operativa cardiologica, per selezionare la

costruzione del percorso assistenziale con funzioni di alta specialità adeguato alle esigenze del paziente.

Sono infine individuati come ospedali sedi di 3° livello l’Azienda ospedaliera “Ospedale del Mare” in corso di realizzazione, il PO Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli della ASL Napoli 2 nord, i presidi Umberto 1° di Nocera Inferiore e San Luca di Vallo della Lucania della ASL di Salerno. A questi si aggiungono le 4 aziende ospedaliere provinciali, l’AO Cardarelli e, per le emergenze pediatriche, la AO Santobono-Pausilipon di Napoli.

Per tutti gli interventi la collocazione territoriale delle strutture, la dimensione, il volume e la tipologia delle prestazioni erogate hanno guidato la selezione dei presidi interessati dalla manovra.

F.2) La rete dell’emergenza cardiologica

La sindrome coronarica acuta (SCA) e le altre emergenze cardiologiche (scompenso cardiaco ed aritmie) costituiscono condizioni di alta frequenza e mortalità che presuppongono trattamenti di elevata complessità, che hanno nelle Unità intensive coronariche (UTIC), nei Servizi di Emodinamica interventistica (EI) e nelle UO di Cardiochirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i Pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, si giovano di trattamenti intensivi, che includono la trombolisi farmacologica e, nella maggioranza dei casi, in tempi brevi o brevissimi, procedure invasive di pertinenza delle EI, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione.

L’organizzazione per reti integrate, attraverso gli opportuni raccordi con il 118 e le strutture ospedaliere di vario livello, può consentire di indirizzare, in funzione dello stato di gravità, il paziente verso le sedi ed i trattamenti ottimali. Essa, tenuto conto della complessità dei trattamenti, costituisce la risposta più idonea alle diverse necessità assistenziali ed il modo di coniugare la qualità delle prestazioni con l’ottimizzazione delle risorse.

L’applicazione pratica di questa organizzazione, secondo il modello “Hub & Spoke” presuppone da un canto l’individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i punti di produzione dei servizi classificati, in funzione della complessità, in “spoke” (UTIC senza Emodinamica Interventistica), in hub di 1° livello (UTIC con Emodinamica Interventistica) ed in hub di 2° livello (UTIC con Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia) e dall’altro l’attivazione di schemi organizzativi e di una centrale operativa cardiologica, coordinata con la centrale operativa del 118, che siano in



grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente e la ricerca di strumenti di comunicazione che in modo rapido mettano in connessione i vari punti del sistema.

Il modello Hub & Spoke prevede la valutazione delle potenzialità dei vari centri, la concentrazione della produzione più complessa nei centri di eccellenza e la definizione delle procedure di invio dai centri periferici di minore specializzazione, nel caso in cui i pazienti superino la soglia di complessità predefinita degli interventi possibilmente effettuabili in sicurezza in quel centro. In questo caso l'integrazione diviene fondamentale per sfruttare al massimo le potenzialità di risposta dei vari punti mantenendo l'omogeneità su tutto il territorio della qualità della prestazione erogata poiché in questo modo, in qualunque punto si acceda al sistema, le tecnologie e le professionalità messe a disposizione saranno le medesime.

La definizione dei percorsi assistenziali per fornire una risposta globale alle esigenze del paziente è un obiettivo fondamentale del Governo Clinico ed è relativo alla definizione di una serie di azioni cliniche e assistenziali, basate sulle evidenze presenti nella letteratura scientifica, logicamente correlate e svolte con tempi definiti che devono essere realizzate da un insieme di professionisti funzionalmente integrati indipendentemente dalla struttura di appartenenza. In questo caso l'integrazione del sistema diviene necessaria per favorire la formazione di gruppi multidisciplinari trasversali rispetto ai settori di lavoro e per assicurare continuità, efficacia, efficienza e qualità della risposta.

L'individuazione di più rapidi strumenti condivisi di comunicazione tra tutti gli operatori che si avvicendano su percorso assistenziale del paziente è un elemento prezioso per elevare il livello di qualità della risposta e favorire il confronto tra gli esperti. In tal caso l'integrazione costituisce il modello vincente per permettere l'omogeneizzazione dei sistemi e dei linguaggi e favorire il confronto tra professionisti sui casi trattati.

L'integrazione diviene inoltre una necessità, in tempi di risorse scarse, anche dal punto di vista economico. Sinergia significa efficienza, eliminazione di percorsi ridondanti, utilizzo dei servizi senza duplicazioni inutili e deleterie. Programmare l'integrazione rappresenta quindi anche la modalità più corretta e appropriata di restituire ai cittadini valore aggiunto – in termini di servizi resi – rispetto al prelievo dalla fiscalità generale.

Sulla base dei dati riportati in letteratura il fabbisogno previsto è pari a circa:

- una UTIC spoke con 6-8 posti letto /120-150.000 abitanti



- una UTIC hub con emodinamica interventistica/350.000 – 500.000 abitanti

La revisione della rete dell'emergenza prevede, quale fabbisogno, una UTIC interventistica ogni 400.000 abitanti.

Nella rete per l'emergenza cardiovascolare, l'UTIC, di qualsiasi livello, è il perno attorno al quale ruota l'organizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto. Vanno collegati in rete ospedali con differenti livelli di complessità, ponendo al centro le relazioni tra le diverse unità operative, per poter centralizzare o decentrare il paziente ricoverato, secondo le necessità di ciascuno.

Il modello hub e spoke garantisce l'equità dell'accesso a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si manifesti il bisogno di assistenza. Tale modello si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa.

Quando una determinata soglia di complessità assistenziale viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da una UTIC ad un'altra più complessa, in base a protocolli concordati, condivisi e formalizzati e alle indicazioni su percorsi assistenziali e sulla disponibilità di posti letto suggeriti dalla centrale operativa cardiologica.

La rete rappresenta una unità funzionale dotata di:

- estensione territoriale;
- protocolli assistenziali;
- percorsi epidemiologicamente e socialmente rilevanti da verificare con audit sistematici;
- gestione secondo criteri funzionali e non gerarchici.



Essa deve garantire:

- la diagnosi nel più breve tempo possibile;
- percorsi di cura immediati e preordinati;
- informazione ai pazienti ed ai loro familiari;
- continuità assistenziale dopo la fase di acuzie.



Per tale ultima modalità assistenziale una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post acuto e post chirurgico è la cardiopatia riabilitativa post acuta. Tale attività degenziale è infatti in grado di garantire una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiocirurgici, consentendo, a minori costi, una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover di posti letto.

Pertanto, nelle Aziende ospedaliere in cui insiste una Unità operativa di cardiocirurgia, il 40% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod. 56) è destinato alla cardiologia riabilitativa.

Analogamente nei Presidi del III livello della rete dell'emergenza, in cui insiste una UTIC, il 30% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod.56) dei presidi è destinato alla cardiologia riabilitativa.

La titolarità delle attività di cardiologia riabilitativa è da attribuire allo specialista cardiologo

Schema operativo per l'organizzazione delle Emergenze Cardiologiche

Le emergenze cardiologiche che richiedono una organizzazione territoriale a rete si identificano nell'arresto cardiaco, nelle altre emergenze aritmiche, nelle sindromi coronariche acute e nell'infarto miocardico acuto.

Tali emergenze richiedono uno strettissimo coordinamento tra le varie strutture ospedaliere e rendono indispensabile la collaborazione e l'utilizzazione delle strutture del 118 all'interno delle quali deve essere organizzato il flusso di "informazioni" tra il territorio e le strutture ospedaliere di vario livello per assicurare il miglior trattamento nel minor tempo possibile.

Per garantire questo percorso è necessario implementare la preparazione del personale, -la preparazione dei protocolli operativi e l'adeguamento ed il potenziamento delle strutture ospedaliere cardiologiche di riferimento.

L'Assessorato alla Sanità, con il supporto del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza e con le professionalità interessate (cardiologi, cardiocirurghi, medici d'urgenza, ecc.) sulla scorta delle linee guida emanate dalle società scientifiche definirà i protocolli riguardanti il percorso clinico organizzativo che troverà nei DIE l'attuazione attraverso l'emanazione di specifiche procedure.

Lo schema operativo deve coinvolgere tutte le strutture, ovvero la Centrale Operativa 118 e la centrale operativa cardiologica, ospedali di vario livello, dipartimenti cardiologici-UTIC e tutti i soggetti che intervengono ovvero i medici delle ambulanze, medici dell'accettazione, medici di PS-OBI-Med.d'Urgenza, medici cardiologi ed il personale infermieristico.

Tutte queste strutture vanno collegate tra loro con sistemi telematici e vanno coordinate con l'identificazione dei ruoli di ciascuna struttura e la creazione di protocolli condivisi per il triage del paziente e per le modalità ed i tempi del trasporto del paziente stesso.

In questo ambito un ruolo chiave è svolto dal territorio, dal 118, dalle centrali operative cardiologiche e dalle unità spoke di riferimento per ciascuna centrale operativa in quanto saranno queste strutture a provvedere:

- alla diagnosi e arruolamento precoce dei pazienti;
- all'iniziale trattamento medico ottimale;
- all'individuazione precoce dei pazienti ad alto rischio;
- al trasporto rapido presso i centri di riferimento di alta specializzazione ovvero le U.O. di cardiologia/UTIC dotate di emodinamica interventistica con o senza e cardiochirurgia.



Sul piano operativo:

1. Il paziente chiama il 118;
2. La centrale operativa processa la comunicazione assegnando il codice colore di criticità contattando la centrale operativa cardiologica, e attiva l'invio di un mezzo di soccorso idoneo;
3. Quando l'ambulanza giunge sul posto viene effettuata una prima valutazione clinica ed eseguito un ECG;
4. Questo ECG, già inizialmente valutato dal medico del 118, può essere inviato per via telematica alla centrale operativa cardiologica di riferimento, insieme ai dati clinici salienti dell'ammalato per concordare un orientamento diagnostico e stratificazione prognostica;
5. La centrale operativa cardiologica decide, sulla base di questi dati, il destino del paziente, se cioè può essere ricoverato nella UTIC sprovvista di emodinamica o se esso necessita, al contrario, di essere trasportato direttamente in una struttura provvista di emodinamica.

interventistica. Tale decisione viene immediatamente comunicata alla CO territorialmente competente che ne dispone il trasferimento con il mezzo considerato più adeguato, nell'ospedale più appropriato.



