

ALLEGATO

*PIANO REGIONALE OSPEDALIERO
PER IL TRIENNIO 2007-2009*

INDICE

CAPITOLO_1:	INTRODUZIONE	1
CAPITOLO_2:	INTRODUZIONE LEGISLATIVA NAZIONALE E REGIONALE : INDICATORI, STANDARD OBIETTIVI E VINCOLI.	5
CAPITOLO_3:	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN REGIONE CAMPANIA; ANALISI DEL FABBISOGNO	10
CAPITOLO_4:	GLI STRUMENTI DELLA PIANIFICAZIONE	14
CAPITOLO_5:	EMERGENZA	28
CAPITOLO_6:	LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO E L'ANALISI DEL FABBISOGNO	50
CAPITOLO_7:	LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIMODULAZIONE DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA PER IL TRIENNIO 2007-2009	71
CAPITOLO_8:	I COSTI	106
INDICE		118

CAPITOLO_1: INTRODUZIONE

1.1 *Relazione introduttiva alla redazione del piano sanitario ospedaliero della Regione Campania.*

Scopo di questo Capitolo 1, preliminare al Piano Sanitario Ospedaliero della Regione Campania, è quello di illustrare:

- A) i contenuti concettuali ispiratori del "Piano"
- B) la matrice logica che il termine sottintende
- C) le modalità tecnico-strumentali utili a trasferire il concetto generale di Piano nella realtà campana e specificatamente nelle componenti strutturali della Sanità
- D) l'analisi di tutte le componenti fisiche e logiche, in essere o da venire, utili a qualificare una offerta efficiente ed efficace di assistenza sanitaria sul territorio.

I punti fondamentali sono riconducibili a due dimensioni: *quella temporale e quella politica*:

La DIMENSIONE TEMPORALE di durata del Piano conduce anzitutto ai contenuti del Piano stesso.

Più lungo è il periodo di valenza del Piano, più generali e comprensive sono le indicazioni in esso incluse.

Nella definizione di un Piano, indipendentemente da chi è demandato a stenderlo, occorre poi determinare un *contesto* di riferimento riconducibile a sua volta alla DIMENSIONE POLITICA.

Definire un contesto di Piano significa:

- 1) esplicitare il Piano di ordine superiore (*ordinatore*) in cui il realizzando Piano deve inquadrarsi;
- 2) leggere con attenzione e descrivere le componenti ambientali che rientrano nella struttura del Piano: strutture pubbliche e private, dotazioni materiali ed immateriali, processi in itinere, interazioni consolidate con componenti esterne;
- 3) individuare, nell'ambito del Piano *ordinatore*, le linee d'azione a cui si intende contribuire col Piano in fase di realizzazione;
- 4) riprendere e fare propri i vincoli (normativi, strutturali, politici, di indirizzo) inclusi nel Piano *ordinatore*;
- 5) determinare gli obiettivi di Piano e verificarne la realizzabilità in ordine ai punti precedenti;
- 6) dettare le norme di Piano che diverranno poi vincoli per i piani di dettaglio che verranno ad inquadrarsi nell'ambito del Piano realizzato;
- 7) analizzare la consonanza del Piano realizzato con il Piano a monte (*ordinatore*) e con gli altri (*eventuali*) piani estratti da altri soggetti estensori dal Piano *ordinatore*.
- 8) ed infine, di rilevante importanza, condividere con gli estensori a monte ed a valle *l'unità di misura temporale* di riferimento.

Capacità prima dei pianificatori deve essere la ricerca di una consonanza temporale tra i "tempi" del Piano ed i tempi di coloro che sono in sistema con esso: i piani a monte, i piani a valle, i fruitori finali delle attuazioni che ne deriveranno.

Occorre attivare tutte le connessioni necessarie affinché le iniziative prese nei singoli centri decisionali contribuiscano effettivamente all'evoluzione del sistema verso il compimento del proprio obiettivo strategico.

Il processo di emersione del Sistema Sanitario Regionale dalla sua configurazione strutturale, appositamente progettata, avviene attraverso il concorso di una pluralità di soggetti decisori, le cui determinazioni volitive operano tanto in successione gerarchica quanto in parallelo. Ciò determina un processo decisionale e pianificatorio particolarmente articolato, in cui è necessario e decisivo un duplice coordinamento: in primo luogo, tra decisioni poste su ambiti logici progressivamente più ristretti e specifici; in secondo luogo, tra decisioni poste su ambiti logici diversi per contenuto, ma con pari ampiezza e specificità.

I differenti ambiti logici del Piano, costituenti la matrice logica, si sviluppano attraverso una serie di rappresentazioni strutturali (di livello diverso).

Pertanto, sono i soggetti decisori che, nell'ambito delle linee di azione individuate dai decisori di rango superiore (livello ministeriale), devono predisporre una selezione di progetti strumentali allo sviluppo di condizioni di efficienza ed efficacia per il perseguimento degli obiettivi di erogazione dei servizi sanitari.

Il processo di pianificazione sanitaria, in un'accezione moderna e complessiva, viene a configurarsi alla stregua di una composizione ordinata e coerente delle scelte, di vario grado, compiute da soggetti diversi.

Conseguentemente, ne discende un modello a supporto dell'azione di governo di natura tipicamente multilivello e modulare, a carattere ricorsivo.

Con riferimento a tale costrutto, è possibile individuare:

- 1) Il soggetto decisore che configura una struttura logica, quale rappresentazione delle risorse disponibili e delle priorità nella loro valorizzazione o permanenza;
- 2) Uno o più soggetti decisori stabiliscono l'equilibrio tra risorse interne valorizzate, risorse appositamente costituite e risorse reperite all'esterno;
- 3) Uno o più soggetti decisori che realizzano progetti coerenti e strumentali alle suddette direttrici.

In concreto la filosofia e gli obiettivi a cui il presente Piano è ispirato è quella che deriva dalle linee di tendenza legislative e culturali che ispirano la programmazione regionale ovvero:

- a) alta partecipazione delle Direzioni Aziendali nel processo di verifica di efficacia degli obiettivi raggiunti sia in termini di processo che di risultato;
- b) analisi dell'utilizzo attuale della rete ospedaliera;
- c) analisi della "domanda di assistenza sanitaria" presente in Regione Campania;
- d) sistematizzazione ed implementazione di una metodologia di pianificazione che rappresenti una linea guida per il livello centrale e periferico per l'attivazione, disattivazione e riconversione totale o parziale delle strutture, entro i limiti quantitativi e gli obiettivi strategici tracciati dal Piano;

- e) potenziamento e valorizzazione delle Alte Specializzazioni anche con l'obiettivo della riduzione della migrazione sanitaria in alcune discipline strategiche quali la cardiocirurgia, l'ematologia, l'oncologia;
- f) riorganizzazione del Sistema di Emergenza, anche attraverso risposte tecnologicamente avanzate;
- g) verifica delle strutture di ricovero alla luce delle necessità prioritarie di allocare i DH medico-chirurgici in strutture diverse dalle U.O. di degenza ordinaria e di creare quelle forme alternative al ricovero e nell'ottica della integrazione ospedale-territorio che meglio possano rispondere ai bisogni epidemiologici del territorio;
- h) rivisitazione e sviluppo delle attività di riabilitazione, con il riequilibrio dell'offerta pubblica e privata ispirata agli obiettivi di salute della popolazione;
- i) pianificazione e governo del rapporto pubblico-privato, finalizzato alla risposta ai bisogni di salute della popolazione e non solo alla verifica del possesso dei requisiti.
- j) riequilibrio territoriale dell'offerta ospedaliera, attraverso il progressivo decongestionamento dell'area urbana ed il decentramento delle strutture.
- k) potenziamento dell'offerta della degenza per acuti al paziente anziano e messa in rete dell'offerta attraverso la dipartimentalizzazione delle attività a completamento di quanto già programmato a livello nazionale e regionale (Progetto Obiettivo Anziani, Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale 2002-2004, D GR C. 5744 del 28/11/2000, Progetto Ministeriale "CRONOS", Legge regionale 8/ 2003 sulle RR.SS.AA).

Il Piano, che è inserito nella attuale realtà legislativa, economica ed organizzativa, mira prioritariamente alla piena tutela della salute dei cittadini ponendo i diritti del paziente al centro delle attività ospedaliere, tenendo conto della necessità di un contenimento della spesa sanitaria che, in ogni caso, non mini la qualità delle prestazioni offerte. In particolare:

- 1) l'indice di posti letto programmati per abitanti passa da 5,2/1.000 abitanti del Piano precedente al 4,2/1.000 abitanti;
- 2) vengono indicate le dimensioni minime delle Unità Operative Complesse, allo scopo di migliorare l'efficienza e razionalizzare le spese;
- 3) vengono forniti rigorosi criteri per la riorganizzazione dell'emergenza, attraverso:
 - a) la verifica dei requisiti tecnologico-strutturali e organizzativi;
 - b) la riorganizzazione dell'emergenza attraverso una "rete" esaustiva delle esigenze individuate in ambito provinciale.

Il Piano per raggiungere gli obiettivi tracciati percorre le seguenti tappe:

- A) analisi della situazione legislativa con relativi vincoli e risorse;
- B) fotografia analitica e ragionata dell'utilizzo attuale della rete ospedaliera campana;
- C) messa a punto del percorso di gestione periferica della programmazione posta in essere dal livello centrale, attraverso linee guida che razionalizzino le metodologie di attivazione, di-

sattivazione e riconversione delle funzioni delle strutture nei limiti emergenti dal calcolo dei fabbisogni;

- D) elaborazione di modelli di erogazione dell'assistenza, compresi i modelli miranti al decongestionamento e all'ottimizzazione del ricorso all'ospedalizzazione, attraverso la definizione di percorsi alternativi al ricovero e che prevedono l'integrazione ospedale-territorio e, se necessario, interaziendale;
- E) proposte di riorganizzazione della rete dell'emergenza sulla base di un'adeguata qualificazione tecnologica ed organizzativa;
- F) monitoraggio e verifica annuale dei risultati raggiunti, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni offerte sia sotto il profilo del miglioramento dello stato di salute della popolazione.

CAPITOLO__2: INTRODUZIONE LEGISLATIVA NAZIONALE E REGIONALE : INDICATORI, STANDARD OBIETTIVI E VINCOLI.

2.1 Inquadramento normativo e riforma del titolo V della Carta Costituzionale

Il sistema della tutela della salute nel nostro Paese ha vissuto, negli ultimi decenni, una serie di riforme strutturali che hanno profondamente modificato l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le trasformazioni intervenute vanno comunque inquadrate nel più ampio dibattito riformatore che sta interessando tutti i Paesi Occidentali, che sono sempre più orientati verso la realizzazione di un progetto di ridefinizione del welfare.

La politica riformistica italiana ha tenuto in debito conto non solo il problema del contenimento della spesa sanitaria e, quindi, della necessità di "razionalizzazioni economiche gestionali", ma ha posto a fondamento della sua azione l'esigenza di correggere le anomalie di funzionamento del servizio sanitario in modo da garantire alla collettività un servizio migliore.

In questo quadro di riforme, caratterizzato anche da un sempre maggiore potenziamento delle funzioni regionali, va considerata la riforma del Titolo V della Carta Costituzionale (legge 3/2001).

Le disposizioni costituzionali che hanno, infatti, ripartito le competenze legislative statali e regionali in materia, da un lato riservano alla legislazione esclusiva dello Stato "la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale" (art. 117, comma 2, lett. m) e dall'altro inseriscono la materia della tutela della salute (che si sostituisce alla vecchia dizione "assistenza sanitaria ed ospedaliera") in quelle di competenza legislativa concorrente, con determinazione dei principi fondamentali da parte dello Stato e competenza legislativa e regolamentare (quest'ultima del tutto esclusiva) regionale (art. 117, comma 3).

La sede regionale, nel rispetto dei principi fondamentali dettati dalla legislazione statale e coerentemente con l'autonomia di spesa, è divenuta l'unica competente a regolamentare nel dettaglio e ad implementare i meccanismi, gli strumenti e gli aspetti organizzativi preposti ad assicurare la tutela della salute.

Residua, dunque, in capo alle regioni, anche in coerenza con la loro autonomia di spesa, la disciplina degli aspetti di dettaglio.

In questo contesto in cui, come si è detto, la regione ha fortemente potenziato le sue funzioni, vanno inserite le norme, nazionali e regionali, che assegnano alle regioni il potere di adottare, nell'ambito della organizzazione sanitaria, un Piano ospedaliero mediante il quale attuare la revisione della rete ospedaliera con la rideterminazione del fabbisogno regionale di posti letto pubblici e privati.