Tale accesso del paziente avviene anche in carenza di posti letto.

Nel caso in cui il paziente giunga direttamente in un P.S., saranno, in questo caso, i medici del PS ad effettuare la valutazione iniziale e, se il PS è in una struttura priva di UTIC, utilizzando la rete telematica e la centrale operativa cardiologica, egli potrà richiedere il supporto per l'eventuale emodinamica di riferimento territoriale. Tutto ciò renderà estremamente più rapido l'iter terapeutico del paziente evitando le migrazioni del paziente stesso alla ricerca di una struttura che può accoglierlo. In questo caso il trasporto è di tipo secondario e verrà effettuato con l'autoambulanza dell'ospedale.

La centrale operativa cardiologica è quindi la struttura centrale intesa quale nodo in grado di gestire prioritariamente il percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi e quale interfaccia rispetto alle strutture sanitarie del territorio.

I centri di alta specializzazione di riferimento (Centri Hub di 1 e di 2 livello) sono sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli e pertanto devono garantire l'assistenza h24.

Anch'essi sono tenuti ad accettare i pazienti provenienti dai centri spoke, o inviati dal 118 nei casi gravi secondo le procedure concordate, anche in carenza di posti letto ed il loro decongestionamento deve avvenire garantendo il ritorno del paziente a cura della struttura con UTIC che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico o territorialmente competente rispetto alla residenza del paziente, ovviamente con garanzie di stabilità clinica del paziente stesso.

Identificazione delle Centrali Operative con i relativi centri Spoke di riferimento e i centri per emodinamica interventistica (HUB 1) e cardiochirurgia (HUB 2):

CENTRALE OPERATIVA NAPOLI – D.I.E. NAPOLI 1 CENTRO

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiochirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- AOU Università Federico II – Napoli

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- A.O. Cardarelli
- P.O. Loreto Mare *

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. San Paolo – Napoli (a regime)
- Osp. dei Pellegrini – Napoli
- Osp. Fatebenefratelli – Napoli

CENTRALE OPERATIVA NAPOLI OVEST – D.I.E. NAPOLI 2 NORD

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O. Monaldi - SUN

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- P.O. Loreto Mare *
- A.O. Cardarelli - Napoli
- Osp. S.Maria delle Grazie – Pozzuoli (NA) (a regime)

* svolgerà tale funzione sino alla confluenza nella nuova AO "Ospedale del Mare" che a regime costituirà il centro HUB 1 di riferimento territoriale di pertinenza

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. San Giuliano - Giugliano (NA)
- Osp. S.Giovanni di Dio – Frattamaggiore (NA)



CENTRALE OPERATIVA NAPOLI EST – D.I.E. NAPOLI 3 SUD

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O. Monaldi - SUN

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. S. Giovanni Bosco
- Osp. S. Leonardo Castellamare (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. S.Maria della Misericordia - Sorrento (NA)

- Osp. S.Maria della Pietà – Nola (NA)
- Osp. Boscotrecase (NA)

CENTRALE OPERATIVA AVELLINO - D.I.E. AVELLINO

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O. San Giuseppe Moscati – Avellino

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. Ariano Irpino (AV)

CENTRALE OPERATIVA BENEVENTO - D.I.E. BENEVENTO

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia:

- - A.O. San Giuseppe Moscati – Avellino

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O. Rummo - Benevento

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – Benevento
- Osp. S.Alfonso Maria dei Liguori – San Agata dei Goti - Benevento



CENTRALE OPERATIVA CASERTA - D.I.E. CASERTA

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O. Sant’Anna e San Sebastiano – Caserta

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. S. G. Moscati – Aversa (CE) (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. Piedimonte Matese (CE)

- Osp. S.Rocco Sessa Aurunca (CE)
- Osp. S. Giuseppe e Melorio – S. Maria Capua Vetere (CE)

CENTRALE OPERATIVA SALERNO - D.I.E. 1 SALERNO

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O.I.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona – Salerno

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. Umberto I di Nocera I. (SA)
- Nuovo Osp. Valle del Sele (Eboli – Battipaglia – Roccamare – Oliveto Citra)

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. Sarno (SA)

CENTRALE OPERATIVA VALLO DELLA LUCANIA (SA) - D.I.E. 2 SALERNO

Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento:

- A.O.I.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona – Salerno

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. San Luca Vallo della Lucania (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. Polla - S.Arsenio (SA)
- Osp. dell’Immacolata – Sapri (SA)



F.3) La rete dell’ictus cerebrale acuto: STROKE UNIT

In Italia l’ictus costituisce la seconda causa di mortalità, essendo causa di circa il 10-12% di tutti i decessi, e la prima causa d’invalidità. La mortalità acuta (entro 30 giorni) riguarda il 20-25% dei decessi totali e circa la metà dei sopravvissuti presentano, ad un anno, elevati gradi d’invalidità. Il dato fondamentale che emerge dalla letteratura recente è che, indipendentemente dalle terapie farmacologiche (trombolitiche) usate nella fase acuta, la presa in carico del paziente con ictus in aree di degenza dedicate (definite “Stroke Unit” S.U.), la multidisciplinarietà di approccio e la

precocità di avvio di interventi riabilitativi si associano ad una maggiore sopravvivenza e ad un minore rischio di disabilità.

Le "S.U." vanno intese come unità semi intensive nelle quali i pazienti sono sottoposti a piani sistematici di trattamento precoce.

Nell'ambito regionale la rete assistenziale deputata all'assistenza dell'ictus in fase acuta si articola in 3 livelli:

- **Unità Ictus di 2° livello ("Stroke Units"):** costituite da aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo, che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica derivante dalla partecipazione ai registri SITS-MOST e SITS-ISTR, dislocate in ospedali in cui è presente una U.O. di Neurologia, con personale adeguato alle necessità, una U.O. di Neuroradiologia e una di Neurochirurgia; in esse verrà organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.
- **Unità Ictus di 1° livello:** costituite da aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una U.O. di Neurologia; esse possono essere autorizzate a praticare la trombolisi sistemica previa verifica dei requisiti.
- **Aree dedicate all'ictus:** costituite da aree dedicate all'ictus in altre strutture ospedaliere e inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, per le quali non è prevista la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico. Esse si rapporteranno con le aree identificate nei punti 1) e 2) anche mediante teleconsulto.

Tale rete sarà collegata secondo un modello di tipo "Hub and Spoke" che prevede percorsi assistenziali tesi a concentrare i casi che necessitano di assistenza di maggiore complessità nei centri hub, attraverso la organizzazione del sistema di invio da centri periferici (spoke) e la nuova presa in carico da parte degli stessi spoke una volta che non siano più necessari gli interventi di alta complessità.

In tale ambito svolgono un ruolo rilevante la centrale operativa del 118 ed i pronto soccorso cui compete il compito, in funzione del livello di gravità, di trasportare o di trasferire con tempestività i Pazienti verso le sedi ove effettuare i trattamenti ottimali.





Tali modalità debbono essere connotate da un forte orientamento alla sussidiarietà alla partnership durante l'intero percorso di cura da parte di tutti i nodi del sistema, piuttosto che da una presa in carico esclusiva da parte dei singoli centri.

Il modello adottato, infatti, tende a garantire un uniforme governo clinico del sistema nel suo complesso e a rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete (outreach), limitando i trasferimenti di pazienti fra i centri a situazioni cliniche e a fasi temporali del percorso per periodi in cui ciò sia effettivamente necessario in funzione del progetto clinico complessivo.

Il concetto "Time is Brain" ha portato al centro della riflessione sull'ictus cerebrale il problema del tempo che intercorre tra l'esordio sintomatologico di un ictus acuto e l'effettivo accesso del paziente alla terapia, soprattutto per quanto riguarda la trombolisi. In questa prospettiva, ovviamente, assumono importanza cruciale le connessioni fra i centri, per quanto riguarda la condivisione di modalità e strumenti operativi, di conoscenze e competenze specifiche, e di sistemi di raccolta e gestione delle informazioni.

Anche per la rete stroke unit, come per quella delle emergenze cardiologiche, è necessario offrire la possibilità di esaurire all'interno della rete stessa l'intero percorso assistenziale. Pertanto nelle Aziende ospedaliere in cui insiste una Unità Operativa di Neurochirurgia, il 20% dei posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (cod.56) è destinato alla neurologia riabilitativa.

Nei presidi del III livello della rete dell'emergenza, in cui insistono Unità Operative di Neurologia con stroke il 30% dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod.56) è destinato alla neurologia riabilitativa.

La titolarità delle attività di neurologia riabilitativa è da attribuire allo specialista neurologo

Schema operativo per l'organizzazione delle Emergenze Stroke

La logica fondante è quella della creazione di una rete che offra una soluzione unitaria per la soddisfazione delle aspettative dei cittadini/utenti, attraverso un processo che permetta di indirizzare con immediatezza il paziente presso l'Ospedale più idoneo al trattamento della condizione patologica, ed in grado di assicurare, quando indicati, tutti gli interventi utili nella fase acuta (rivascolarizzazione farmacologica, chirurgica e/o endovascolare; trattamento neurochirurgico delle lesioni emorragiche). Ciò è tanto più importante da quando sono disponibili prove di efficacia relativamente all'unica terapia eziologica, la terapia fibrinolitica, se praticata in

pazienti selezionati sulla base di criteri clinici e di neuroimaging standardizzati (TAC, Ultrasonografia) che hanno dimostrato una riduzione significativa dell'incidenza dell'end point combinato morte-dipendenza, nei trattati entro 3 ore. È dimostrato che i migliori risultati con minori rischi si hanno entro 90' dall'esordio.