2.2 Il Piano Ospedaliero nel contesto normativo nazionale.

Le principali disposizioni normative che disciplinano in ambito nazionale l'organizzazione della rete ospedaliera sono rappresentate da:

- 1) D.Lgs. 30/12/1992 n°. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 2) art. 2, comma 5, legge 28 dicembre 1995, n. 549;
- 3) art. 1, legge 23 dicembre 1996, n. 662;

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006 – 2008

Il nuovo PSN, pur affermando la necessità di stabilire, in un quadro di federalismo sanitario, una analisi condivisa tra Stato e Regioni e il principio che «...è necessario definire un nuovo "grande sistema" nel quale non esiste più un solo attore, ma numerosi soggetti, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono matrici di responsabilità di processo centrali e non...», individua tuttavia specifici obiettivi cui uniformare la "tutela della salute" inquadrando il ruolo autonomo regionale in un complessivo contesto nazionale:

- a) definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo sarebbe la contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, necessaria per disciplinare compiutamente le aree di attività nelle quali l'intervento sanitario è strettamente integrato all'intervento assistenziale;
- b) aggiornare le liste delle prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative sviluppate nel corso degli ultimi anni, delle quali sia stata dimostrata l'efficacia clinica e/o l'economicità. La questione è particolarmente urgente nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica;
- c) definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità e inappropriata prescrizione, per garantire l'uso efficace delle risorse e tempi accettabili di fruizione delle prestazioni medesime;
- d) evitare una carente diffusione dei servizi sul territorio: in alcune aree del territorio nazionale alcune tipologie di servizi ed attività assistenziali presentano ancora una diffusione insufficiente rispetto alle necessità della popolazione, in specie per quanto riguarda il livello dell'assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Va pertanto affrontata la problematica della individuazione condivisa di soglie minime di dotazione di alcuni servizi essenziali il cui raggiungimento in tutte le Regioni rappresenti un obiettivo da perseguire nel triennio;
- e) ridefinire l'onerosità della quota di partecipazione alla spesa: la disciplina in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, risalente agli anni 1993/1995, appare ormai inadatta a selezionare gli assistiti che hanno bisogno di un'agevolazione di natura economica per accedere alle prestazioni sanitarie. Per questo si può puntare a ridefinire le condizioni di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria (reddito, patologia, invalidità);

- f) contrastare la disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche di alta complessità nelle diverse aree territoriali. Da una elaborazione effettuata sulle schede di dimissione ospedaliera emerge che i cittadini residenti in alcune aree territoriali usufruiscono di alcune prestazioni, sicuramente efficaci ed in grado di incidere risolutivamente sulle specifiche condizioni patologiche, in misura significativamente inferiore dei cittadini residenti altrove. Da questa constatazione discende la necessità di attivare iniziative nazionali e regionali volte ad approfondire le cause di questa disomogeneità ed adottare, se necessario, interventi correttivi.

2.3 *Il Piano Ospedaliero nel contesto normativo regionale.*

Questo fondamentale strumento di revisione della rete ospedaliera ha trovato negli ultimi anni una sua puntuale previsione, fra l'altro, all'interno delle seguenti norme della Regione Campania:

- 1) Legge Regione Campania n. 2 del 26 febbraio 1998;
- 2) Art. 10, comma 1, legge n. 10 dell'11 luglio 2002, recante "norme per il piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004" secondo cui la Giunta regionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, approva, quale proposta al Consiglio Regionale, un nuovo piano regionale ospedaliero per la revisione della rete ospedaliera campana e per la conseguente rideterminazione del fabbisogno regionale dei posti letto pubblici e privati. Tale revisione è finalizzata ad una più qualificata assistenza ospedaliera, ad una più efficace utilizzazione delle risorse, anche finanziarie, in relazione al bisogno della popolazione, all'attivazione di procedure di preospedalizzazione atte a ridurre i tempi di ricovero in ospedale, nonché all'adozione di misure idonee per una utilizzazione degli ospedali appropriata al ruolo che essi svolgono nella rete ospedaliera;
- 3) Art. 10, comma 2, legge regionale n. 10 dell'11 luglio 2002, recante "norme per il piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004" stabilisce che la revisione di cui al comma 1 è effettuata sulla base (tra gli altri parametri) dell'indice dei posti letto pubblici e privati programmati dalle aziende sanitarie in attuazione del piano regionale ospedaliero, approvato con legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

2.4 *Obiettivi e contenuti del piano ospedaliero regionale. Indicatori, standard e vincoli.*

Il Piano deve, alla luce della normativa richiamata, indicare le linee essenziali della riorganizzazione della rete ospedaliera, tra cui:

- A. riconfigurazione della rete ospedaliera, eventualmente ridisegnanandola nella sua architettura ed integrandola nella funzionalità dei distretti, di modo che il "sistema" raggiunga un grado di efficacia dell'assistenza, coerente con gli obiettivi di ottimizzazione nell'impiego delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei cittadini;

B. integrazione delle responsabilità e delle funzioni ospedaliere e territoriali, su scala provinciale, anche in materia di risposta all'emergenza sanitaria, di assistenza residenziale, di cure palliative, di lungodegenza, di assistenza agli anziani e disabili;

Il Piano vuole realizzare una organizzazione regionale «a rete», «organica», «dinamica», «unitaria» ed «efficiente» della capacità di assistenza sanitaria con crescenti livelli di integrazione e complementarietà funzionale, anche attraverso una capillare informatizzazione al fine di confermare o cambiare con tempestività le scelte operative, organizzative e finanziarie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera dovrà tendere sempre più a definire l'ospedale quale luogo di cura delle patologie acute, capace di fornire risposte assistenziali moderne, efficaci ed efficienti, attente alla unicità biologica e psicologica dei pazienti.

In tale quadro il Piano individua i limiti strutturali - operativi dell'assetto organizzativo esistenti e i criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera.

I limiti strutturali - operativi dell'assetto organizzativo esistente sono così individuati:

- a) distribuzione disomogenea dell'offerta sul territorio regionale in senso quantitativo e per specialità;
- b) significativa mobilità sanitaria intra ed extraregionale;
- c) carenze e disomogeneità delle risorse umane in relazione all'assetto organizzativo esistente;
- d) efficienza non ottimale;
- e) elevati livelli dei costi;

I criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera, sono così identificati:

- 1) autosufficienza su base provinciale
- 2) necessità di garantire assistenza omogenea sul territorio regionale con riferimento ai livelli essenziali;
- 3) realizzazione di un razionale e qualificato sistema d'assistenza ospedaliera distribuito sul territorio nel quadro di un riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
- 4) riorganizzazione delle attività interne dei presidi ospedalieri attraverso la dipartimentalizzazione ed il superamento della frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, con particolare riferimento alle strutture complesse;
- 5) eventuale trasformazione o riconversione di parte delle strutture ospedaliere in strutture residenziali o in altre tipologie di offerte assistenziali;
- 6) potenziamento delle strutture che erogano prestazioni di Alta Specializzazione e/o attivazione di nuove strutture costituenti Centri di Alta Specializzazione;
- 7) realizzazione di piani intra-ospedalieri per un rapido adeguamento ad esigenze assistenziali connesse ad eventi di maxi-emergenze, nonché individuazione di strutture ospedaliere dedicate ad eventi calamitosi.

2.5 *L'intervento delle Aziende della Salute nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali.*

La rete dei servizi ospedalieri e territoriali, dunque, è momento di integrazione e collegamento funzionale tra le strutture e gli Attori che partecipano al sistema Sanità.

Scopo della creazione della rete è quello di assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata e adeguata alla complessità delle stesse.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, in definitiva, ha il compito di tracciare il solco verso una complessiva razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

L'attività di rimodulazione della rete ospedaliera deve porsi l'obiettivo di realizzare strutture ad elevata qualificazione professionale, tecnologica e logistica, idonee a garantire, con strumenti moderni, il trattamento di patologie acute a media ed elevata necessità assistenziale. Tali strutture dovranno integrarsi ed interagire con una rete ospedaliera capace di fornire altresì risposte assistenziali a problemi di minore complessità e quindi garantire elevati livelli di integrazione con le funzioni di assistenza territoriale. In questo senso la riorganizzazione della rete ospedaliera dovrà ridefinire il ruolo dei piccoli ospedali che attualmente, in un consistente numero di casi, non sono idonei a fornire adeguate ed efficaci risposte assistenziali risultando inutilmente costosi.

La riorganizzazione della rete secondo le evidenziate modalità è coerente con la tendenza (anche a livello nazionale) di una progressiva riduzione dei tassi di ospedalizzazione.

Naturalmente, è indispensabile che la redistribuzione della rete ospedaliera sia in sintonia con le esigenze del territorio.

A questo livello, pertanto, la collaborazione e l'intervento attivo delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere risultano decisivi.

CAPITOLO__3: L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN REGIONE CAMPANIA; ANALISI DEL FABBISOGNO

I temi del presente capitolo nascono dai dati di utilizzo delle strutture ospedaliere esistenti in regione, forniti dalle direzioni aziendali. L'analisi dei dati consente di disegnare la programmazione degli interventi su base provinciale, così come esplicitata successivamente dal piano.

In premessa tuttavia si ritiene indispensabile precisare che gli interventi dovranno essere posti in essere senza appesantire ulteriormente il bilancio della sanità in Regione Campania. Tale operazione appare praticabile se solo si esaminino nel loro complesso i costi del SSR e la loro configurazione.

Così come riportato analiticamente nel successivo Capitolo 8 appare evidente la discrepanza tra i ricavi ed i costi che, nella media dell'intero territorio regionale, ricevono copertura dai ricavi per una percentuale pari a circa il 63%.

La Sezione Regionale della Corte dei Conti, nella relazione sulla gestione finanziaria della Regione Campania – esercizio 2002 - pone, con riferimento alla Sanità, *“l'ottimizzazione delle risorse strutturali, strumentali, umane ed economiche”* tra gli interventi strategici essenziali nel settore, peraltro già acquisiti dalla L.R. n. 10/2002: *“Piano sanitario Regionale 2002-2004”*. Nella medesima relazione la Corte osserva anche lo scarso livello di applicazione, da parte dei Direttori generali, dei numerosi atti programmatori posti in essere dal Governo regionale, diretti a *“migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie”*.

Al fine di rispondere alle sopra esposte esigenze si è ritenuto necessario puntualizzare nel Capitolo 8 alcune ipotesi mirate alla razionalizzazione del servizio ospedaliero.

Si ritiene pertanto che i costi derivanti dall'incremento di taluni servizi, data la già ricordata situazione di difficoltà finanziaria relativa al settore, vadano reperiti mediante la razionalizzazione dell'esistente, con la disattivazione delle discipline sovrarappresentate e con la destinazione a fini di investimento, da parte dei Direttori Generali, dell'1% dei fondi annualmente ripartiti e del 20% dei fondi ricavati dalla vendita degli immobili di proprietà, alienabili perché non vincolati al perseguimento dei fini istituzionali delle Aziende

Considerato il tasso di utilizzo dei posti letto al 75% quale limite inferiore accettabile al di sotto del quale è necessario ridurre il numero di posti letto fino all'eventuale accorpamento o disattivazione di reparti di degenza, tenuto conto dei casi di temporanea sospensione dei ricoveri per giustificati motivi, e fissando come limite superiore accettabile il 95%, si possono ricavare alcune indicazioni, complessivamente considerate per le strutture ospedaliere di ciascuna Provincia, frutto sia della valutazione degli indici sopra riportati, ma anche della domanda inespressa per mancanza di offerta, anche tecnologica, o della mobilità extraregionale o extra provinciale, ritenute elementi rilevanti in sede di programmazione della rete ospedaliera.