Obiettivi principali della gestione dell'emergenza ictus sono: la diagnosi precoce delle patologie acute (ischemiche o emorragiche), la valutazione della eleggibilità per trombolisi o intervento neurochirurgico, l'allertamento degli Ospedali di riferimento.

Essa deve inoltre provvedere al trasporto protetto del paziente.

Tali risultati si possono raggiungere con una rete formata da centri Hub & Spoke, come previsto per la rete cardiologica, i cui attori sono le U.O. di centrale operativa 118, dell'emergenza territoriale, delle Aree stroke e le Stroke Unit di I e II livello.

L'Assessorato alla Sanità, con il supporto del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza e con le professionalità interessate (neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi, medici d'urgenza, ecc.) sulla scorta delle linee guida emanate dalle società scientifiche definirà i protocolli riguardanti il percorso clinico organizzativo che troverà nei DIE l'attuazione attraverso l'emanazione di specifiche procedure.

I mezzi e le strutture necessarie per la realizzazione di un progetto integrato sono:

- Centrale Operativa del 118 - mezzi di soccorso – Pronto Soccorso – Unità Operative di Neurologia/Stroke Unit – Reparti di medicina d'Urgenza – Osservazione - Unità Operative di Neurochirurgia e tutti i soggetti che intervengono ovvero i medici delle ambulanze, i medici dell'accettazione, medici di PS-OBI- Medicina d'Urgenza, medici neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi ed il personale infermieristico.

I sistemi attraverso cui i vari nodi possono facilmente e rapidamente comunicare fra loro possono essere identificati in:

- Sistemi di trasmissione telematica. - Telefonia cellulare o fissa dedicata.

In questo ambito un ruolo chiave è svolto dalla Centrale Operativa 118 e dal Trasporto infermi (DIE), dalle Unità di P. S , di Medicina d'Urgenza. e Neurologia, in quanto saranno queste strutture a provvedere:



- alla diagnosi clinica di sospetto icrus ed al rilevamento dell'ora di esordio;
- all'inquadramento clinico precoce del paziente (diagnosi di natura, gravità complessiva, comorbidità) ed all'indirizzo terapeutico con particolare riferimento alla eleggibilità alla trombolisi;
- ad iniziare il trattamento ottimale.



Sul piano operativo:

1. Il cittadino chiama il 118;
2. La centrale operativa processa la comunicazione assegnando il codice colore di criticità ed attiva l'invio di un mezzo di soccorso idoneo.
3. Il personale intervenuto, dopo la valutazione delle condizioni vitali, effettua una valutazione neurologica del paziente e lo trasporta presso l'ospedale sede di Area ictus (spoke) più vicina;
4. Nel caso di esordio entro le tre ore il trasporto verrà effettuato esclusivamente verso l'Unità ictus in grado di effettuare la trombolisi (Hub di 2 o 1 livello autorizzate)
5. All'accesso in P.S. viene eseguita tempestivamente una Tomografia Computerizzata (TC) e deciso il trattamento più idoneo, secondo i protocolli (trattamento in loco o trasferimento all'hub di riferimento) mediante invio della TC per via telematica alla Unità Ictus di riferimento territoriale (Hub di 1 o 2 liv) insieme ai dati anamnestici e clinici salienti dell'ammalato;
6. Il medico dell'Hub di riferimento, sulla base di questi dati, concorda l'eventuale trasferimento;
7. in questo caso, una volta stabilizzate le condizioni neurologiche e generali, il paziente, a cura dell'ospedale di partenza, rientra nell'ospedale di provenienza.

Nel caso le funzioni vitali siano compromesse per l'evento cerebrale, il mezzo di soccorso sarà indirizzato presso l'unità ictus di II livello (hub 2) di riferimento.

Nel caso l'accesso del paziente avvenga direttamente al P.S. viene seguita la procedura da 4 in poi.

Identificazione delle Centrali Operative con i relativi centri Spoke (ospedali con area ictus) e centri Hub 1 (osp. con unità ictus di I livello) e centri Hub 2 (osp. con unità ictus di II livello):

CENTRALE OPERATIVA NAPOLI CENTRO – D.I.E. NAPOLI 1

Centro HUB 2 di riferimento :

- A.O. Cardarelli - Napoli
- AOU Federico II – Napoli (a regime)
- Osp. San Giovanni Bosco - Napoli

Centro HUB 1 di riferimento :

- Osp. S. Paolo - Napoli

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp Pellegrini – Napoli



CENTRALE OPERATIVA NAPOLI OVEST – D.I.E. NAPOLI 2 NORD

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. Cardarelli – Napoli
- A.O.U. Federico II – Napoli (a regime)
- Osp. S. M. delle Grazie – Pozzuoli (NA) (a regime)

Centro HUB 1 di riferimento:

- Osp. S. Paolo - Napoli

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. San Giuliano Giugliano (NA)
- Osp. S.Giovanni di Dio – Frattamaggiore (NA)

CENTRALE OPERATIVA NAPOLI EST – D.I.E. NAPOLI 3 SUD

Centro HUB 2 di riferimento

- Osp. Loreto Mare – Napoli*

Centro HUB 1 di riferimento:

- Osp. S. Leonardo Castellamare (NA) (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp. S.Maria della Pietà – Nola (NA) (a regime)

* Svolgerà tale funzione sino alla confluenza nella nuova A.O. Ospedale del Mare, che a regime costituirà il centro Hub 1 di riferimento territoriale di pertinenza

CENTRALE OPERATIVA AVELLINO - D.I.E. AVELLINO

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. San Giuseppe Moscati - Avellino

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Ariano Irpino (AV)



CENTRALE OPERATIVA BENEVENTO - D.I.E. BENEVENTO

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. Rummo – Benevento (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – Benevento

CENTRALE OPERATIVA CASERTA - D.I.E. CASERTA

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. San Sebastiano - Caserta

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. S. G. Moscati – Aversa (CE)

CENTRALE OPERATIVA SALERNO - D.I.E. 1 SALERNO

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O.I.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Salerno
- Ospedale Umberto I di Nocera I. (SA)

Centro HUB 1 di riferimento:

- Nuovo Osp. Valle del Sele (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sarno (SA)

CENTRALE OPERATIVA VALLO DELLA LUCANIA (SA) - D.I.E. 2 SALERNO

Centro HUB 2 di riferimento:

- Osp. San Luca Vallo della Lucania (SA)
- Osp. Umberto I di Nocera I. (SA)

Centro HUB 1 di riferimento:

- Osp. S.Arsenio - Polla (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Dell'Immacolata – Sapri (SA)



F.4) Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza

Il Settore Ospedaliero e Sovrintendenza sui servizi dell'emergenza – 118 dell'Assessorato alla Sanità, svolge compiti di Coordinamento Operativo Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza-Urgenza, e si avvale del supporto tecnico di due tavoli permanenti, territoriale e ospedaliero, a cui partecipano rispettivamente 8 responsabili aziendali delle COT-Emergenza Territoriale e 8 responsabili di Pronto Soccorso, su proposta dei Direttori dei DIE.

Il Coordinamento regionale svolge attività nelle seguenti materie:

- definizione, con il diretto coinvolgimento dei Direttori Generali, degli obiettivi, delle risorse economiche, strutturali e strumentali da affidare ai DIE, in rapporto ai volumi quali quantitativi di attività e valutazione dei risultati;
- definizione degli standard strutturali, operativi e clinici, nonché degli indicatori di qualità;
- definizione delle modalità di rapporto con gli Enti ed Associazioni di Volontariato (emanazione schema regionale di convenzione, comprensiva di standard di operatività e requisiti);
- definizione delle linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- individuazione dei finanziamenti specifici (deve essere identificato il budget destinato da ciascuna Azienda all'attività del sistema);

- definizione di programmi di formazione e miglioramento della qualità
- adeguamento e implementazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, previsto dal DM 17 dicembre 2008 (azione già in parte realizzata nell'ambito dell'aggiornamento tecnologico del SIREs-118 in corso di attuazione);
- definizione dell'organizzazione dei presidi di emergenza-urgenza territoriale (118);
- definizione protocolli operativi dei mezzi speciali del Servizio Trasporto Infermi;

coordinamento, in collegamento con l'Unità di Crisi regionale, delle attività programmate e in corso di maxiemergenza, secondo i piani operativi dei dipartimenti precedentemente approvati.

G. LA RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Il ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), specie in regime di TSO, all'interno della cosiddetta urgenza/emergenza psichiatrica, si configura come un momento estremamente drammatico per la storia personale dell'individuo che è limitato nell'autodeterminazione e sottoposto all'obbligo di un problematico ricovero che deve essere espletato nel minor tempo possibile e tendenzialmente nel presidio ospedaliero di riferimento.

L'attuale rete dei posti letto appare al momento del tutto inadeguata, e genera una notevole quota di mobilità tra le ASL, con numerosi picchi di indisponibilità di posti letto in tutta la regione, soprattutto in determinati periodi dell'anno come ad esempio nei mesi estivi.

Il fenomeno della indisponibilità e saturazione dei posti letto non è uniforme in tutte le ASL, né è riconducibile al semplice rapporto tra offerta di posti letto e bacino di popolazione che va dallo 0,1 per 10.000 abitanti della ex-ASL NA2 e 0,2 posti letto per 10.000 abitanti della ex-ASL NA3, allo 0,6 per 10.000 abitanti della ex-ASL di Avellino. Il fenomeno non è neppure attribuibile alla sola variabilità dei posti letto tra servizi (si va da SPDC con soli 4 p.l. come a Gragnano ed a Frattamaggiore, a SPDC con 16 p.l. attivi come quelli di Solofra e di Pollena), né, infine, alle sole caratteristiche geomorfologiche che condizionano l'accessibilità.