Premessa l'indispensabilità di interventi volti alla disattivazione di talune discipline, in considerazione del necessario potenziamento della rete dell'Emergenza, appare evidente la necessità di attivare e/o incrementare le sottoelencate discipline dotate di rilevanti caratteristiche strategiche e di risposta ad esigenze di forte pregnanza sociale:

A. PROVINCIA DI AVELLINO

- a) Riabilitazione neurologica
- b) Riabilitazione cardiologica
- c) Lungodegenza riabilitativa
- d) Neuropsichiatria infantile
- e) Radioterapia
- f) Stroke Unit
- g) Unità Spinale Unipolare
- h) Oncologia
- i) Emodialisi
- j) Geriatria con settore specifico per non autosufficienti
- k) Emergenza pediatrica

B. PROVINCIA DI BENEVENTO

- a) Emodialisi
- b) Cardiochirurgia
- c) Stroke Unit
- d) Rianimazione T. Intensiva Polivalente
- e) Lungodegenza riabilitativa
- f) Riabilitazione neurologica
- g) Riabilitazione cardiologica
- h) Oncologia
- i) Radioterapia
- j) Trauma Center
- k) Geriatria con settore specifico per non autosufficienti
- l) Emergenza pediatrica

C. PROVINCIA DI CASERTA

- a) Cardiologia
- b) Psichiatria
- c) Ematologia
- d) Chirurgia pediatrica
- e) Chirurgia vascolare
- f) Neurologia
- g) Emodialisi
- h) Oncologia
- i) Pneumologia
- j) Radioterapia
- k) Trauma Center
- l) Riabilitazione neurologica

- m) Stroke Unit
- n) Lungodegenza riabilitativa
- o) Geriatria con settore specifico per non autosufficienti
- p) Emergenza pediatrica
- q) Malattie infettive *

D. PROVINCIA DI SALERNO

- a) Riabilitazione
- b) Riabilitazione neurologica
- c) Lungodegenza
- d) Cardiochirurgia
- e) Ematologia
- f) Geriatria
- g) Psichiatria
- h) Emodialisi
- i) Oncologia
- j) Radioterapia
- k) Stroke Unit
- l) Trauma center
- m) Chirurgia maxillo facciale
- n) Attività trapiantologia
- o) Geriatria con settore specifico per non autosufficienti
- p) Emergenza pediatrica
- q) Malattie infettive *

E. AREA METROPOLITANA DI NAPOLI**E.1) NA 2 - NA 3**

- a) Riabilitazione
- b) Lungodegenza riabilitativa
- c) Trauma Center
- d) Psichiatria
- e) Emodialisi
- f) Radioterapia
- g) Geriatria con settore specifico per non autosufficienti

E.2) NA 4 - NA 5

- a) Riabilitazione
- b) Lungodegenza riabilitativa
- c) Oncologia
- d) Radioterapia
- e) Emodialisi

- f) Pneumologia
- g) Neuroradiologia
- h) Ematologia
- i) Chirurgia maxillo-facciale

E.3) AREA URBANA DI NAPOLI – NA 1

- a) Stroke Unit
- b) Unità Spinali
- c) Emodialisi
- d) Riabilitazione cardiologica
- e) Lungodegenza riabilitativa
- f) Attività trapiantologia
 - 1) Rene AUP Federico II
 - 2) Rene pediatrico AORN Santobono - Pausilipon
 - 3) Fegato AO Cardarelli
 - 4) Cuore AO Monaldi
 - 5) Cornea..... AUP Federico II e P.O. Pellegrini
 - 6) Midollo osseo allogenico eterologo AUP Federico II, AORN Santobono-Pausilipon
 - 7) Midollo osseo autologo AUP Federico II, AORN Santobono - Pausilipon, AO Cardarelli
- g) Banche tessuti
 - 1) Cornea..... Osp. Pellegrini
 - 2) Intestino AUP Federico II
 - 3) Cellule pancreatiche..... AUP Federico II
 - 4) Banca sangue Cordone Ombelicale..... AORN Santobono-Pausilipon
- h) Psichiatria
- i) Oncologia
- j) Radioterapia
- k) Neuropsichiatria infantile
- l) Pneumologia

Quanto alle modalità attuative delle sopra dette disposizioni, si rinvia al successivo Capitolo 4, in particolare laddove viene delineato il ruolo e l'operatività del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP).

* *L'inserimento della Disciplina delle malattie infettive è dovuta al fatto che alcune aree della nostra Regione – specificamente le Province di Caserta e Salerno - sono sede di consistente immigrazione extracomunitaria. Si precisa tuttavia che i reparti da istituire devono essere sede soltanto di interventi di prima accoglienza restando l'Ospedale di riferimento regionale l'AO Cotugno.*

CAPITOLO_4: GLI STRUMENTI DELLA PIANIFICAZIONE

4.1 Premessa

L'evoluzione legislativa ha previsto con il D.Lgs. 229/99 (di modifica ed integrazione del D.Lgs. 502/92) il coinvolgimento allargato, nelle fasi attuative della pianificazione, non solo delle direzioni aziendali, ma anche dei Sindaci e delle Rappresentanze dei Cittadini.

La costruzione del Piano Regionale Ospedaliero (P.R.O.) 2007-2009 deve conseguire un primo punto di arrivo consistente nella corretta definizione dei seguenti dati relativi a ciascuna specialità ospedaliera:

- A.) numero di posti letto totali occorrenti (NO), per ciascuna specialità, sia a livello regionale sia a livello di ciascuna provincia, tenendo conto dei dati del fabbisogno così come parametrato nel precedente capitolo sulla base del "range" 75%-95% dove il 75% ed il 95% sono valutati rispettivamente come limiti accettabili inferiore e superiore del tasso di occupazione dei posti letto, sia pure integrati dalle valutazioni afferenti il ruolo sociale o strategico di talune discipline. Inoltre tale parametro va ponderato in relazione alla degenza media, alla produttività e all'intervallo del turn-over ;
- B.) numero di posti letto esistenti (NE) al 1° gennaio 2004 globalmente nella Regione, disaggregati per specialità e per Provincia, in ogni Azienda Sanitaria Pubblica e nel complesso delle altre Strutture Sanitarie provvisoriamente accreditate e/o convenzionate con il pubblico.

Per soddisfare compiutamente i bisogni di servizi ospedalieri della popolazione campana nel periodo di vigenza del Piano Regionale Ospedaliero occorrerà, pertanto:

- 1) attivare i nuovi posti letto occorrenti ad attività indicate nel presente Piano come carenti o addirittura assenti in Regione (NO-NE), quando NO è maggiore di NE, nei limiti delle risorse regionali disponibili attingendo sia al FSR che alle risorse derivanti dalla riconversione dei posti letto (per gli investimenti come per le spese correnti) nel medio periodo;
- 2) disattivare i posti letto esistenti che eccedano i bisogni (NE-NO), quando NE è maggiore di NO, recuperando tutte le possibili risorse conseguenti alla disattivazione dei posti letto per destinarle ad iniziative prioritarie desumibili dalle ipotesi programmatiche del presente Piano Ospedaliero.

4.1.1 Il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP)

Si ritiene opportuno istituire, nell'ambito delle singole Province, Il Coordinamento Tecnico Provinciale di cui fanno parte i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, Universitarie e degli IRCCS che insistono nella stessa provincia, una rappresentanza dei Comitati dei Sindaci formata dai Presidenti dei Comitati medesimi o loro delegati e dai Sindaci dei Comuni sede di Presidio Ospedaliero e di IRCCS, due tecnici nominati dalla V Commissione, uno su proposta

della maggioranza ed uno su proposta della minoranza e presieduto dall'Assessore alla Sanità o da un suo delegato.

Ogni Coordinamento provinciale ha il compito di monitorare l'attuazione delle disposizioni programmatiche contenute nel Piano Regionale Ospedaliero.

In particolare, con riferimento all'indice regionale dei posti letto programmati pari a 4,2/1000 abitanti (vedi Capitolo_1) nella sottostante tabella si indica il numero dei PL x 1000 abitanti per le cinque Province.

Tale indice deve essere considerato, da ciascuno dei CCTTPP interessati, quale limite invalicabile di dotazione complessiva di PL/provincia.

Tali limiti devono essere comprensivi di quanto contenuto nella DGRC n° 1957 del 22/10/04, specificatamente all'art. 4, e nella collegata DGRC n° 2012 del 17/5/2002, aventi entrambe ad oggetto la programmazione delle attività sanitarie anche in regime di ricovero della popolazione carceraria.

	Province					
	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania
PL totali x 1000 ab	4,23	4,29	4,08	4,26	4,05	4,19
PL riabilitazione e lungodegenza x 1000 ab.	0,67	0,69	0,61	0,63	0,60	0,63

Gli indici derivano dalla domanda di ricovero espressa rimodulata per un recupero di efficienza operativa fissato a tassi di occupazione compresi tra 75% e 95% ed attraverso un recupero di appropriatezza ottenuto riducendo PL nel caso di prestazioni spostate in DH con i provvedimenti regionali sui LEA. Il numero di ricoveri su cui è stata misurata la domanda è, ovviamente anche influenzato dalle caratteristiche di età della popolazione; la domanda è dunque leggermente più elevata nelle aree geografiche dove la popolazione è più vecchia (Avellino e Benevento).

Per quanto riguarda la città di Napoli non si può non tener conto che un eccesso di posti letto è determinato dalla forte concentrazione di Aziende Ospedaliere ed Universitarie.

Ciascun CTP esaminerà, per ogni specialità, la situazione di esubero o di carenza di posti letto in ambito provinciale per monitorare che il sistema di organizzazione provinciale sia assolutamente coerente con gli obiettivi strategici identificati dal Piano Regionale Ospedaliero proponendo una varietà di risposte organizzative (ricovero, DH, ambulatori, assistenza domiciliare, etc.) che garantisca risposte adeguate ai bisogni nel quadro di un recupero di appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale.

Il CTP verifica, rispetto alla programmazione della Regione, se gli obiettivi di piano siano realizzati o meno e determina, alla luce dei risultati, su quali settori accelerare nell'azione di gestione per meglio corrispondere, su base provinciale, a raccordare l'azione di governo di tutti i Direttori Generali finalizzata al raggiungimento degli obiettivi approvati dal Consiglio regionale.

I CCTTPP sono attivati dall'Assessore regionale alla Sanità entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Regionale Ospedaliero.

In coerenza con quanto stabilito dal Piano sanitario regionale, l'Assessore Regionale alla Sanità invierà le relazioni elaborate dai CCTTPP alla Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria Regionale, organo consultivo previsto dall'art. 20 della Legge Regionale 10/2002, ed eventuali osservazioni e/o prescrizioni ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

4.1.2 La stesura dei piani attuativi aziendali per i servizi ospedalieri 2007-2009

I Direttori Generali, in coerenza con le previsioni programmatiche del PRO provvederanno ad adottare i piani attuativi aziendali intesi come *strumenti* cui affidare la determinazione complessiva della fisionomia giuridica e strategica dell'Azienda della Salute, da attribuirsi nel rispetto dei principi e criteri fissati dalla Regione. I Piani attuativi aziendali, dovranno essere adottati entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del PRO ed inviati all'Assessorato alla Sanità che, nei successivi trenta giorni, li propone alla Giunta Regionale, sentita la V^a Commissione Permanente. Nelle Aziende ove entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del PRO non vengano approvati i Piani attuativi aziendali, l'Assessore alla Sanità provvede alla nomina di un commissario ad acta.

Per tale ultima procedura si applica l'art. 16, commi 5, 6, 7, 8 e 9 della Legge Regionale n°. 10/2002.

L'Assessorato alla Sanità si avvarrà di un supporto tecnico amministrativo per l'istruttoria relativa all'approvazione dei Piani attuativi aziendali da parte della Giunta Regionale.

I Direttori Generali delle Aziende potranno destinare l'1% del Fondo Sanitario annualmente ripartito per spese di investimento per l'ammodernamento tecnologico, in coerenza con le previsioni programmatiche del PRO e con gli interventi del Programma Straordinario di Edilizia Sanitaria ex art. 20 L. 67/1988 e dovranno altresì destinare il 20% delle risorse derivate dall'eventuale alienazione di immobili non vincolati a destinazione sanitaria per gli investimenti necessari alla la piena attuazione delle disposizioni programmatiche contenute nel presente piano.

4.2 *Analisi dei modelli organizzativi dell'erogazione dell'assistenza in regime di ricovero (dipartimenti, DH, DS, ospedalizzazione a domicilio).*

4.2.1 Premessa

Nel presente capitolo vengono analizzate le modalità organizzative per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, alla luce della cornice normativa illustrata già nel capitolo 2.

In modo particolare viene sottolineata:

- a) l'importanza ai fini del raggiungimento dei principi di massima efficacia, efficienza ed umanizzazione nel medio termine, delle soluzioni alternative al ricovero, tra le quali ad esempio, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, le RRSSAA e gli Hospice;
- b) la necessità di raggiungere una sempre maggiore efficacia ed efficienza organizzativa interna alle strutture ospedaliere.

4.2.2 La organizzazione interna delle strutture ospedaliere

Le strutture ospedaliere sono articolate in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici:

- 1) i Dipartimenti, comunque definiti (strutturali, integrati, funzionali, interaziendali, etc.) rappresentando il modello operativo previsto dal decreto legislativo n° 229/99 e dal decreto 517/99, svolgono attività professionali e gestionali, come espressamente previsto dall'articolo 27, 5° comma dei contratti collettivi nazionali di lavoro delle aree dirigenziali. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite;
- 2) per Struttura Complessa si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie, secondo quanto previsto dall'articolo 15 - quinquies, 5° comma del Decreto Legislativo n° 229/99 e dai relativi articoli dei Contratti Collettivi Nazionali di lavoro vigenti;
- 3) le Strutture Semplici sono articolazioni funzionali della struttura complessa afferente al Dipartimento; se la struttura semplice afferente al dipartimento non dipende da alcuna struttura complessa, essa assume la valenza di struttura semplice dipartimentale.

I posti letto sono in dotazione complessiva all'Unità Operativa Complessa e al Dipartimento.

Tra i criteri ispiratori del presente piano assume particolare rilevanza quello relativo alla riorganizzazione interna delle strutture ospedaliere ispirata alla effettiva realizzazione della dipartimentalizzazione ed al superamento della frammentazione e duplicazione delle strutture organizzative esistenti, con particolare riferimento alle strutture complesse, sia per le attività di ricovero che per l'attività diagnostiche e di servizio.

Si ritiene pertanto indispensabile definire il numero minimo di posti letto che le Unità Operative, nelle discipline di seguito elencate secondo il livello di intensità delle cure, devono possedere ai fini dell'attribuzione delle indennità di struttura complessa.

Per la finalità ora esplicitate le discipline specialistiche di medicina e di chirurgia che non trovano esplicita menzione nell'elenco che segue, vanno individuate e riferite, per quanto attiene il numero dei posti letto, alla metà di quanto previsto per la disciplina madre, privilegiando la aggregazione dipartimentale. L'attivazione delle specialità è definita in ragione di un indice di occupazione dei PL non inferiore al 75%.

A) STRUTTURA COMPLESSA DI TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA

Moduli di posti letto n° 8

- 1) Rianimazione
- 2) Grandi Ustionati
- 3) Terapia Intensiva Cardiologica
- 4) Terapia Intensiva Neonatale

B) STRUTTURA COMPLESSA DI SPECIALITÀ AD ELEVATA ASSISTENZA

Moduli di posti letto n° 15

- 1) Cardiochirurgia (+ 6 posti letto di Terapia Intensiva post-Chirurgica)
- 2) Ematologia con trapianto

- 3) Nefrologia con trapianto ed emodialisi
- 4) Neurochirurgia (+ almeno 4 posti letto di Terapia Intensiva post-operatoria)
- 5) Malattie Infettive (di cui 5 dedicati alle patologie connesse alle migrazioni)
- 6) Chirurgia Specialistica con attività trapiantologia (+ 4 posti letto di terapia intensiva)
- 7) Oncoematologia Pediatrica (+ 4 posti letto per trapianto)

C) STRUTTURA COMPLESSA DI SPECIALITÀ A MEDIA ASSISTENZA

C.1.) TIPO A - Moduli di posti letto n° 15

- 1) Chirurgia Maxillo-facciale
- 2) Chirurgia Pediatrica
- 3) Chirurgia Plastica
- 4) Chirurgia Toracica
- 5) Chirurgia Vascolare
- 6) Ematologia
- 7) Gastroenterologia
- 8) Neurologia (20 posti letto nelle strutture con stroke unit))
- 9) Oncologia (+ 2 posti letto per pazienti immunocompromessi) - (20 posti letto in strutture con servizio di radioterapia)
- 10) Pediatria
- 11) Urologia Pediatrica

C.2.) TIPO B - Moduli di posti letto n° 20

- 1) Cardiologia
- 2) Nefrologia e dialisi

D) STRUTTURA COMPLESSA DI SPECIALITÀ DI BASE

D.1.) TIPO A - Moduli di posti letto n° 15

- 1) Angiologia
- 2) Broncopneumologia (compreso il servizio di fisiopatologia respiratoria)
- 3) Diabetologia e Malattie del ricambio
- 4) Endocrinologia
- 5) Oculistica
- 6) Reumatologia
- 7) Urologia
- 8) Otorinolaringoiatria

D.2.) TIPO B - Moduli di posti letto n° 20

- 1) Ortopedia e Traumatologia
- 2) Geriatria

D.3.) TIPO C - Moduli di posti letto n° 25

- 1) Chirurgia generale ed Astanteria
- 2) Medicina generale ed Astanteria
- 3) Ostetricia e Ginecologia

E) STRUTTURA COMPLESSA DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA RIABILITATIVA

Moduli di posti letto n° 30

- 1) UGTC (Unità Grandi Traumi Cerebrali) 20 posti letto

F) UNITA' SPINALI UNIPOLARI

10 posti letto

- G) CENTRO DI RISVEGLIO PEDIATRICO da allocare presso l'AORN SANTOBONO
H) CENTRO DI RISVEGLIO PER ADULTI da allocare presso l'AORN RUMMO di BENEVENTO
I) NEONATOLOGIA

10 posti letto

Per la dialisi, l'odontoiatria, la neuropsichiatria infantile, la dermatologia, la medicina del lavoro e l'allergologia la dimensione operativa andrà valutata, all'interno dell'Azienda, secondo i parametri dettati dalla domanda e dall'analisi epidemiologica del territorio, con vincolo di destinazione di posti letto nell'ambito dell'area dipartimentale di riferimento. Per le discipline afferenti all'area diagnostica e dei servizi saranno i Piani Attuativi Aziendali, a prevederne tipologia e numero.

I principi ai quali si atterrano i piani attuativi aziendali nella previsione, per tipologia e numero, delle unità operative delle discipline afferenti all'area diagnostica e dei servizi sono di seguito così sintetizzati:

- A) l'individuazione dovrà essere direttamente correlata al ruolo e alla complessità delle funzioni dell'ospedale ed al volume di prestazioni erogate, alla produttività del presidio, favorendo, in una ottica di maggiore efficienza, l'accentramento delle attività all'interno del presidio ospedaliero ovvero tra più presidi ospedalieri all'interno della ASL;
B) andranno, comunque, istituite o confermate, ove già presenti, le unità operative diagnostiche e dei servizi individuate dal presente piano negli specifici settori di trattazione.

Ribadendo il già affermato principio della autosufficienza su base provinciale, per la radiodiagnostica vanno garantite le attività di diagnostica per immagini tradizionale e quelle di diagnostica ecografica, attività di diagnostica mammografica, radiologia vascolare interventistica e cardiologica interventistica, se presenti unità operative di chirurgia vascolare e/o di emodinamica, di cardiologia e cardiocirurgia; neuroradiologia interventistica e RMN se presenti unità operative di neurochirurgia, medicina nucleare. Ove presenti unità operative di cardiologia cardiocirurgia, le unità di radiodiagnostica vanno dotate di TAC di ultima generazione, con software per lo studio delle coronarie. I presidi collocati in zone isolate o nelle isole dovranno essere dotati anche di TAC e sistema di teleradiologia con teleconsulto.

In particolare per la Radioterapia, nelle Aziende Ospedaliere di Alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale ove presenti unità operative di oncologia, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie e nell'IRCSS Fondazione Pascale di Napoli, le Unità Operative di radioterapia dovranno garantire non solo l'attività di routine, ma essere in grado di erogare anche tecniche più complesse quali la curieterapia, la radioterapia stereotassica e la irradiazione corporea totale assicurando la radioterapia intraoperatoria e radiocirurgica. La radioterapia metabolica va attivata nelle AAOO delle Province di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno e nell'AO Cardarelli. Vanno altresì potenziate tali attività, già presenti, nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e nel Pascale.

Vanno poi istituiti Servizi di Fisica Sanitaria per la protezione dei pazienti in Radioterapia, Radiodiagnostica e Medicina Nucleare promuovendo nelle AO e nelle ASL, UU.OO. semplici di Fisica sanitaria al fine di corrispondere agli obblighi di legge. Il personale fisico sanitario di tali UU.OO fa parte di diritto della struttura organizzativa di cui al paragrafo 7.10

Per quanto riguarda l'organizzazione della Medicina di Laboratorio negli ospedali, dal punto di vista dimensionale e della sua configurazione ai vari livelli di struttura semplice, complessa o dipartimentale, essa sarà commisurata in proporzione all'entità clinica richiesta per soddisfare la domanda indotta dagli utenti ricoverati, nonché al carico di prestazioni in favore degli utenti esterni ed in correlazione al bacino di utenza che andrà accuratamente valutato.

Tale organizzazione risponderà anche a parametri qualitativi correlati alla specializzazione e alla differenziazione funzionale delle strutture ospedaliere di riferimento sulla base del tipo di malattie, della fascia di età o del tipo di organo o apparati, oggetto delle attività assistenziali delle strutture stesse.

Pertanto, la strutturazione della Medicina di Laboratorio nel sistema ospedaliero regionale sarà improntata al fondamentale criterio della maggiore integrazione e sinergia possibile, attraverso l'aggregazione delle attività in Dipartimenti di Medicina di Laboratorio, che saranno costituiti ovunque siano presenti le condizioni ed i requisiti per la loro istituzione.

Il criterio di integrazione che caratterizza il modello organizzativo proposto investe molteplici aspetti della realtà operativa e degli obiettivi di efficienza e di efficacia della diagnostica di laboratorio.

In particolare, il Dipartimento di Medicina di Laboratorio (o comunque l'attività integrata complessiva derivante dall'accorpamento delle attività diagnostiche di laboratorio) dovrà tendere, con incisività e rapidità, a strutturarsi sulla base di una utilizzazione razionale delle risorse condivise e dell'individuazione delle parti di attività comuni, in modo da economizzare in termini di risorse umane, di spazi, di strumentazioni e di materiali di consumo.

Un capitolo a parte è rappresentato dalla necessità di introdurre un adeguato livello di assistenza psicologica ospedaliera che, a completamento ed a sostegno dell'intervento medico, garantisca all'utenza il corretto trattamento clinico delle problematiche psicologiche connesse alle specifiche patologie e contribuisca con i suoi specifici strumenti al processo di umanizzazione delle cure. Si può allora ipotizzare, attraverso eventuali forme di convenzionamento, il collegamento tra le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali di psicologia allocati presso le ASL. Ciascuna Azienda, al fine di garantire la continuità assistenziale, sia nella fase di ricovero sia in quella successiva, laddove le condizioni strutturali del territorio lo richiedano può, nell'ambito del CTP, proporre l'istituzione di Unità Operative di psicologia clinica.

4.2.3 Le Caratteristiche funzionali degli Ospedali

- A. AORN OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
- B. OSPEDALI ORIENTATI ALL' ELEZIONE ED ALL'EMERGENZA IVI COMPRESI GLI
OSPEDALI A FUNZIONE SPECIALISTICA
- C. OSPEDALI TERRITORIALI AFFERENTI ALLA RETE PER L'EMERGENZA
- D. OSPEDALI/PRESIDI CON FUNZIONE DI RIABILITAZIONE
- E. OSPEDALI/PRESIDI ORIENTATI ALLA LUNGODEGENZA

Nel dettaglio :

- ***Ospedali di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione***

Sono i seguenti presidi ospedalieri :

- 1) CARDARELLI - NAPOLI
- 2) MONALDI - NAPOLI
- 3) COTUGNO - NAPOLI
- 4) SANTOBONO-PAUSILIPON - NAPOLI
- 5) MOSCATI - AVELLINO
- 6) RUMMO - BENEVENTO
- 7) SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA - SALERNO
- 8) SAN SEBASTIANO - CASERTA
- 9) ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI FONDAZIONE PASCALE – NAPOLI
- 10) ISTITUTO DI RICERCA A CARATTERE SCIENTIFICO FONDAZIONE MAUGERI - BENEVENTO
- 11) AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELL'UNIVERSITÀ FEDERICO II - NAPOLI
- 12) AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLA II UNIVERSITÀ - NAPOLI

- ***Ospedale orientato all'Elezione e all'Emergenza***

E' un presidio che eroga prestazioni polispecialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione.

Le attività di ricovero riguardano :

- a) Assistenza in degenza ordinaria e in DH Medico-Chirurgico riferita ad ammissioni anche programmate per trattamenti di elezione;
- b) Assistenza in stato di acuzie afferente al circuito dell'emergenza urgenza secondo la complessità di dotazioni assegnate.

L'ospedale orientato all'elezione e all'emergenza fa parte di un sistema a rete caratterizzato dalla presenza di centri di Alta Specializzazione (Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS, Ospedali di Rilievo Nazionale) cui afferiscono ospedali di diversa complessità assistenziale calibrata alla tipologia organizzativa la cui dotazione di posti letto non deve essere inferiore a 120, eccetto alcuni ospedali in ragione della loro particolare collocazione territoriale (isole, aree montane, aree ad elevata densità di popolazione anche stagionale). La dotazione e la distribuzione di specialità è prevista nei piani attuativi aziendali in relazione alla migliore risposta pos-

sibile ai bisogni di assistenza documentati anche dalla dinamica della domanda e tenendo conto della produttività dei presidi in rete su base provinciale.

Tra i presidi orientati all'elezione e all'emergenza vanno compresi gli ospedali a funzione specialistica.

- ***Ospedale a funzione specialistica***

L'ospedale a funzione specialistica è un presidio per acuti che eroga prestazioni specialistiche di diagnosi e cura e che può erogare, altresì, assistenza riabilitativa già durante la fase di ricovero per il trattamento dell'evento acuto.

La specializzazione riguarda:

- A) Specifici organi o apparati del corpo umano
- B) Specifiche fasce di età
- C) Specifiche malattie o gruppi di malattie e/o specifici trattamenti

La struttura ospedaliera deve avere un numero di posti letto non inferiore a 90, assetto dipartimentale delle Unità Operative (degenza, DH, ambulatorio), con consulenze secondo la tipologia di ospedale.