Sta di fatto che la non costante disponibilità di posti letto per TSO nel SPDC di competenza territoriale, mette in crisi il modello campano di gestione dell'urgenza psichiatrica, che dovrebbe avere un grande punto di forza nella capacità di risolvere territorialmente l'emergenza e che a tal fine già utilizza notevoli risorse mediche e infermieristiche sul territorio h 24.



Un valido modello di SPDC ha valenza di servizio dipartimentale, osmoticamente radicato in tutte le unità operative di Salute Mentale (UOSM) di riferimento, in costante rete referral/back referral, sia per mantenere il contatto tra UOSM inviante e paziente anche durante la degenza, sia per garantire la possibilità di una precoce dimissione e la ripresa in carico da parte dell'equipe curante.

Invece i ricoveri in presidi ospedalieri diversi da quelli ricompresi nell'ambito dell'Azienda sanitaria di residenza spezzano il legame con il contesto territoriale e socio-familiare e con l'equipe curante che ha in carico il paziente, e possono costituire l'anello debole in una rete di interventi di cui il ricovero ospedaliero è solo un momento da non scotomizzare.

Dai dati relativi al 2008, emergono considerazioni utili a migliorare l'offerta dei posti letto nei SPDC:

- Nel 2008 i posti letto disponibili risultano 151;
- Attualmente si va da un'offerta di circa 1 posto letto per 100.000 abitanti della ASL Napoli 2 nord ai 6 posti per 10.000 abitanti della ASL di Avellino e, quindi, è evidente come l'intervallo sia notevolmente ampio;
- Il problema della carenza di posti, a differenza di altre branche della medicina, non è riconducibile tuttavia al semplice rapporto p.l. / popolazione assistita: aree differenti ma con analoga offerta di posti letto inducono una differente quota di mobilità verso l'esterno a seconda che si tratti di zona metropolitana o meno. L'ASL di Benevento con 3 posti per 100.000 abitanti effettua solo 8 ricoveri in altre ASL, invece la ASL Napoli 1 centro con la stessa offerta di posti letto ne effettua 117. In ingresso, invece, la stessa riceve ben 236 ricoveri dall'esterno, mentre Benevento ne accoglie 38;
- Le carenze maggiori riguardano l'ASL Napoli 2 nord con 1 p.l. per 10.000 abitanti (SPDC di Pozzuoli con 6 p.l. e Frattamaggiore con 4 p.l.) e l'ASL NA3 sud con 2 p.l. per 10.000 abitanti (SPDC di Pollena con 15 p.l. e SPDC di Gragnano con 4 p.l. allocati, tra l'altro, impropriamente in un presidio non dotato di accettazione, né di Pronto Soccorso né dei servizi e consulenze indispensabili alla gestione di ricoveri in urgenza. L'ASL NA2 nord accoglie 29 ricoveri e ne esporta ben 186, mentre l'ASL NA3 sud ne accoglie 108 e ne esporta 146;

Nel complesso si sono avuti nel 2008 un totale di:



- 3.887 ricoveri nelle nuove ASL di appartenenza,
- 595 ricoveri verso altre ASL ,
- 711 da altre ASL,

Il saldo negativo ha riguardato solo le ASL NA2 nord e NA3 sud.

Tuttavia il fenomeno della ricerca di posti all'esterno non è costante in tutta la Regione, ma è nettamente prevalente nelle 3 ASL napoletane. La mobilità passiva di Salerno, Avellino, Benevento e Caserta ha riguardato complessivamente 146 ricoveri, mentre le tre ASL napoletane hanno dovuto cercare all'esterno complessivamente ben 449 ricoveri.

La nuova distribuzione di posti letto di cui alla tabella sottostante tiene conto delle criticità considerate. Occorre tuttavia segnalare che risulta, nei numeri, ancora notevolmente contenuta rispetto alla media nazionale. Si ritiene tuttavia risolutiva delle maggiori criticità innanzi evidenziate, anche tenendo conto che, nella quasi totalità dei casi, non saranno necessarie nuove assunzioni , bensì soltanto una diversa allocazione del personale in servizio nelle singole aziende già assegnati al dipartimento di salute mentale.



TAB 8 – Posti letto programmati per SPDC

PRESIDIO OSPEDALIERO	P.L. programmati per P.O.	P.L. programmati per provincia	Pop. residente	P.L. programmati / pop.res.*10.000 ab
P.O. Landolfi (Solofra)	16	26	439.565	0,59
P.O. Ariano Irpino	10			

Rummo (BN)	10	10	288.726	0,35
San Sebastiano (CE)	10	30	904.197	0,33
P.O. San Rocco (Sessa Aurunca)	10			
P.O. Moscati (Aversa)	10			
Osp. Monaldi (NA)	8	108	3.074.375	0,34
San Gennaro (NA)	15			
San G. Bosco (NA)	12			
Osp. del Mare (NA)	8			
S.M. delle Grazie (Pozzuoli)	15			
S.G. di Dio (Frattamaggiore)	8			
S. Giuliano (Giugliano)	10			
S.M. della Pietà (Nola)	16			
P.O. Boscotrecase	16			
Ruggi D'Aragona (SA)	10			
P.O. Umberto I (Nocera)	16			
P.O. L. Curto (Polla)	8			
P.O. San Luca (Vallo della Lucania)	8			
TOTALE		216	5.812.962	0,37

Per i SPDC allocati nelle aziende ospedaliere è necessario che tra la AO e la ASL nel cui territorio questa insiste siano stipulati protocolli d'intesa al fine di definire:

- la delimitazione del bacino di utenza dei posti letto al territorio in cui la AO insiste;
- l'attribuzione del personale collocato nella AO al Dipartimento di salute mentale dell'ASL;
- l'imputazione delle dotazioni strutturali e di supporto logistico amministrativo alla AO in cui il SPDC è allocato;
- l'utilizzo, da parte della AO di prestazioni consulenziali specialistiche, offerte dagli operatori assegnati al SPDC.



H) LA RETE ONCOLOGICA

Il cancro rappresenta uno dei principali problemi medici che il mondo moderno si trova ad affrontare. La complessità del problema è multidimensionale: se da un lato la variabilità biologica

e clinica della patologia oncologica non ha paragoni con nessun'altra manifestazione di malattia, dall'altro l'impatto socio-sanitario sulla popolazione è enorme. Infatti, in termini di anni-vita potenziali persi le malattie oncologiche rappresentano la prima in assoluto tra tutte le cause di morte, e mantengono questo primato negativo anche in termini anni sottratti alle attività produttive e in termini di costi assistenziali e, infine, per la profondità delle implicazioni psicologiche, sociali ed etiche che la diagnosi e la terapia del cancro pongono ai pazienti, ai loro familiari e alla collettività.

Lo sviluppo di nuove terapie prosegue, in questo campo, a ritmo vertiginoso a cui consegue un incremento dei costi farmaceutici superiore a qualunque altra branca. Ci troviamo quindi, di fronte ad un settore della sanità in cui è aumentata considerevolmente la domanda e l'erogazione di prestazioni sanitarie, sia in termini quantitativi che di complessità, con importanti ricadute sulla sostenibilità economica da parte dei sistemi sanitari.

La complessità e la rilevanza della assistenza oncologica impongono scelte di programmazione sanitaria che tengano conto della peculiarità della domanda e della razionalizzazione su livelli di appropriatezza della offerta. In particolare la domanda per patologia oncologica si caratterizza per essere diffusa, talvolta complessa e con necessità di soluzioni ad elevato contenuto tecnologico e di innovazione. In questo senso il bisogno assistenziale chiede risposte che abbiano le seguenti caratteristiche: tempestività ed omogeneità, elevata integrazione professionale, appropriatezza e qualità diffusa, percorsi assistenziali condivisi e caratterizzati dalla "presa in carico" e dalla continuità di cura, facilità di accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative.

Tali bisogni possono essere soddisfatti solo con la creazione di una rete assistenziale ed un sistema di risorse condivise centrato sul paziente (patient centered), mettendo al servizio del paziente le strutture e i trattamenti più idonei a rispondere alle sue specifiche esigenze, personalizzandone il più possibile il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, nell'ambito di un continuum volto a tutelare la qualità di vita della persona malata.

OBBIETTIVI



Riorganizzare l'insieme delle prestazioni e dei servizi erogati ai pazienti oncologici in una rete integrata, rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona malata. La continuità dovrà essere assicurata grazie ad una integrazione funzionale delle strutture operative esistenti dal livello ospedaliero a quello territoriale e della medicina generale, avvicinando sempre più i servizi alla persona e al suo contesto,

Tale integrazione dovrà ispirarsi a principi di umanizzazione, appropriatezza ed adeguatezza delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo della Rete di Assistenza in Oncologia è di garantire nel tempo:

- il superamento delle disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari erogati;
- il raggiungimento di sempre più elevati standard di trattamento;
- una maggiore semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e terapia;
- una maggiore semplificazione nell'accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative e di avanguardia;
- il graduale avvicinamento dei servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;
- la presa in carico totale della persona malata.



ANALISI DEL FABBISOGNO E DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ONCOLOGICA IN CAMPANIA

Ogni anno in Italia si ammalano di tumore circa 250.000 persone: 130.000 uomini (tasso std. 336 x 100.000) e 120.000 donne (tasso std. 274 x 100.000)

In Campania si stima che nel 2010 vengano diagnosticati 22.500 nuovi casi di tumore (nell'età 0-84 anni), in particolare 12.500 fra gli uomini e 10000 fra le donna.

Per quanto riguarda la mortalità in Italia muoiono di tumore 170.000 persone, in particolare 98.000 uomini e 75.000 donne. In Campania sono 13.000 i decessi per tutti i tumori, 8.000 nei maschi e 5.000 nelle donne.

Tra i residenti in Campania (di 0-84 anni) ci sono quasi 132.000 persone che hanno avuto una diagnosi di tumore e sono ancora in vita.