- ***Ospedale territoriale afferente alla rete per l'emergenza***

E' una struttura in grado di erogare una o più funzioni di specialità mediche e chirurgiche. Essa rappresenta una risposta polifunzionale e flessibile alle necessità di programmazione territoriale non vincolando le strutture a requisiti rigidi dettati dall'inquadramento nella rete dell'emergenza, anche se ciò non esclude la partecipazione alla rete stessa, laddove ciò sia necessario per le esigenze geomorfologiche ed epidemiologiche. In tale Presidio vanno pertanto previste modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di laboratorio di base, nonché le indagini di diagnostica per immagini e gli altri servizi che si rendono necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite che si immagina essere prevalentemente o anche esclusivamente a ciclo diurno. In particolare, per quanto riguarda le prestazioni di Day Surgery, è necessario che il presidio sia funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti situata ad una distanza tale da assicurare una efficace gestione di eventuali complicanze, nonché che siano definite le procedure per la gestione delle emergenze.

- ***Ospedale con funzioni di Riabilitazione***

Struttura destinata ad erogare quelle procedure assistenziali che dopo una malattia od una lesione, in fase immediatamente post-acuta, sono idonee al ripristino, quanto più elevato possibile, dei livelli di equilibrio psico-fisico, di attività motorie, cognitive, di socializzazione e di autonomia in relazione all'evento acuto. L'assistenza riabilitativa può essere erogata, in questi presidi, a livello di specialità medie (Cod. 56) e di base (Cod. 60), sulla scorta di un progetto riabilitativo individuale assicurando anche un forte impulso all'assistenza riabilitativa ambulatoriale e allo sviluppo di forme di assistenza riabilitativa domiciliare.

- ***Ospedale/Presidio di degenza post-critica***

E' destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti affetti da patologie tali da non necessitare di trattamenti riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica ed infermieristica che di trattamenti fisioterapici elementari incentrati o ad ottenere un certo miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In tali contesti potrebbe collocarsi un settore di ricovero dedicato alla post-acuzie nel rispetto delle condizioni suddette. Le strutture lungodegenziali dovrebbero avere uno stretto collegamento con il territorio, interfacciandosi, quindi, con i Medici di Medicina Generale e con l'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto il ricovero in lungodegenza non dovrebbe, tranne eccezioni, essere un ricovero "a vita", bensì rappresentare un momento assistenziale nell'ambito di una malattia cronica.

- ***Ospedale di Comunità***

L'Ospedale di Comunità, struttura sanitaria della rete dei servizi distrettuali, rivolgendosi a persone prevalentemente anziane attraverso l'attivazione di posti letto dove sono seguiti dal loro medico di fiducia, rappresenta la massima espressione dell'intervento biopsicosociale sul territorio, offrendo una risposta a basso costo e con un alto grado di soddisfazione da parte degli assistiti, risparmiando risorse da destinare ad altri servizi e liberando gli ospedali da "ricoveri impropri" che ne limitano le potenzialità.

L'Ospedale di Comunità trova la sua collocazione in ambiti territoriali di comuni collinari e montani, aree con popolazione sparsa e disagiata viabilità. Impiega un numero limitato di posti letto calibrati sulle esigenze locali. Accoglie pazienti a degenza breve che non necessitano di assistenza intensiva o di particolare tecnologie.

È gestito dai Medici di Medicina Generale del territorio che ricoverano i pazienti, di cui sono medici di fiducia, per patologie non assistibili a domicilio anche per condizione abitative e assistenziali inadeguate. Il personale di assistenza diretta afferisce al Distretto competente, così come le attività di assistenza specialistica e le attività di supporto (laboratorio e radiologia).

Le risorse organizzative per la attivazione degli Ospedali di Comunità dovranno essere reperite dai Direttori Generali, in integrazione con la organizzazione distrettuale.

- ***Ospedali Religiosi Classificati***

Concorrono all'assistenza sanitaria pubblica della Regione Campania gli Ospedali religiosi classificati. Tali ospedali, inseriti nella rete dell'emergenza, vanno assimilati esclusivamente per le funzioni attribuite nel presente Piano alle strutture sanitarie pubbliche. La Regione stipula con i singoli ospedali accordi in relazione all'attività svolta, al contesto territoriale nel quale operano ed all'impegno nel settore dell'emergenza nell'ambito di quanto previsto dalle emanande norme sull'accreditamento istituzionale.

4.2.4 I Dipartimenti

La migliore organizzazione della rete ospedaliera richiede che si proceda attraverso la istituzione di Dipartimenti.

I Dipartimenti provvedono all'attribuzione funzionale dei posti letto e delle risorse alle Unità Operative; l'attribuzione delle funzioni direzionali è regolamentata dagli Atti Aziendali.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti d'orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il Dipartimento, secondo la sua tipologia, è costituito da Aree Funzionali organizzative, semplici e complesse aventi finalità comuni.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono autonomia e responsabilità funzionale nell'ambito di un modello gestionale e organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa.

I Dipartimenti possono essere:

- 1) Strutturali : caratterizzati dalla necessità di realizzare un'incisiva e unitaria conduzione degli interventi e, conseguentemente, di esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni e, quindi, sulle strutture tenute al rispetto di stretti e precisi protocolli di comportamento. Il Dipartimento è dotato d'autonomia gestionale soggetta a rendicontazione analitica;
- 2) Funzionali : caratterizzati da un'aggregazione di strutture complesse finalizzata alla integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti tesa al raggiungimento di uno specifico obiettivo o nell'opportunità di aggregare strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine dell'ottimizzazione delle risorse che vi confluiscono e del miglioramento della qualità dell'assistenza;
- 3) Interaziendali diretti alla confluenza di strutture complesse e semplici appartenenti a aziende diverse;
- 4) Transmurale che stabiliscono l'interazione tra strutture ospedaliere e territoriali.

Le funzioni dei Dipartimenti sono:

- A) valutazione e verifica della qualità dell'assistenza erogata per una ottimizzazione delle risorse disponibili;
- B) definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali nelle strutture afferenti;
- C) coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;
- D) studio, applicazione e verifica dei sistemi per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;

- E) studio e applicazione dei sistemi di gestione in rete all'interno del Dipartimento e fra i Dipartimenti per consentire un adeguato interscambio delle informazioni nonché al fine dell'archiviazione centralizzata e unificata dei dati;
- F) promozione e adozione di specifiche linee guida e protocolli operativi;
- G) procedure d'abbattimento delle liste d'attesa;
- H) promozione di nuove attività;
- I) organizzazione della didattica;
- J) gestione del budget assegnato.

Funzioni ulteriori devono essere poi svolte dai Dipartimenti Sanitari Assistenziali i quali devono:

- A) utilizzare le risorse disponibili, in modo da garantire una maggiore efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza ospedaliera;
- B) garantire il necessario raccordo tra l'ospedale e le strutture territoriali per una maggiore continuità assistenziale;
- C) promuovere iniziative volte a umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- D) organizzare l'attività libero professionale.

Gli organi del Dipartimento sono: il Direttore, il Comitato e l'Assemblea. La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale rinnovabile, consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei Direttori delle Unità Operative afferenti al Dipartimento stesso, indicato dal Comitato di Dipartimento, così come previsto dal Decreto Legislativo n.229 del 19/06/1999.

Il Comitato di Dipartimento è di nomina elettiva, ad eccezione dei Direttori delle strutture complesse che vi afferiscono, che sono membri di diritto. La parte elettiva è composta da un rappresentante di ciascun profilo professionale operante nel Dipartimento; i tempi e le modalità di elezione sono stabiliti dal Direttore Generale previa concertazione con le OO.SS.. Nelle more delle suddette elezioni, funziona un Comitato di Dipartimento provvisorio, formato dai soli membri di diritto. Il Comitato di Dipartimento resta in carica tre anni; i membri di nomina elettiva possono essere rieletti una sola volta. La partecipazione alle riunioni del Comitato di Dipartimento è un obbligo per i suoi membri; le assenze ed i ritardi devono essere giustificati al Direttore del Dipartimento.

Il Comitato esprime pareri obbligatori e vincolanti su tutti gli aspetti organizzativi e gestionali del Dipartimento, ivi compresi i regolamenti interni, l'utilizzo e la distribuzione delle risorse, i programmi di ricerca e di aggiornamento professionale nonché l'impostazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di procedure finalizzate ad introdurre, nelle risposte assistenziali, standard omogenei di qualità.

Le riunioni del Comitato di Dipartimento sono valide in presenza della maggioranza dei componenti e le decisioni sono adottate con la maggioranza dei votanti; in caso di parità prevale il voto del Direttore di Dipartimento. L'Assemblea di Dipartimento è composta da tutti gli opera-

tori in servizio presso il Dipartimento; viene convocata almeno una volta l'anno dal Direttore del Dipartimento per la presentazione degli obiettivi aziendali, per la verifica dei risultati conseguiti e per raccogliere proposte, valutazioni e suggerimenti.

4.3 Il rapporto pubblico-privato

4.3.1 Il ruolo del privato accreditato nel panorama assistenziale regionale

Il sistema ospedaliero configurato nel presente Piano si avvale dell'offerta pubblica e privata che concorrono, insieme, a soddisfare il bisogno di salute dei cittadini. Nelle more della definizione dell'accreditamento istituzionale, restano salve tutte le funzioni in essere.

In Campania il ruolo del settore privato provvisoriamente accreditato nell'assistenza ospedaliera è rilevante. I posti letto privati costituiscono il 16 % dell'offerta di posti letto totali ed i ricoveri erogati rappresentano il 24% di tutti i ricoveri mentre nell'assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza l'offerta regionale è, allo stato, quasi esclusivamente garantita dal settore privato provvisoriamente accreditato. Nel nuovo assetto normativo relativo ai rapporti pubblico-privato l'accreditamento è, allo stesso tempo, sia un atto di accertamento tecnico-discrezionale, per la parte in cui viene verificato il possesso, in capo alla struttura che ne faccia richiesta, dei requisiti ulteriori di qualificazione (che dovrebbero avere carattere eminentemente scientifico e organizzativo), sia una valutazione connotata da elementi di discrezionalità amministrativa, per la parte in cui viene ponderata la funzionalità della struttura rispetto alle scelte della programmazione sanitaria regionale, coerente rispetto alle linee della programmazione nazionale. Ed è in sede di programmazione sanitaria che va affrontato e portato a soluzione il problema relativo alla definizione di una Politica di intervento assistenziale. Nell'ambito dei CCTTPP, sulla scorta delle indicazioni regionali, devono essere adottati provvedimenti volti ad attuare la massima integrazione tra funzioni svolte dal privato accreditato e funzioni svolte dal pubblico accreditato, nell'ottica della massima efficienza del sistema sanitario sia a livello provinciale che regionale.

Per l'ente programmatore, infatti, una volta fissata l'appartenenza al sistema dello accreditamento, che, ricordiamo, vale sia per il pubblico che per il privato, tutti i punti di produzione di prestazioni sanitarie hanno la stessa valenza al fine di costruire una rete di governo che sia efficiente ed efficace e orientata alla soluzione dei problemi del cittadino. L'inserimento o l'esclusione di strutture gestite da capitale privato nella rete assistenziale, sia essa deputata all'emergenza che ad altre funzioni, deve discendere non da acritiche pregiudiziali nei confronti delle strutture private, ma da precise valutazioni del livello di affidabilità organizzativa, qualità delle prestazioni, accettazione dei dettati regionali e coerenza con le scelte programmatiche che le strutture sono in grado di garantire.

Ne consegue che i vincoli programmatori presenti in questo piano devono intendersi come applicabili a tutte le strutture coinvolte nel sistema assistenziale prefigurato, dal tasso di occupazione al numero dei posti letto per provincia. Valga ad esempio di questo orientamento il problema relativo alla definizione di una Politica di intervento nell'area della riabilitazione e di una

Politica di assistenza per gli anziani di respiro regionale. Esso va affrontato in sede di programmazione sanitaria e portato a soluzione tenendo conto della globalità dell'offerta assistenziale. Nell'ambito dei CCTTPP devono essere adottati provvedimenti volti ad attuare, in scenari di progressiva deospedalizzazione, la riconversione di strutture per acuti non rispondenti al criterio del tasso di occupazione richiamato al capitolo 3 (vedi pag. 10), in strutture destinate a pratiche riabilitative ed a RR.SS.AA. in applicazione di quanto disposto dalla L.R. n. 8/2003.

Ciò significa che non tutte le strutture interessate che siano in grado di soddisfare i requisiti tecnici di accreditamento hanno diritto ad ottenerlo: tra queste saranno selezionate solo quelle la cui attività (per tipologia, ubicazione territoriale o altre circostanze) risulti funzionale alle scelte della programmazione regionale dell'offerta di servizi sanitari.

Pertanto tutte le strutture accreditate ora in via temporanea e poi in via definitiva, hanno pieno titolo a partecipare a tutte le forme di assistenza di seguito descritte, ma l'effettivo inserimento nel tessuto assistenziale avverrà unicamente sulla base delle scelte operate da ciascun CTP provinciale, scelte operate sulla scorta di precisi indirizzi programmatori regionali.

In tale ottica, nell'attesa che si completi il percorso dell'accREDITAMENTO definitivo, restano vigenti le delibere di accREDITAMENTO temporaneo per l'erogazione di particolari prestazioni comprese quelle di emergenza, già deliberate dalla Giunta Regionale.

4.3.2 La sperimentazione gestionale pubblico-privato

L'attuale sistema normativo consente di accedere a programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a prevalente capitale pubblico, al fine di raggiungere gli obiettivi di convenienza economica, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale. Questa soluzione è auspicabile in quei settori terapeutici dove il pubblico non garantisce una ramificata presenza sul territorio.

Si ha una sperimentazione gestionale quando il soggetto creato a tal fine svolge direttamente compiti assistenziali o comunque attività istituzionali nelle quali la tutela della salute si presenta quale finalità principale, laddove invece non possono considerarsi rientranti nella disciplina di cui all'art. 9-*bis* del Decreto Legislativo 502/92 (o nelle rispettive discipline regionali) le forme di collaborazione realizzate per esternalizzare o gestire attività solo meramente ausiliari o strumentali ai compiti assistenziali (quali, ad esempio, il servizio di ristorazione o di lavanderia nelle strutture ospedaliere).

È bene chiarire infine che le sperimentazioni gestionali non rappresentano una forma di privatizzazione del servizio sanitario, sia in quanto questo ultimo rimane propriamente servizio pubblico, anche se gestito in maniera diversa sia perché il soggetto pubblico mantiene una serie rilevante di poteri, che vale a configurare le società create in tale ambito in maniera diversa dalle forme associative normalmente disciplinate dal codice civile.

CAPITOLO_5: EMERGENZA

5.1 *Aspetti generali*

Il Piano Sanitario Regionale – L.R. n. 10/2002 - attribuisce valenza strategica al sistema di emergenza urgenza, inteso quale risposta globale alle esigenze dei cittadini che necessitano di soccorso.

L'obiettivo principale che deve essere raggiunto nel triennio riguarda il potenziamento dell'efficacia della risposta sanitaria, sia per quel che concerne la fase che più direttamente coinvolge la funzione ospedaliera, sia per gli aspetti collegati alla fase territoriale.

Si ritiene prioritario promuovere la sinergia di entrambi questi ambiti, così da perseguire una risposta sempre più integrata ed appropriata.

Nell'aprile 1996 sono state emanate le Linee Guida Nazionali che forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza

Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

1. un sistema di allarme sanitario, assicurato dalle centrali operative;
2. un sistema territoriale di soccorso;
3. una rete di presidi ospedalieri, funzionalmente organizzati.

La complessità organizzativa ed operativa dell'intero sistema dell'emergenza in Regione Campania autorizza, al fine di perseguire una indispensabile uniformità di risposta sull'intero territorio, la definizione di una ipotesi di governo centrale da parte dell'organo regionale, con la istituzione di una Struttura Regionale di Coordinamento delle Emergenze (Centro Regionale per l'Emergenza) attraverso un percorso da definire con successivo atto.

Gli obiettivi strategici sottesi anche al nuovo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 relativi all'emergenza sono:

- a riorganizzazione strutturale della rete dell'emergenza
 - b integrazione del territorio con l'ospedale;
- ilIntegrazione della rete delle Alte Specialità nell'ambito delle emergenze per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

5.2 *Criteri di riorganizzazione della rete dell'emergenza in Regione Campania.*

La consolidata tendenza alla ospedalizzazione, quale risposta alle più svariate esigenze sanitarie, è da ritenersi la prima causa di gravi problematiche organizzative che rendono sempre più complessa l'efficace gestione della risposta ai bisogni di salute.

L'obiettivo della piena efficienza della rete dell'emergenza non può ritenersi perseguibile se non vengono posti in essere provvedimenti tesi al contenimento della significativa quota di richieste non appropriate. Queste comportano un notevole dispendio di risorse sottraendole, tra l'altro, ai compiti cui sono destinate.

La partecipazione ed il coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte nella modulazione dei flussi di ricovero costituisce il primo passo verso il razionale utilizzo delle risorse dispo-

nibili, finalizzato anche alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso delle emergenze sanitarie.

La condivisione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, anche attraverso precisi programmi formativi, appare irrinunciabile per perseguire un controllo dei flussi in entrata alla struttura ospedaliera, ma gli stessi svolgono un ruolo altrettanto decisivo anche nel favorire la possibile dimissione anticipata dei pazienti, arruolati in programmi di Assistenza Domiciliare, anche con il supporto specialistico della struttura ospedaliera.

Si prevede pertanto, all'atto di entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero Regionale da parte della Regione l'emanazione di un atto di indirizzo regionale, delle linee guida vincolanti che identifichino un percorso uguale per tutti gli interventi di emergenza necessari, nel quadro di una strutturazione chiara e trasparente della Rete dell'Emergenza, con specifiche attribuzioni di competenza e responsabilità, e con la definizione e la formazione, anche attraverso specifici master di III° livello, della figura funzionale e professionale del "Medico Unico dell'Emergenza". La definizione di questo ruolo e la sua previsione certa all'interno del Piano Ospedaliero, coerentemente alle richieste che provengono da più parti circa la risoluzione di questo nodo, garantirebbe l'intero circuito dell'urgenza, sfrondando le strutture dalle molteplici figure professionali che appesantiscono, anche economicamente, ma soprattutto funzionalmente il percorso dell'intervento in urgenza. Il concetto di "Rete", per essere reale, deve prevedere una razionalizzazione e sistematizzazione di tutti i tasselli che, coerentemente e senza sfasature, devono garantire la presa in carico del paziente realmente bisognoso di interventi in emergenza.

Il medico dedicato all'Emergenza Sanitaria deve essere "unico", sia in ambito preospedaliero che ospedaliero secondo le Linee Guida contenute nella D.G.R. n. 2343 del 18.7.2003 e della D.G.R. n. 1570 del 6.8.2004, per quanto compatibile con il presente Piano. Tale ipotesi, infatti, reca molteplici vantaggi:

- a) garantisce un soccorso immediato e qualificato sul territorio, riducendo al minimo l'intervallo di free-terapy
- b) rende omogenea l'assistenza in emergenza-urgenza
- c) riduce la percentuale di pazienti trasportati verso gli ospedali.

La Centrale Operativa della rete – 118 - costituisce il raccordo operativo e garantisce la integrazione tra le strutture, e tra esse ed i mezzi operanti sul territorio.

Alle Centrali, inoltre, compete il collegamento con tutte le istituzioni, pubbliche o private, che sono coinvolte nella risposta all'emergenza.

Le Direzioni Aziendali, anche sulla scorta delle indicazioni del Piano, dovranno procedere ad una complessiva proposta di rimodulazione organizzativa e funzionale della rete ospedaliera e di quella dell'emergenza in particolare.

Tale rimodulazione non potrà non tenere nella dovuta evidenza l'identificazione delle differenti aree territoriali con specifico riguardo agli insediamenti abitativi, produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico e turistici e alle attività sportive.

Le Direzioni Aziendali dovranno, altresì, considerare la priorità di procedere alla riorganizzazione e al potenziamento dei posti letto delle Unità Operative di Rianimazione e Terapia Intensiva, con l'obiettivo di assicurare ai pazienti ricoverati percorsi terapeutici esaustivi. Appare altrettanto rilevante la necessità di assicurare l'attivazione di posti letto di terapia subintensiva in numero congruo al fine di favorire i deflussi dei pazienti dai reparti intensivi. Questo incremento, unito ad un efficiente modello organizzativo, consente di prevedere una risposta appropriata alla domanda di assistenza proveniente dall'area della emergenza ed urgenza, ma anche di creare i presupposti per una piena funzionalità delle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto di organi.

Tutti gli interventi di rimodulazione organizzativa della rete dell'emergenza nei diversi ambiti territoriali, non potranno certamente prescindere da un'attenta valutazione del rapporto costi/benefici, dai livelli di produttività conseguiti dai presidi, privilegiando in ogni caso quelli che garantiscono il minor tempo medio di accesso ai pazienti del bacino di utenza interessato, e prestando tuttavia grande attenzione al valore aggiunto rappresentato dal beneficio sociale, anche in considerazione dei "risparmi" ottenibili con la razionale ed efficiente organizzazione dei servizi.

La promozione di sistemi e percorsi assistenziali, integrati in rete, crea il presupposto fondamentale per la ottimizzazione delle risorse e la disponibilità di accesso a livelli assistenziali di alta specializzazione. La rete integrata di servizi si basa su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie Unità Operative, indipendentemente dalla loro collocazione fisica. Tali reti conciliano due esigenze in apparenza contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire la qualità tecnica e la necessità di diffusione delle attività specialistiche per facilitare l'accesso e la fruibilità delle prestazioni.

Altro ulteriore rilevante valore aggiunto di tale modello organizzativo è la focalizzazione sull'intero percorso assistenziale del paziente, in luogo dell'attenzione sulla singola prestazione. I vantaggi più rilevanti si concretizzano nella continuità assistenziale del trattamento complessivo, nella eliminazione di antieconomiche duplicazioni di servizi, nella predisposizione di schemi terapeutici condivisi tra i vari attori, aggiornati e periodicamente revisionati. Tale obiettivo va perseguito anche ricorrendo a forme sperimentali di assistenza domiciliare protetta ad alto contenuto specialistico.

Ovviamente lo sviluppo di un tale modello organizzativo richiede alcune condizioni ineludibili, quali la definizione di bacini di utenza adeguati, la descrizione dei servizi coinvolti nell'intero percorso diagnostico terapeutico e la loro reciprocità funzionale.

Il sistema delle comunicazioni, con possibilità di trasmissione di dati inerenti le informazioni necessarie costituisce un aspetto di rilevanza strategica.

La facilitazione nell'accesso alle prestazioni, l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, l'attivazione della sussidiarietà tra strutture, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sono certamente obiettivi perseguibili con la attivazione e la messa in rete di percorsi diagnostici e terapeutici, anche e soprattutto di specialità complesse.

5.3 Le Centrali Operative

Alla Centrale Operativa fanno capo le richieste telefoniche d'urgenza ed emergenza convogliate attraverso il numero unico 118.

Compito della Centrale Operativa è di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera, 24 ore su 24.

In Regione Campania sono operative le seguenti centrali operative:

- 1) C.O.T. di Napoli, con competenza sull'area metropolitana di Napoli
- 2) C.O.T. di Avellino, con competenza su Avellino e provincia
- 3) C.O.T. di Benevento, con competenza su Benevento e provincia
- 4) C.O.T. di Caserta, con competenza su Caserta e provincia
- 5) C.O.T. di Salerno, con competenza sui territori delle ASL SA 1 e SA 2
- 6) C.O.T. di Napoli ovest con sede a Pozzuoli, competente per l'ASL NA 2 e la ASL NA 3
- 7) C.O.T. Napoli est con sede a Castellammare di Stabia, competente per l'ASL NA 4 e la ASL NA 5
- 8) C.O.T. di Vallo della Lucania, competente per il territorio dell'ASL SA 3
- 9) C.O.RE (Centrale Operativa Regionale) con sede a Napoli, con compiti di coordinamento, attivazione dei mezzi speciali, delle strutture ad alta specialità, collegamenti interregionali.

Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:

- a) ricezione delle richieste di soccorso con valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare:
- b) attivazione, gestione e coordinamento dell'intervento stesso, fino all'eventuale ospedalizzazione.

La Centrale Operativa, al fine di predisporre la risposta più efficace ad ogni richiesta di soccorso, conosce la dislocazione e la tipologia dei mezzi di soccorso presenti sul territorio e ne indirizza il percorso attraverso i ponti radio conoscendo la disponibilità dei posti letto liberi di tutte le strutture integrate nella rete dell'emergenza regionale.

La Centrale Operativa Territoriale, per il tramite della C.O.RE., ha accesso alla disponibilità dei posti letto di Terapia Intensiva e di Alta Specialità di cui al DM 29 gennaio 1992 anche se collocati al di fuori del proprio ambito territoriale.

I protocolli di valutazione di criticità dell'evento devono utilizzare terminologie-standard non suscettibili di ambiguità interpretative e devono essere sottoposti a periodica revisione.

Tali protocolli, quale il sistema di dispatch, dovranno essere concordati, condivisi ed aggiornati dai responsabili delle varie centrali, con l'obiettivo di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio regionale.

Ogni centrale operativa è dotata di apparato di telefonia, di sistema informatico e di un sistema di radiocollegamenti.

La rete telefonica della centrale prevede una serie di collegamenti che consentono di:

- a) captare la chiamata effettuata dai normali apparecchi telefonici e instradarla verso le linee 118;
- b) utilizzare linee telefoniche dedicate per le comunicazioni con le strutture ospedaliere e gli altri servizi pubblici deputati alle emergenze (vigili del fuoco, carabinieri, prefettura, polizia, protezione civile etc.).

Il sistema informatico consente la gestione dei posti letto di tutte le unità operative dei presidi ospedalieri del territorio di competenza; consente l'archiviazione dei dati d'attività, e il controllo cartografico delle aree d'intervento sul territorio.