La sopravvivenza a 5 anni per il complesso dei tumori in Regione Campania è del 45% fra gli uomini e del 57% fra le donne. In particolare per i maschi la sopravvivenza a 5 anni è del 12%, 22%, 55%, 61% e 80% per il polmone, stomaco, colo-retto, linfomi Non-Hodgkin e prostata, rispettivamente. Per le donne la sopravvivenza a 5 anni è del 20%, 48%, 50%, 57% e 83% per il polmone, colon-retto, ovaio, cervice e mammella, rispettivamente.

Di seguito viene riportato un confronto delle stime dei tassi di incidenza al 2010 per i principali tumori fra Campania e Italia stimato dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità):

Tassi incidenza (n. casi) dei principali tumori	Campania	Italia
MASCHI		
Polmone	81 (2593)	63 (25147)
Colon-retto	57 (1887)	69(28233)
Stomaco	21 (674)	20 (7823)
Prostata	69(2213)	99 (42804)
FEMMINE		
Polmone	15 (600)	14 (6955)
Colon-retto	28(1209)	38(19379)
Stomaco	11 (422)	9 (4800)
Mammella	92(3281)	93 (37952)

Il coordinamento di tutte le azioni che si riferiscono all'assistenza al paziente neoplastico, sia in ospedale sia al di fuori di esso, è un punto cruciale, irrinunciabile ai fini del raggiungimento di elevati standard di qualità della stessa assistenza oncologica, e requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle cure in tutto il territorio regionale.

Esso quindi prevede lo sviluppo di una rete delle strutture assistenziali oncologiche al fine di corrispondere al meglio a tutti i bisogni del paziente in tutte le fasi della malattia.

Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico vanno considerate in un contesto di stretta integrazione:



- La Rete della Prevenzione: comprende programmi di screening (ca. cervice uterina, ca.mammario, ca.colorettale), di educazione sanitaria (dieta, abitudini di vita, alcool, fumo), di promozione della salute, e di vaccinazione (ca.cervice uterina).
- La Rete Ospedaliera: comprende il setting di assistenza e trattamento dalla diagnosi di neoplasia e/o di ricaduta al trattamento specifico, cioè la gestione delle patologie oncologiche e delle urgenze/emergenze oncologiche (compressione midollare, sindrome da lisi tumorale, ipercalcemia, DIC, ipertensione endocranica, frattura patologica, sindrome mediastinica) e dei tumori rari.
- La Rete di Assistenza domiciliare e al paziente terminale: costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio assistenziali rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, oppure presso strutture appositamente realizzate ed organizzate come l'hospice, che rappresenta la condizione ideale per offrire il miglior supporto clinico-psicologico al paziente permettendogli di mantenere fino all'ultimo il proprio ruolo socio-affettivo nell'ambito del contesto familiare.



Il modello assistenziale è di tipo integrato e il suo fine è garantire:

- un tempestivo accesso alle prestazioni, rendendolo coerente con la gravità clinica e le necessità assistenziali del singolo paziente;
- l'attuazione dei principali percorsi assistenziali, per rendere agevolmente fruibili le strutture di degenza ordinaria e di day-hospital dedicate ai pazienti acuti in ambito ospedaliero;
- la predisposizione di una rete di presidi diagnostico-terapeutici e riabilitativi adeguati ai bacini di utenza e identificati nella specifica macro-area;
- la promozione e diffusione di protocolli validati, in base alle evidenze scientifiche, per migliorare la tempestività diagnostica per le principali patologie;
- la promozione di programmi di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie;
- la riduzione dell'inappropriatezza degli interventi;
- l'implementazione di programmi di assistenza e cura, che garantiscano la continuità terapeutica-assistenziale al malato oncologico, dall'inizio all'esito della malattia, attraverso una coerente integrazione dei diversi livelli di assistenza extraospedaliera, ambulatoriale

ed ospedaliera, da attuarsi tramite la definizione di protocolli di comportamento ospedale-territorio;

- la definizione di assetti organizzativi delle strutture di prevenzione, diagnosi e cura, articolati su diversi livelli di complessità in funzione della complessità della patologia oncologica;
- l'integrazione multidisciplinare, che garantisca un approccio globale alle cure dei malati oncologici;
- la garanzia, per il paziente oncologico, della presenza costante di una struttura di riferimento;
- un'economia di scala (ad esempio, la condivisione di beni e servizi di alto costo mediante "centri servizi" comuni a più centri appartenenti alla specifica area).

I medici di Medicina Generale (MMG) costituiscono il collante del sistema per ottimizzare la fruibilità, migliorare l'efficienza e assicurare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni a garanzia e vantaggio dei pazienti. I MMG possono, pertanto, rappresentare il punto di riferimento per l'assistito, per l'adeguata immissione nel circuito ospedaliero e la continuità assistenziale, dopo la dimissione; assumono un ruolo determinante nella diagnosi tempestiva delle neoplasie, cui è legata, in buona parte, la possibilità di successo terapeutico; possono svolgere un ruolo specifico nei programmi di follow-up dei pazienti oncologici, sempre tramite una stretta integrazione con gli specialisti del settore, anche al fine di privilegiare le prescrizioni di procedure diagnostiche necessarie ed appropriate in termini di efficacia e di rispetto della qualità di vita.

Nella tabella seguente sono riportati i posti letto programmati di oncologia (codice 64).



Tipologia	Denominazione struttura	Cod	Descrizione disciplina	P.L. Programmati
AO	A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON	64	ONCOLOGIA	6
AO	A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON	64	ONCOLOGIA	13
AO	AZIENDA OSPEDALIERA COTUGNO	64	ONCOLOGIA	12
IRCCS	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	64	ONCOLOGIA	30
IRCCS	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	64	ONCOLOGIA	31
IRCCS	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	64	ONCOLOGIA	31
IRCCS	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	64	ONCOLOGIA	33
IRCCS	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	64	ONCOLOGIA	39
AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	64	ONCOLOGIA	38
AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	64	ONCOLOGIA	4
AO	AZIENDA OSPEDALIERA G.RUMMO	64	ONCOLOGIA	18
BN	OSP. S.ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	64	ONCOLOGIA	11
BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRATELLI	64	ONCOLOGIA	15
AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	64	ONCOLOGIA	14
CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	64	ONCOLOGIA	15
CE	Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	64	ONCOLOGIA	15
AO	AZIENDA OSPEDALIERA A. CARDARELLI	64	ONCOLOGIA	25
AO	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DEL MARE	64	ONCOLOGIA	20
AOU	AZIENDA UNIVERSITARIA FEDERICO II	64	ONCOLOGIA	30
AOU	AZIENDA UNIVERSITARIA SUN	64	ONCOLOGIA	12
NA2n	ISTITUTO DI CURA SS.DELLA PIETA - Casoria	64	ONCOLOGIA	7
NA2n	Osp. RIZZOLI - Ischia	64	ONCOLOGIA	4
NA2n	Osp. S. GIOVANNI DI DIO - Frattamaggiore	64	ONCOLOGIA	15
NA3s	Osp. S. Maria Della Pietà - Nola	64	ONCOLOGIA	10
AO	AOIU - S.G.DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	64	ONCOLOGIA	22
SA	Osp. DELLA VALLE DEL SELE	64	ONCOLOGIA	12
SA	Osp. S.LUCA - Vallo della Lucania	64	ONCOLOGIA	15
SA	Osp. UMBERTO I - Nocera Inferiore	64	ONCOLOGIA	12

Si precisa che la nuova azienda ospedaliera Monaldi-Cotugno-CTO eroga anche attività di pneumologia (codice 68) ad indirizzo oncologico.



I. LA RICONVERSIONE DELLE CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

In Campania, l'istituzione di servizi territoriali di salute mentale (Legge 833/78) non è stata accompagnata da una riduzione dei posti letto già esistenti presso le case di cura neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate. Nel 2008 l'offerta di posti letto in queste strutture è pari a 1,5 posti letto per 10.000 abitanti.

Ancora oggi persiste, dunque, l'anomalia di strutture che erogano prevalenti prestazioni di tipo psichiatrico o neuropsichiatrico e che sono erroneamente codificate e lette dal sistema informativo sanitario come prestazioni ospedaliere per acuti.

L'offerta di posti letto presso tali strutture presenta una distribuzione, sul territorio regionale, abbastanza omogenea che, tuttavia, non risponde ad una valutazione del bisogno e dell'ottimale utilizzazione delle risorse.

Per quanto attiene alle caratteristiche strutturali e di funzionamento, occorre considerare che:

- si evidenzia, nella maggior parte dei casi, una alta dotazione di posti letto nelle singole strutture. Si produce in questo modo un'elevata concentrazione di degenti con disturbi psichici in una stessa struttura, che ripropone modelli aboliti espressamente dalla normativa vigente per la salute mentale;
- la remunerazione dei ricoveri è effettuata per giornate di degenza, nonostante le strutture compilino regolarmente la scheda di dimissione ospedaliera in quanto erroneamente classificate con posti letto per acuti;
- il monitoraggio dell'attività delle strutture neuropsichiatriche ha evidenziato notevoli differenze nei confronti dei ricoveri nei SPDC relativamente ad un importante indicatore di attività quale è la durata mediana della degenza, che in queste è pari a 34,4 gg. (a fronte di 8 gg. negli SPDC);
- i soggetti nella classe di età superiore a 65 anni dei soggetti, costituiscono il 28% della casistica e tra questi il 21% sono ultrasettantenni. Questo dato mostra la presenza di una quota di soggetti anziani con condizioni di rilevanza psichiatrica cronica e stabilizzata con bisogni assistenziali primariamente a carattere riabilitativo e residenziale di lungo periodo.