La rete di radiofonia della centrale operativa, dovrà prevedere collegamenti tra:

- a) le varie Centrali Operative
- b) la Centrale Operativa e tutti i mezzi mobili di soccorso.

5.4 Primo soccorso territoriale

Il Primo Soccorso Territoriale, presso i Distretti Sanitari, deve poter offrire una prima risposta a patologie di profilo medio-basso (codici bianchi e verdi), ma essere attrezzato anche per effettuare un primo soccorso adeguato in caso di accesso di pazienti critici (codici gialli e rossi) curando la prima stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto presso una struttura in grado di erogare prestazioni specialistiche non disponibili in loco. Questi presidi, aperti 24h/24, sono affidati ai medici dell'Emergenza. Presso ognuno di questi Punti di Primo Soccorso Territoriale è in postazione una autoambulanza del 118 che viene utilizzata per gli interventi di soccorso sul territorio e per il trasporto protetto di pazienti critici.

5.5 Il Sistema Trasporto Infermi (S.T.I.)

L'art. 13 della Legge Regionale 2/94, per provvedere tempestivamente ed efficacemente alle esigenze dell'emergenza sanitaria, ha istituito il servizio trasporto infermi (S.T.I.).

Il S.T.I. garantisce:

- 1) il trasporto rapido e protetto del malato;
- 2) il raccordo tra emergenza territoriale ed ospedaliera;
- 3) le prime ed adeguate cure sia sul luogo dove si verificata l'emergenza, che durante il trasporto.

TIPOLOGIA DEI MEZZI DI SOCCORSO.

In base alla tipologia, alle attrezzature ed al personale di bordo, i mezzi di soccorso sanitario sono suddivisi in:

- A) centri mobili di rianimazione, da utilizzare quando sussistono necessità di interventi sanitari complessi, urgenti e non differibili, con prevedibile compromissione delle funzioni vitali;
- B) autoambulanze medicalizzate di soccorso avanzato, per tutti i casi urgenti, ma di minore

complessità e gravità;

- C) le ambulanze di tipo B non medicalizzate vanno impiegate esclusivamente per il trasporto secondario (intraospedaliero) e non sulla base delle indicazioni fornite dalla Centrale Operativa 118 da parte di personale non medico.
- D) auto e moto mediche, per garantire l'intervento rapido del medico di emergenza sul territorio anche a supporto dei mezzi di cui sopra, ovvero nelle situazioni di particolare difficoltà operativa legata a condizioni di viabilità critica;
- E) eliambulanze, elicotteri di soccorso sanitario, organizzati ed attrezzati con le dotazioni dei centri mobili di rianimazione; prevedere elisuperfici attrezzate almeno in ogni capoluogo di provincia oltre che nelle isole e presso l'A.O. Cardarelli;
- F) mezzi di trasporto rapido navali (idroambulanze) da utilizzare con il supporto del ministero della marina mercantile - ispettorato generale della capitaneria di porto, per le isole del golfo di Napoli;
- G) mezzi di soccorso speciali, terrestri, aerei e navali, utilizzabili - sulla base di apposite convenzioni stipulate dalla Giunta Regionale con enti e/o istituzioni pubbliche, civili e militari - per situazioni eccezionali quali eventi straordinari e/o maxi emergenze.

La D.G.R.C. n.2343 del 18 luglio 2003 ha definito le caratteristiche e la dotazione di attrezzature e presidi del S.T.I.

5.6 I livelli della rete dell'emergenza

5.6.1 I° livello della rete dell'emergenza

Tali strutture ospedaliere dovranno provvedere ad un corretto inquadramento diagnostico ed a tutti gli eventuali interventi utili ad un'appropriate risposta terapeutica in base al pieno utilizzo di tutti i servizi o specialistiche già attive o attivabili, ovvero assicurare la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto presso una struttura in grado di erogare prestazioni specialistiche non disponibili in loco, con il coordinamento della centrale operativa.

La normativa vigente, ed in particolare il Piano Sanitario Nazionale, e le Linee Guida Nazionali sull'Emergenza prevede per questo livello quanto segue: *"Presso tali servizi dovranno essere assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi necessari saranno garantiti gli interventi utili alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa. Le strutture sede di un servizio con funzioni di pronto soccorso/accettazione, tenendo anche conto del parere del Consiglio Superiore di Sanità del 12 febbraio 1992, saranno organizzate secondo le indicazioni della programmazione ospedaliera regionale."*

5.6.2 II° livello della rete dell'emergenza

Il/i Presidi deputati a tale livello rappresentano una aggregazione funzionale di unità operative

che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico- assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida e completa, anche con l'adozione di specifici protocolli.

Sono obiettivi di tale livello :

- 1) Assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;
- 2) Assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con tutte le altre strutture di soccorso operative nel territorio di riferimento;

Favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale;

La normativa vigente, ed in particolare il Piano sanitario nazionale e le linee guida nazionali sull'emergenza, prevede per tale livello quanto segue: *".....deve garantire le funzioni di pronto soccorso e accettazione, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano a tali attività le unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale. Sono, inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Presenza in guardia attiva per 24 ore giornaliere deve essere assicurata nell'ambito delle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, e, di norma, ortopedia. Per quanto riguarda l'ostetricia-ginecologia e la pediatria, considerati i dati epidemiologici e ferme restando le indicazioni di questo documento, gli interventi andranno comunque garantiti, anche attraverso dipartimenti intraospedalieri o interaziendali."*

Tale livello deve quindi garantire le funzioni di pronto soccorso organizzato per codici di gravità, deve assicurare interventi diagnostico terapeutici esaustivi per tutte le patologie afferenti alle discipline di cui dispone.

5.6.3 III° livello della rete dell'emergenza

Vengono individuati, ai sensi del Piano Sanitario Nazionale e delle linee guida nazionali sull'emergenza, come ospedali sede degli interventi di III° livello i presidi in cui assicurare, oltre agli obiettivi ed alle prestazioni fornite dal II livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la Cardiochirurgia, la Neurochirurgia, la Terapia Intensiva Neonatale, la Chirurgia Vascolare, la Chirurgia Toracica, secondo le indicazioni stabilite dalle scelte di programmazione. Tali funzioni sono allocate nelle AORN delle città capoluogo delle Province campane.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le Stroke Unit, i Trauma Center, ove rientranti nella programmazione regionale, devono essere collocati nei presidi deputati al III° livello, assicurando una equilibrata distribuzione sul territorio regionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative al fine di garantire modalità e tempi adeguati di accesso e di intervento.

In coerenza con quanto sopra delineato si delinea quanto segue:

1) In via sperimentale, per la Provincia di Avellino si configura la seguente situazione:

- A) 1 Azienda di Rilievo Nazionale (Moscati);
- B) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili secondo i modelli organizzativi previsti ai paragrafi 5.6.1 e 5.6.2.

Al termine di dodici mesi a partire dalla data di approvazione del presente Piano, sentito il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP), si procederà a valutare la congruità del predetto assetto e ove mai fosse necessaria una sua rimodulazione si procederà secondo quanto previsto all'art. 1, comma 4 del Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009."

2) In via sperimentale, per la Provincia di Benevento si configura la seguente situazione:

- A) 1 Azienda di Rilievo Nazionale (Rummo)
- B) 1 IRCSS deputato alla riabilitazione di alta specialità - cod. 56,60,75, e 28 (Maugeri di Teles);
- C) Le restanti strutture ospedaliere concorrono ai tre livelli della rete dell'emergenza, ciascuna in ragione delle funzioni proprie attive e attivabili secondo i modelli organizzativi previsti nei paragrafi 5.6.1. e 5.6.2.

Al termine di dodici mesi a partire dalla data di approvazione del presente Piano, sentito il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP), si procederà a valutare la congruità del predetto assetto e ove mai fosse necessaria una sua rimodulazione si procederà secondo quanto previsto all'art. 1, comma 4 del Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009.

3) In via sperimentale, per la Provincia di Caserta si configura la seguente situazione:

- A) 1 Azienda di Rilievo Nazionale (S. Sebastiano);
- B) P.O. di Sessa Aurunca che, per la posizione di confine con altre regioni, al fine di incidere sulla consistente migrazione sanitaria, svolge funzioni specialistiche nel campo della cardiologia e dell'oncologia ascrivibili a regime al III livello della rete dell'emergenza;
- C) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili, secondo i modelli organizzativi previsti ai paragrafi 5.6.1 e 5.6.2.

Al termine di dodici mesi a partire dalla data di approvazione del presente Piano, sentito il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP), si procederà a valutare la congruità del predetto assetto e ove mai fosse necessaria una sua rimodulazione si procederà secondo quanto previsto all'art. 1, comma 4 del Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009.

4) In via sperimentale, per la Provincia di Salerno si configura la seguente situazione

- A) 1 Azienda di Rilievo Nazionale (Ruggi d'Aragona);

- B) PP.OO. Vallo della Lucania e Nocera-Pagani deputati al III livello della rete dell'emergenza;
- C) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili, secondo i modelli organizzativi previsti nei paragrafi 5.6.1. e 5.6.2.

Al termine di dodici mesi a partire dalla data di approvazione del presente Piano, sentito il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP), si procederà a valutare la congruità del predetto assetto e ove mai fosse necessaria una sua rimodulazione si procederà secondo quanto previsto all'art. 1, comma 4 del Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009.

In relazione alla Facoltà di Medicina allocata presso l'Università degli Studi di Salerno istituita mediante accordo di programma con il MIUR il 18 ottobre 2005, si ribadisce quanto previsto dalla Deliberazione n. 3850 del 23.12.03 con la quale la Regione Campania si è impegnata a destinare alle esigenze dell'Università medesima, attività di assistenza sanitaria nella Provincia di Salerno mediante l'utilizzazione di 150 pl delle Aziende sanitarie del salernitano.

- 5) In via sperimentale, per la Provincia di Napoli si configura la seguente situazione:
- A) 7 strutture ospedaliere di rilievo nazionale deputate allo svolgimento di funzioni di alta specializzazione per l'emergenza, l'elezione e la specializzazione (Cardarelli, Cotugno - emergenza infettivologica -, Monaldi, Santobono-Pausilipon, IRCSS Fondazione Pascale, AOUP Federico II e AOUP SUN).

- B) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili secondo i modelli organizzativi previsti ai paragrafi 5.6.1 e 5.6.2.

L'Isola di Capri e l'Ospedale G. Capilupi rientrano nelle competenze dell'ASL Napoli 1

Al termine di dodici mesi a partire dalla data di approvazione del presente Piano, sentito il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP), verrà valutata la congruità del predetto assetto e ove mai fosse necessaria una sua rimodulazione si procederà secondo quanto previsto all'art. 1, comma 4 del Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009.

Per quanto riguarda i nuovi plessi ospedalieri, completati o da completare, e non attivati entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero, la Giunta Regionale presenterà al Consiglio, entro i successivi 12 mesi, una proposta di pieno utilizzo delle suddette nuove strutture.

5.6.4 Organizzazione assistenza Pediatrica

Al fine di offrire al bambino che giunge in Ospedale un'assistenza qualificata, riducendo nel contempo il rischio connesso ai ricoveri impropri, si configura l'opportunità di istituire una rete dell'Emergenza pediatrica favorendo il collegamento tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, comprese le Strutture di Pediatria Specialistica.

Il personale responsabile della Centrale Operativa del 118 assicura l'informazione, in tempo reale, sulla disponibilità di posti letto e seleziona le richieste di intervento, valutandone il grado

di complessità e di urgenza, e predisponendo il trasporto del paziente presso la struttura più idonea.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera pediatrica ci si attiene alla "Carta europea dei bambini degenti in Ospedale" (Risoluzione del Parlamento Europeo – GUCE n. C148/37 del 13.5.1986). nello specifico:

- A) il bambino deve essere curato in ospedale solo nel caso in cui non possa usufruire di una assistenza di pari livello a domicilio o presso gli ambulatori;
- B) indipendentemente dalla patologia da cui sono affetti, i minori devono essere ricoverati in strutture adatte alla loro età e non in strutture per adulti;
- C) deve essere garantita la continuità delle relazioni affettive ed emotive del bambino ricoverato con la madre e con la famiglia: nelle stanze di degenza, tendenzialmente a due letti, si deve prevedere la possibilità di ospitare un genitore accanto al bambino;
- D) le degenze pediatriche devono essere differenziate per patologia e per fasce d'età.

5.6.5 Organizzazione assistenza neonatale

- 1) - Trasporto neonatale in emergenza
- 2) - L'assistenza in emergenza al neonato va considerata come sistema organizzativo globale, integrato su base regionale, così da garantire al neonato la migliore assistenza possibile coniugata ad un razionale utilizzo delle risorse.