Ai fini della determinazione del fabbisogno di posti letto, per tale tipologia assistenziale, occorre considerare i seguenti punti che descrivono il contesto dell'assistenza psichiatrica regionale:



Nella regione Campania sono operanti 7 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che comprendono tutte le componenti organizzative (servizi territoriali e servizi ospedalieri) e costituiscono le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio dell'Azienda. Il modello organizzativo, come illustrato nel paragrafo D), è quello della struttura a rete integrata di servizi specialistici, in collegamento con gli altri servizi delle Aziende Sanitarie Locali, con i servizi sociali, gli Enti locali, le associazioni di familiari e il volontariato. Il sistema dei servizi di salute mentale deve, pertanto, prevedere un'assistenza centrata sul territorio e il trattamento ospedaliero si configura come una presa in carico intensiva della situazione di crisi. L'ospedalizzazione psichiatrica coincide, infatti, con un'interruzione della normale continuità della vita, delle relazioni familiari e sociali, e ha senso solo se inserita all'interno di una rete di servizi che ne garantisca la specificità e l'utilità clinica. Il trattamento ospedaliero dovrebbe configurarsi, pertanto, non



come strategia terapeutica, ma esclusivamente come episodio assistenziale all'interno di programmi terapeutico-riabilitativi di tipo psichiatrico.

- I SPDC hanno caratteristiche assistenziali e di intensità di intervento peculiari in quanto: a) sono collocati in ospedali che possono offrire risposte articolate e complesse ed il supporto di altre specialità ad alta intensità assistenziale; b) sono integrati nel circuito dell'emergenza regionale e richiedono la presenza di un Pronto Soccorso. In Campania, la dotazione di posti letto nei SPDC è pari a 0,26 posti letto per 10.000 abitanti, valore questo notevolmente inferiore allo standard nazionale tendenziale indicato in 1 posti letto per 10.000 abitanti.

La riconversione delle strutture neuropsichiatriche deve essere messa in atto, pertanto, secondo criteri che tengano conto delle migliori opportunità esistenti, dell'impegno economico necessario e delle risorse effettivamente disponibili nel territorio.

Fondamentale risulta, quindi, individuare la stima del fabbisogno regionale di posti letto per tale tipologia di utenti che deve tener conto anche dell'analisi contestuale delle attività dei SPDC e delle strutture residenziali.

L'intervento di riconversione si basa sull'attribuzione, alle strutture neuropsichiatriche, di uno specifico ruolo assistenziale indirizzato a:

- ospitare pazienti nella fase immediatamente successiva a quella del ricovero in emergenza/urgenza psichiatrica, di pertinenza esclusiva dei SPDC, allo scopo di favorire una maggiore integrazione di queste strutture all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e rendendo possibile per i pazienti dimessi da SPDC un, eventuale, ulteriore periodo di degenza a minore intensità assistenziale. Per tale tipologia di ricovero è richiesta l'autorizzazione da parte del DSM territorialmente competente;
- ospitare pazienti con disturbi neuropsichiatrici di minore intensità che necessitano di interventi di riabilitazione;
- ospitare pazienti per lo più anziani, con problematiche neuropsichiatriche e bisogni assistenziali primariamente a carattere riabilitativo e residenziale di lungo periodo.

A tale riguardo, si programma di allocare:

- 200 posti letto per acuti (cod. 40), con esclusione dei trattamenti in regime di TSO, destinati anche al trattamento di pazienti trasferiti, in fase post-acuta, dai SPDC;
- 400 posti letto di riabilitazione multidisciplinare cod. 56;
- 200 posti letto residenziali.



L. IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Nella determinazione del fabbisogno di posti letto si è provveduto a programmare la dotazione dei posti letto, su base regionale e per singola provincia, destinata al pubblico e quella riservata al privato. In particolare il fabbisogno di posti letto privati, esposto nella parte del documento contenente le tavole provinciali, è stato determinato in relazione alla offerta pubblica programmata, al fine di realizzare una piena integrazione pubblico-privato.

Tale circostanza chiarisce le eventuali differenze che si evidenziano tra le diverse province per quanto attiene l'offerta privata.

Lo strumento attraverso il quale realizzare tale integrazione, diviene l'accreditamento istituzionale il cui vigente ordinamento potrà subire modifiche laddove le procedure ivi previste non risultassero compatibili con il nuovo scenario anche in ragione dei tempi entro i quali concludere il procedimento.

M. RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA NELLA ZONA COLLINARE DI NAPOLI

Si ravvisa la necessità di avviare un processo che dia luogo, in un arco temporale medio lungo (almeno un triennio) di un ulteriore razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica nella c.d. "zona ospedaliera" della città di Napoli.

Nell'area collinare del capoluogo di regione sono concentrate, in un territorio di circa 6 km quadrati, ben cinque strutture ospedaliere pubbliche di grandi dimensioni:

- L'Ospedale Cotugno, monospécialista per le malattie infettive con 274 Posti letto;
- L' Ospedale Monaldi, a prevalente indirizzo pneumo-cardiologico con 629 Posti letto;
- L' Ospedale Cardarelli, di riferimento dell'ambito provinciale di Napoli con 906 posti letto;

- L'IRCCS di diritto pubblico Fondazione Pascale per le patologie oncologiche con l'attuale dotazione di 221 posti letto, destinata ad incrementare di circa 100 posti letto;
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli con i posti letto che saranno quantificati nel protocollo di intesa tra Regione e Università.

Tale processo di razionalizzazione trova un primo momento attuativo nella scelta già enunciata nel paragrafo 2B) di creare un'unica azienda ospedaliera che nasce dall'accorpamento del Monaldi, del Cotugno e del CTO.

L'ulteriore intervento di razionalizzazione si propone di creare le condizioni per garantire la confluenza operativa di alcuni servizi di pertinenza di ciascuna delle cinque strutture ospedaliere in un dipartimento interaziendale finalizzato alla gestione integrata delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche che rappresenti l'evoluzione del modello organizzativo già in corso di realizzazione nelle strutture pubbliche per le prestazioni di diagnostica di laboratorio, ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 1246 del 13/7/2007 e n. 1177 del 11/7/2008.

Le aree interessate al processo sono rappresentate da:

- laboratori di analisi, garantendo per ogni struttura aziendale le emergenze e accentrando i processi legati all'elezione
- servizi di diagnostica per immagini, implementando processi tecnologicamente avanzati di trasferimento delle immagini per la lettura centralizzata;
- servizi di farmacia, concentrando e riqualificando la logistica, la gestione di magazzino e la distribuzione.

Il complesso delle azioni da intraprendere per la realizzazione di tale obiettivo si articolerà in protocolli d'intesa tra la Regione e gli enti interessati - nel rispetto delle prerogative e delle funzioni specifiche di ciascuno di essi - per la regolazione dei reciproci rapporti in tema di utilizzazione del personale, ripartizione dei costi e condivisione delle modalità organizzative.





N. ULTERIORI INTERVENTI CARATTERIZZANTI LA RETE OSPEDALIERA

- **Cardiologia pediatrica**

La Cardiologia pediatrica opera nella prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari congenite e acquisite che hanno il loro esordio nell'età pediatrica e nell'adolescenza. Nel contesto territoriale della rete o nell'ambito di più reti, può essere identificata una specifica unità operativa di Cardiologia pediatrica in stretto contatto con strutture di terapia intensiva neonatale e cardiologica, fornita di una capacità clinica e diagnostica avanzata e che opera su un bacino di utenza di 2-4 milioni di abitanti.

In regione Campania è identificata come struttura ospedaliera autonoma di riferimento la Cardiologia pediatrica della SUN-AO Monaldi con parallela Cardiochirurgia pediatrica. Questa struttura è fornita infatti di laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasivi e trattamento interventistico che opera mediamente su un bacino di utenza di 6 milioni di abitanti.

Presso questa struttura sono identificati Centri di riferimento per particolari funzioni, riferite a casi di alta complessità clinico strumentale: diagnostica prenatale, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, malattie rare cardiovascolari.

- **Riorganizzazione delle attività di gastroenterologia**

Una profonda evoluzione ha caratterizzato l'ambito di cura delle malattie dell'apparato digerente in questi ultimi anni, con particolare riguardo alle metodiche diagnostiche e terapeutiche dell'Endoscopia Digestiva. Infatti, si assiste ad un passaggio sempre più frequente da interventi ad addome aperto ad interventi endoscopici meno invasivi con i quali sempre più numerosi pazienti vengono sottoposti a veri e propri atti chirurgici per via endoscopica endoluminale. Ne conseguono rimodulazioni delle modalità organizzative di offerta del servizio che determinano:

- riduzione dei ricoveri ordinari a favore di un incremento dell'attività di Day Hospital, Day Surgery e ambulatoriale;
- riduzione delle giornate di degenza correlate;
- aumento dei benefici per il paziente e per i familiari (minore permanenza in ospedale, riduzione stress psicologico pre-post operatorio, ecc);
- aumento dell'appropriatezza e conseguente riduzione dei costi.



Pertanto, tra i settori che richiedono una forma organizzativa ad “alta integrazione”, visto l’impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni, vi è quello della gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva.

I dati epidemiologici di prevalenza delle patologie dell’apparato gastroenterico evidenziano, in proposito, che le più comuni emergenze sono rappresentate dalle emorragie digestive, dall’ingestione di corpi estranei e dalle pancreatiti acuti biliari.

La disponibilità di un servizio specializzato e l’efficacia degli interventi risultano essere, quindi, di primaria importanza. Nella nostra regione la gestione delle urgenze in ambito gastroenterologico e in endoscopia digestiva, presenta non poche criticità:

- l’attività non copre tutto il territorio campano e risulta, quindi, disomogenea;
- non è pienamente strutturata l’erogazione del livello di complessità maggiore (es. ERCP), che attualmente è basato sulla disponibilità delle singole strutture.

In tale contesto, e con l’intento di consolidare tale modalità assistenziale si ritiene importante prevedere un modello di integrazione dei servizi di tipo “orizzontale”, con il fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti.

Sulla base delle considerazioni esposte si ritiene opportuno garantire l’attività ad “alta integrazione” per la Gestione delle Urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva da erogarsi da parte delle quattro Aziende Ospedaliere provinciali, nelle quali è già programmata una Unità Operativa di Gastroenterologia.

Per l’ambito provinciale di Napoli, caratterizzato da una altissima densità abitativa, ove le urgenze gastroenterologiche sono garantite soltanto dall’Azienda ospedaliera Cardarelli, è necessario prevedere una ulteriore unità operativa dedicata alle urgenze gastroenterologiche e di endoscopia digestiva, da allocare, provvisoriamente, nelle more dell’attivazione della Azienda ospedaliera “Ospedale del Mare”, presso il presidio ospedaliero Loreto mare, essendo peraltro tale funzione già programmata nella nuova Azienda ospedaliera “Ospedale del Mare”.

A tale necessità si provvede con il trasferimento della unità operativa operante nel presidio ospedaliero Maresca di Torre del Greco (destinato a convertirsi in ospedale ad indirizzo riabilitativo) già dotata di specifiche professionalità e comprovata esperienza nella gestione delle urgenze.

L'Unità Operativa di gastroenterologia presente nel presidio Ascalesi di Napoli svolgerà attività in elezione di tipo clinico diagnostico, considerato che il presidio è riclassificato in ospedale di elezione senza pronto soccorso.

Le A.O. provinciali e il P.O Loreto Mare, deputati ad erogare l'attività gastroenterologica in emergenza-urgenza, devono garantire una "alta integrazione" tra le Unità Operative di anestesia e rianimazione, di radiologia, di laboratorio di analisi e di chirurgia nell'arco delle 24 ore.

Nel P.O. di Boscotrecase è programmata una U.O. di gastroenterologia con 6 posti letto.

- **Istituzione Centro Regionale di riferimento infettivologico per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta**



L'insufficienza epatica acuta, nelle sue espressioni cliniche di epatite fulminante e di insufficienza epatica acuta su malattia epatica cronica, sebbene non frequente (aspettativa in Campania rispettivamente 10-15 e 75-100 casi/anno), costituisce una condizione di estrema gravità, ma tuttavia reversibile, in cui l'efficacia e la qualità dei trattamenti sono determinanti ai fini della prognosi.

Un'esperienza consolidata e un approccio di tipo intensivo e polispecialistico, che metta insieme le competenze dell'infettivologo – epatologo e dell'interventista - rianimatore che operano in stretto collegamento con il Centro di Trapianti Epatici, costituiscono presidi terapeutici insostituibili e rendono razionale, anche in ragione della esiguità dei casi, la centralizzazione.

In Campania la quasi totalità delle epatiti fulminanti, a causa della eziologia infettiva della maggioranza di esse, viene riferita all'ospedale Cotugno dove, dal 1997, è stata strutturata una Unità Operativa dedicata che opera in organica collaborazione con la Terapia intensiva epatologica ed il centro Trapianti epatici dell' A.O.R.N. Cardarelli, e crea una rete tra le Unità operative campane di Malattie Infettive, per il riferimento di tale patologia.



Organizzare, su base regionale, un sistema in rete per il trattamento di tale patologia costituisce un momento di razionalizzazione dell'assistenza in questo campo specifico realizzabile senza incremento di costi.

Pertanto si istituisce il Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta e se ne individuano, come componenti, le seguenti strutture:

- Unità operativa di Malattie infettive per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta dell'ospedale Cotugno;
- Unità di Terapia intensiva epatologica dei Trapianti di fegato (UTIF) della A.O.R.N. Cardarelli;
- Unità operativa di Chirurgia epatobiliare e Trapianti di fegato della A.O.R.N. Cardarelli;
- Unità operativa laparoscopica specialistica epatica e Trapianti di fegato della A.O.R.N. Cardarelli;
- Unità operativa di Fisiopatologia epatica della A.O.R.N. Cardarelli;
- Unità operativa per le neuropatie infettive dell'ospedale Cotugno;
- Laboratorio di riferimento regionale per malattie parassitarie dell'ospedale Cotugno.

Nelle more della definitiva riorganizzazione e completamento della rete ospedaliera regionale l'Assessorato alla Sanità procederà a dare avvio alla realizzazione di tale Centro di riferimento tra l'A.O.R.N. Cardarelli e l'attuale A.O. Cotugno.

- **Potenziamento delle attività di prelievo, conservazione e trapianto di cornea e segmenti oculari**

In esecuzione di quanto previsto dall'art. 15 della legge 1.1.1999 n° 91 recante disposizioni in materia di trapianti di organi e tessuti, con delibera della Giunta Regionale n° 2040 del 23.11.2007, è stato individuato il presidio ospedaliero Pellegrini di Napoli quale struttura presso cui istituire la "Banca degli occhi" per le pregresse esperienze e competenze in tema di trapianto di cornea maturate dall'U.O. di oculistica.

Successivamente la Giunta Regionale, con deliberazione n°131 del 30.1.2009, ha autorizzato l'attivazione della banca presso il citato presidio con il compito di conservare e distribuire tessuti e cellule prelevate, certificarne la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza secondo le linee guida predisposte dal Centro regionale trapianti ed i criteri stabiliti dalle direttive europee.

Allo stato, l'attività della banca ha subito una sospensione dovuta a temporanei impedimenti di ordine logistico. E' quindi necessario dare nuovo impulso all'attività della banca, attraverso la costituzione di una rete e anche attraverso la definizione della remunerazione dovuta dai centri trapianto per la cessione dei tessuti.

Attualmente l'attività di trapianto viene prevalentemente svolta presso le Unità Operative di oculistica della AOU Federico II di Napoli e della AO di Avellino e dello stesso Presidio Ospedaliero Pellegrini di Napoli.

L'obiettivo di aumentare il numero delle prestazioni e coinvolgere in rete ulteriori centri per il trapianto passa, in primo luogo, per un efficace sistema di reclutamento di tessuto corneale.

Per tale finalità, saranno emanate le necessarie misure di carattere organizzativo destinate alle Aziende sanitarie per l'individuazione delle responsabilità e compiti all'interno della rete.

3. CRONOPROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La riorganizzazione della rete ospedaliera richiede una notevole attenzione da parte delle Aziende Sanitarie nella fase attuativa, a garanzia che si realizzi l'effettivo cambiamento strutturale. Per ottenere questo risultato occorre che si forniscano alle Aziende sanitarie precise indicazioni e, nel contempo, si fissino tempi certi per ciascuna delle fasi attuative, al fine di monitorare e valutare i relativi Piani attuativi aziendali.

E' del tutto evidente che la peculiarità e la complessità degli interventi, in cui si sostanzia l'intera manovra, richiede tempistiche diverse per ciascuno degli obiettivi del programma di riorganizzazione.

Il cronoprogramma rappresenta lo strumento attraverso il quale si pianificano gli obiettivi da realizzare e, pertanto, si riportano di seguito una serie di diagrammi, suddivisi per principali categorie di obiettivi, nei quali si rappresentano le azioni ed i relativi tempi di esecuzione.

I tempi indicati nei sottostanti diagrammi decorrono dall'approvazione dei Piani Attuativi Aziendali.



CRONOPROGRAMMA

DISATTIVAZIONE PUNTI NASCITA									
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Santa M.C.V.									
P.O. Pollena									
P.O. Maresca									
DISMISSIONI									
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Bisaccia									
P.O. Sant'Agata									
P.O. Cerreto									
P.O. Teano									
P.O. Loreto Crispi									
P.O. Castiglione									
P.O. Agropoli									
RICONVERSIONI									
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Bisaccia									
P.O. Sant'Agata									
P.O. Cerreto									
P.O. S. Bartolomeo									
P.O. Teano									
P.O. Capua									
P.O. Loreto Crispi									
P.O. Castiglione									
P.O. Agropoli									
P.O. Apicella									
P.O. Maresca									
P.O. Scafati									



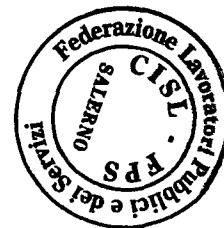
CONFLUENZE															
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24	36	48	54	60
P.O. Maddaloni	P.O. Marcianise														
P.O. Loreto Mare	A.O. Osp. del Mare														
P.O. Scafati	P.O. Villa Malta														
P.O. Eboli	P.O. Valle del Sele														
P.O. Ascalesi															
P.O. Incurabili															
P.O. S. Gennaro															
P.O. Cava															
P.O. Battipaglia															
P.O. Roccadaspide															
P.O. Oliveto Citra															
RIORGANIZZAZIONE PLESSI															
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21					
P.O. Mercato San Severino															
P.O. Da Procida															
P.O. Pagani															
P.O. Cava															
P.O. Pollena															
RIORGANIZZAZIONE INTERNA DEI PRESID															
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21					
A.O. – P.O. interessati															
Dismissione Pronto Soccorso															



CRONOPROGRAMMA

ATTIVAZIONE NUOVE UNITA' OPERATIVE											
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24	
A.O. - P.O. interessati											

RIORGANIZZAZIONE RETE SPDC										
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	
P.O. Ariano										
A.O. Caserta										
P.O. Aversa										
P.O. P.O. San Gennaro										
P.O. Osp. del Mare										
P.O. Pozzuoli										
P.O. Giugliano										
P.O. Frattamaggiore										
P.O. Nola										
P.O. Boscotrecase										
P.O. Sessa Aurunca										





4. PIANIFICAZIONE ATTUATIVA AZIENDALE

La complessità dell'intero programma di riorganizzazione della rete ospedaliera richiede, nella fase attuativa, in gran parte demandata alle aziende sanitarie una forte sinergia tra il livello regionale e quello locale a garanzia che si realizzi, nei tempi programmati, l'effettivo cambiamento strutturale che ci si propone e che rappresenta sicuramente uno dei vincoli più rilevanti imposti al Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario.

La pianificazione attuativa delle aziende sanitarie, pertanto, sarà accompagnata dal livello regionale che provvederà ad emanare tempestivamente, laddove necessarie, linee guida che supportino il livello locale nelle più idonee scelte per la realizzazione degli obiettivi prefissati e garantiscano, nel contempo, criteri e metodologie uniformi nel contesto regionale.

Pertanto, le direzioni aziendali dovranno approvare e trasmettere alla struttura commissariale, entro 30 giorni dalla validazione del presente provvedimento da parte dei Ministeri competenti, un piano ove dovranno essere specificate puntuali e dettagliate previsioni concernenti:

- la definizione delle modalità di attuazione delle azioni di propria competenza previste nel cronoprogramma di cui al precedente capitolo ed i relativi tempi di attuazione che, salvo giustificate cause, non dovranno essere superiori a quelli prefissati, per ciascuna delle fasi, nel cronoprogramma stesso. In particolare per i presidi ospedalieri non più inseriti nella rete dell'emergenza, oggetto quindi di una riconversione in presidi di riabilitazione o di elezione per acuto, il piano aziendale dovrà contenere una dettagliata pianificazione dei tempi e delle modalità di disattivazione della funzione dei Pronto Soccorso, da effettuarsi sulla base delle capacità e dei livelli di organizzazione dei presidi che permangono nella rete dell'emergenza, nonché della aumentata capacità da parte del territorio di ridurre la domanda inappropriata (codici bianchi).
- l'individuazione degli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali eventualmente necessari per l'adeguamento strutturale e del patrimonio tecnologico alle funzioni programmate, con una previsione di massima dei relativi costi. Tali indicazioni sono richieste a supporto del programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 che dovrà essere coerente con la riorganizzazione della rete ospedaliera e che dovrà essere finalizzato alla sua piena attuazione;

- il piano di redistribuzione del personale aziendale in ragione delle programmate dimissioni, riconversioni e confluenze dei presidi ospedalieri interessati alla riorganizzazione, sia nell'ambito delle attività di ricovero che nell'ambito di quelle territoriali;
- l'articolazione dipartimentale dei presidi ospedalieri di ASL e delle aziende ospedaliere. Al proposito è utile precisare che la nuova configurazione delle aziende ospedaliere e dei presidi di ASL è stata effettuata sulla base delle discipline individuate dal sistema informativo nazionale e delle relative codifiche. Pertanto i posti letto attribuiti alla singola disciplina in alcuni casi rappresentano i posti letto di più unità operative della stessa tipologia e in altri sono comprensivi anche di posti letto di discipline affini, riferibili a quella codificata. Ad esempio, i posti letto della chirurgia d'urgenza sono riportati nella disciplina chirurgia generale; quelli attribuiti alle unità operative di IVG, di fisiopatologia della riproduzione sono computati nei posti letto della disciplina ostetricia e ginecologia; o ancora, i posti letto di medicina d'urgenza ed osservazione breve sono computati nella disciplina medicina generale.

I piani attuativi potranno, altresì, prevedere la rimodulazione di una quota dei posti letto programmati, per singole discipline specialistiche nelle tavole contenute nel presente documento, in ragione di una migliore risposta a specifici bisogni assistenziali ed in presenza di maturate professionalità, competenze ed esperienze delle risorse umane disponibili. Tale rimodulazione potrà avvenire entro il numero totale dei posti letto attribuiti a ciascun stabilimento ospedaliero per una quota non superiore al 10% e, nell'ambito dei posti letto assegnati alla singola disciplina, per una quota non superiore al 30%. In ogni caso i posti letto rimodulati dovranno essere ricompresi nella medesima area funzionale di origine.

Nel caso in cui la rimodulazione, nei limiti innanzi definiti, riguardasse le discipline di seguito elencate, le Aziende sanitarie, nella fase di predisposizione dei piani attuativi, dovranno acquisire una preventiva autorizzazione da parte della Struttura commissariale/Assessorato Sanità:

- rete dell'emergenza medico-chirurgica: medicina, chirurgia, terapia intensiva; ortopedia e traumatologia;
- rete dell'emergenza cardiologia: cardiologia, UTIC e cardiocirurgia;
- rete dell'ictus cerebrale: neurologia e neurochirurgia;





- rete del trauma grave: ortopedia e traumatologia, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia vascolare;
- rete delle Cure Psichiatriche: psichiatrica
- rete Materno-Infantile: Pediatria, Neonatologia, Terapia intensiva neonatale, ostetricia e ginecologia;
- rete delle cure Riabilitative e di Lungodegenza: Unità Spinale, Recupero e rieducazione funzionale, stato vegetativo persistente, Neuroriabilitazione, Lungodegenza;
- rete Oncologica: Oncologia, Ematologia, Oncoematologia.
- le restanti alte specialità di cui al decreto ministeriale 29 gennaio 1992.

I piani attuativi aziendali non dovranno contenere, in questa fase, l'individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali. Infatti, la legge 23/12/2009 n° 191 (Legge finanziaria 2010), nel confermare le disposizioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2010-2012 definito nell'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, ha previsto all'art. 2, comma 71, che gli Enti del servizio sanitario nazionale "nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il perseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa, fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento."

Tale norma rende non più applicabile quanto disposto dal punto 4.2.2. della legge regionale n° 24/06, e ribadito dalla legge regionale n° 16/08, in merito al numero di posti letto che le unità operative devono possedere ai fini dell'attribuzione dell'indennità di struttura complessa.

Pertanto, con successivo decreto commissariale saranno emanati gli indirizzi richiesti dalla citata legge finanziaria 2010 e saranno fissate le modalità applicative e i termini cui dovranno attenersi le direzioni aziendali.

Tali indirizzi dovranno, in ogni caso comportare una riduzione, da operarsi su tutti i settori di attività delle Aziende Sanitarie (di prevenzione, sanitarie, tecnici e amministrativi) del numero di strutture complesse, pari a circa un quinto rispetto alle attuali attribuzioni.

La struttura commissariale congiuntamente all'Agenas provvederà a monitorare e verificare l'intero processo. In prima istanza, la verifica dello stato di attuazione delle direttive regionali sarà effettuata a 6 mesi dall'emanazione delle stesse.



5. IMPATTO ECONOMICO-FINANZIARIO

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana interviene in maniera strutturale sull'attuale configurazione dei presidi pubblici e privati, determinando, attraverso una molteplicità di azioni, una serie di risultati finalizzati al raggiungimento di una più qualificata offerta sanitaria.

Tale obiettivo dispiega i suoi effetti anche sul piano economico, generando a lungo termine, una stabile riduzione dei costi necessaria a contribuire all'equilibrio economico-finanziario dei bilanci delle Aziende sanitarie.

E' necessario tuttavia chiarire che la valutazione dell'impatto economico-finanziario delle misure di riqualificazione, riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera è difficilmente quantificabile in quanto esse impattano su di una serie di fattori produttivi (personale, beni di consumo, servizi, ecc.), già oggetto di specifiche misure di contenimento.

Peraltro, si deve considerare che ancorché si individuino specifici parametri e criteri di valutazione per la quantificazione della riduzione dei costi, l'intera manovra di riorganizzazione viene operata senza mettere in atto procedure di dismissione del personale e che, quindi, la revisione della rete comporterà effetti limitati su tale influente voce di costo, in quanto si otterrà unicamente una più ottimale ed efficiente redistribuzione del personale attualmente in servizio.

Infatti, l'utilizzo del personale a copertura di posti vacanti, sia in presidi ospedalieri sia in strutture territoriali è certamente in grado di assicurare una maggiore efficienza al sistema senza ricorso a nuove assunzioni, traducendosi, quindi, in una azione in grado anche di ridurre i costi, ma la cui effettiva valutazione in questa fase non è possibile determinare.

La valutazione dell'impatto economico è stata operata, quindi, nell'ottica innanzi descritta. L'obiettivo di risparmio relativo alla trasformazione di 907 posti letto per acuti in altrettanti posti di riabilitazione/lungodegenza e la dismissione di 1100 posti letto (760 pubblici e 350 privati) fanno prevedere una riduzione dei costi di circa 150 milioni di euro nei limiti temporali fissati dal cronoprogramma.

Si può comunque, con approssimazione, valutare il differenziale medio dei costi di un posto letto in ospedale per acuti (circa euro 200.000 annui), di un posto letto in riabilitazione/lungodegenza ospedaliera (circa in un 65%) e quello di un posto letto residenziale (circa in un 30%), tenendo conto del diverso carico assistenziale.

In dettaglio:

- La dismissione dei 1.297 posti letto dalla rete ospedaliera comporterà, entro un anno dalla messa a regime del nuovo assetto ospedaliero, un risparmio stimabile in circa 110 milioni di euro;
- la riconversione dei 953 posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione/lungodegenza comporterà una riduzione dei costi stimabile in circa 65 milioni di euro anche questa entro un anno circa dal raggiungimento dell'obiettivo.

Nel medio termine si potrà ottenere un obiettivo di risparmio a seguito delle azioni di razionalizzazione delle modalità organizzative delle unità operative. Ci si riferisce in particolare alla gestione comune delle risorse umane tra le diverse unità operative che erogano prestazioni sanitarie con la presenza h24 di personale sia medico che infermieristico.

Un ulteriore risparmio, a lungo termine, si potrà ottenere dalla riorganizzazione della rete territoriale, che contribuirà a conseguire specifici obiettivi di appropriatezza, relativamente alla riduzione di ricoveri ospedalieri impropri e grazie al potenziamento della rete residenziale (anziani, disabili psichici e fisici, malati terminali).

L'insieme delle azioni elencate si stima che possano comportare un risparmio economico di circa 250 milioni di euro, così ripartiti:

- 110 milioni dalla dismissione p.l. rete ospedaliera,
- 65 milioni riconversione p.l. per acuti in riabilitazione / lungodegenza,
- 75 milioni dall'insieme delle azioni relative agli interventi di razionalizzazione delle gestioni umane e dalla riorganizzazione della rete territoriale.