Le necessità assistenziali del neonato si riconducono a tre livelli di assistenza:

- A) assistenza ai neonati con i problemi fisiologici di adattamento alla vita extrauterina. Tutti i punti nascita devono garantire tale livello di assistenza;
- B) assistenza ai neonati affetti da patologie che necessitano di cure intermedie, non intensive. Tale assistenza deve essere garantita nei presidi che afferiscono al II livello della rete dell'emergenza;
- C) assistenza a neonati che necessitano di cure intensive. Questa forma di assistenza viene erogata nelle Aziende Ospedaliere e nei presidi che afferiscono al III livello della rete dell'emergenza.

Nell'ambito del sistema "rete dell'emergenza neonatale" devono essere considerati i "percorsi nascita" intesi nel senso di assistenza multidisciplinare con la previsione di tutte le figure professionali (ginecologo, ostetrico, neonatologo, pediatra, psicologo). Il percorso nascita deve essere organizzato tenendo conto del POMI 98-2000 e della DGRC n. 7301/01.

Per quanto riguarda i Punti Nascita resta ferma l'indicazione alla soppressione dei Punti Nascita che assistono meno di 400 nati in un anno anche allo scopo dell'adeguamento del tasso di parti cesarei agli standard nazionali ed internazionali (<20%). I Piani attuativi aziendali, nell'ambito della riorganizzazione territoriale dell'assistenza al parto, prevederanno, per quanto possibile, accorpamenti di Punti Nascita.

Si conferma il modello vigente, che prevede il trasporto ed il ricovero dei neonati che necessitano di trattamento più complesso di quello disponibile nel punto nascita, presso strutture di

II° e III° livello.

Il trasporto e l'assistenza in itinere a tali piccoli pazienti viene garantito dalle Unità di Terapia Intensiva Neonatale competenti per territorio."

5.7 *Aggiornamento e formazione del personale.*

Nel rispetto della DGR 2343/2003 e delle "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza" deliberate il 22.05.2003 dalla Conferenza Permanente Stato Regioni e pubblicate sulla G.U. n. 196 del 25.08.2003, tutto il personale medico ed infermieristico addetto ai compiti di emergenza sanitaria deve essere sottoposto ad uno specifico ed omogeneo percorso formativo che preveda una serie di conoscenze verificate e di abilità certificate, tali da ridurre al minimo le disomogeneità di approccio al paziente critico.

I percorsi di aggiornamento e formazione del personale medico ospedaliero, dei medici della emergenza e della continuità assistenziale e del personale eventualmente messo a disposizione dalle associazioni ed enti del volontariato, nonché del personale medico ed infermieristico della centrale operativa e di quello utilizzato sui mezzi di soccorso, sono definiti da linee guida appositamente emanate dall'Assessorato entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente testo ed attuati, entro i successivi 90 giorni, avvalendosi dell'apporto delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università campane. Tali programmi dovranno essere riferiti in particolare, alle seguenti aree:

- 1) Attività clinico-assistenziale relativa all'emergenza/urgenza, con particolare riferimento al soccorso vitale di base, alla defibrillazione precoce, al soccorso vitale avanzato nell'età adulta e pediatrica;
- 2) L'acquisizione di conoscenze di base sulla tempestività dell'intervento in psichiatria in relazione all'elemento psicopatologico, alla difficoltà di entrare in contatto con il paziente, alla necessità di predisporre il ricovero e al grado di collaborazione del paziente stesso in attesa dell'intervento specialistico della U.O di Salute Mentale territorialmente competente.
- 3) Trattamento di base ed avanzato nella fase preospedaliera ed ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica
- 4) Utilizzo di linee guida e protocolli per la gestione dell'emergenza/urgenza territoriale ed ospedaliera, con particolare riguardo all'attuazione dei percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure ;
- 5) Triage ospedaliero per l'accesso al pronto soccorso strutturato per codici
- 6) Coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti alle emergenze;
- 7) Utilizzo degli specifici strumenti informatici, di fonìa, e radiocomunicazione,
- 8) Modalità di rapporto con l'utenza, soprattutto nei casi ad alta criticità.

L'offerta formativa deve tendere al miglioramento delle competenze che, nell'ottica del modello

evocato dalla Clinical Governance, possono aiutare le risorse umane coinvolte nell'erogazione di prestazioni sanitarie. In tale direzione gli obiettivi formativi risultano : ottimizzazione delle risorse e abbattimento delle diseconomie; miglioramento continuo delle prestazioni; "customer satisfaction" ovvero la misurazione della qualità percepita da cittadini e imprese; eccellenza dell'assistenza sanitaria

5.8 *Disciplina dei ricoveri negli ospedali sedi delle funzioni di III° livello*

Salvo i casi di urgenza, le ammissioni di elezione, negli ospedali sedi delle funzioni di III° livello, devono essere programmate e avvengono solo su documentata richiesta del medico curante o di una struttura sanitaria corredata degli accertamenti diagnostici, di laboratorio e strumentali, che motivino la esigenza della prestazione assistenziale della struttura.

A tal fine, l'art. 33 della Legge Regionale 32/94 ha previsto che entro 180 giorni dalla entrata in vigore della stessa venisse istituito, sotto la diretta responsabilità della direzione sanitaria, un Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.) per l'attività di elezione, in ogni azienda. Allo stato è in fase di attuazione la progettazione di C.U.P. regionale.

La direzione sanitaria dell'ospedale sede delle funzioni di emergenza e accettazione è tenuta a garantire, in tempo reale, la comunicazione e l'aggiornamento della disponibilità di posti letto alla C.O. di riferimento.

5.9 *Priorità assistenziali specialistiche in emergenza*

L'esame dei dati epidemiologici evidenzia, in Regione Campania, alcuni ambiti specifici nei quali la risposta assistenziale in emergenza necessita di particolare attenzione ed implementazione, anche alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

Questi ambiti sono costituiti dalla gestione del paziente politraumatizzato, che può intendersi efficace solo con il sinergico concorso delle diverse specialità, di diagnosi e di terapia, coinvolte nel trattamento del paziente. Anche la predisposizione di una rete di emergenza cardiologica, tale da garantire a tutti i pazienti, presso tutte le strutture, l'inserimento in un percorso assistenziale integrato e finalizzato al trattamento ed al recupero del paziente costituisce obiettivo prioritario.

La necessità di offrire una risposta efficace nelle emergenze neurologiche ed iperbariche, egualmente rappresenta uno sforzo necessario alla programmazione di livelli assistenziali di eccellenza, identificando percorsi e protocolli predefiniti.

Tutti questi ambiti specialistici, peraltro, trovano poi il completamento del percorso assistenziale in specifici programmi di riabilitazione.

5.9.1 *Il Trauma_Center*

La gestione del paziente politraumatizzato richiede una complessa organizzazione sia nel territorio, per il riferimento dei pazienti gravi agli ospedali di maggiore livello, che nella organizzazione intraospedaliera dipartimentale, per il mantenimento della continuità e specificità clinica.

La "malattia trauma" è stata oggetto di attenzione nel P.S.N. 2003-2005, sia in ambito sociale, indicando i comportamenti e le azioni necessarie per la prevenzione primaria e secondaria, che sanitario, definendo alcuni obiettivi strategici della prevenzione terziaria.

Si evidenzia pertanto, la necessità di pervenire ad una evoluzione del soccorso e del trattamento di questi casi, così come definita dalle linee guida nazionali del 1996, identificando alcune specificità della gestione e trattamento della "malattia trauma" nelle sue varie fasi:

- A. presa in carico del 118;
- B. ammissione in ospedale;
- C. gestione del paziente in condizioni critiche;
- D. controllo del paziente dopo la fase critica;
- E. riabilitazione.

Occorre rispondere alle seguenti necessità:

- A. individuazione degli ospedali di riferimento;
- B. applicazione degli indirizzi;
- C. definizioni di specificità regionali validate;

La rete dell'emergenza deve pervenire alla :

- A. definizione dei criteri di valutazione del paziente critico e dei percorsi che esso deve seguire verso il trauma center sia di riferimento primario, dal luogo del trauma, che secondario interospedaliero;
- B. attivazione di un sistema di rilevazione di posti letto in tempo reale, in particolare delle unità di terapia intensiva, e della capacità operatoria, nei trauma center

Localizzazione dei Trauma Center

La distribuzione dei trauma center deve tener conto dell'incidenza abitativa (1 ogni 800.000 - 1.500.000 abitanti), deve basarsi su dati epidemiologici (in grado di accogliere almeno 150 pazienti/anno) ma non deve escludere la possibilità di definire ulteriori localizzazioni in funzione dei volumi di attività, rispetto all'unico programmato nell'A. O. Cardarelli.

Dal momento che il fine del trauma center è fornire un percorso diagnostico-terapeutico completo, si ritiene che le strutture sede di funzioni di emergenza di III° livello con funzioni di Trauma Center siano dotate di ortotraumatologia, rianimazione, chirurgia di urgenza, e neurochirurgia. Inoltre devono adottare protocolli operativi che prevedano l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- A) Radiologia interventistica;
- B) Chirurgia vascolare;
- C) Chirurgia toracica;
- D) Chirurgia maxillo-facciale

L'obiettivo è garantire l'accesso ai centri individuati in trenta minuti dall'evento, ed il completamento del percorso diagnostico possibilmente entro la prima ora dal trauma.

I Trauma Center verranno collocati nell'area di emergenza con caratteristiche strutturali distinte in tre livelli:

- 1) Sala di emergenza del pronto soccorso;
- 2) Area diagnostico-terapeutica;
- 3) Area di assistenza intensiva.

In prima applicazione tali funzioni sono da istituire all'interno delle AORN di Avellino, Benevento, Salerno e Caserta ed ad esse si collegano per i protocolli operativi i trauma team presenti negli altri presidi sanitari, gruppi di lavoro presenti nelle strutture ospedaliere sedi delle attività di II° livello per l'emergenza.

5.9.2 Le Stroke Unit

L'unità operativa di neurologia con Stroke Unit è una struttura di assistenza altamente specializzata nel trattamento di pazienti colpiti da ictus cerebrale ed attacchi ischemici transitori. L'ictus rappresenta la terza causa di morte e la prima per invalidità per gli adulti.

La letteratura scientifica dimostra con chiarezza la superiorità del livello assistenziale delle Stroke Unit nel trattamento delle patologie neurologiche acute, con sensibili miglioramenti dei dati di mortalità ed invalidità conseguenti, qualora l'intervento terapeutico venga effettuato nelle prime 2 ore dall'evento acuto.

Attualmente nel nostro paese circa il 7% dei pazienti colpiti da ictus riceve trattamento in tali reparti. Precise direttive della unione europea ipotizzano che entro l'anno 2005, tutti i pazienti colpiti da ictus trovino ricovero e trattamento in Stroke Unit.

Considerata la valenza assistenziale di tali strutture, appare necessario ipotizzare un programma pluriennale di attivazione. Tuttavia la creazione di Stroke Unit in funzione dei bacini di utenza e dei dati epidemiologici della popolazione di riferimento prevede la presenza di neuro-radiologia interventistica, neurologia, neurochirurgia, terapia intensiva ed il collegamento in rete di questi con Stroke Team, gruppi di lavoro presenti nelle strutture ospedaliere sedi delle attività di II° livello per l'emergenza (Ospedale orientato all'elezione e all'emergenza). L'approccio multidisciplinare integrato necessita di immediata attivazione di protocolli e percorsi assistenziali in modo da incidere sul livello complessivo dell'assistenza e, di conseguenza sui dati di mortalità e invalidità. Resta ferma la possibilità di mantenere nelle strutture afferenti al II° livello di emergenza quei posti letto già adibiti a cure per il paziente colpito da ictus, per il quale è possibile escludere il ricorso all'approccio terapeutico neurochirurgico, e che siano affidati comunque ad uno Stroke Team. Questo per l'evidente vantaggio di assicurare alle Stroke Unit i casi più complessi. Le Stroke Unit si articoleranno in rete secondo le indicazioni della Conferenza Stato-Regioni (Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale, G.U. n. 50 del 2.3.05) e secondo l'Atto di indirizzo per l'Organizzazione dell'Assistenza all'ictus cerebrale della Regione Campania (D.G.R.C. n. 257 del 25.02.05 pubblicata sul BURC n. 24 del 2.05.05).

Nel corso del triennio di vigenza del presente piano si prevede di dover attivare n. 40 posti letto di Stroke Unit, dislocati essenzialmente nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Azienda Ospedaliera Cardarelli ed Aziende Ospedaliere di Avellino, Benevento, Caserta, Salerno e nel P.O. di Vallo della Lucania e nel P.O. Nocera-Pagani.

5.9.3 Le emergenze cardiologiche

Il bisogno assistenziale del paziente cardiologico registra, in Regione Campania, una risposta ormai consolidata su livelli in linea con le regioni più evolute.

Occorre peraltro coniugare la qualità con la ottimizzazione delle risorse ed il concetto di rete integrata appare la risposta naturale alle necessità del settore sanitario.

Obiettivi strategici da perseguire all'interno della rete sono quelli di:

- A) promuovere la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria;
- B) favorire la tempestività d'accesso;
- C) favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri, superando gestioni frammentarie;
- D) favorire l'integrazione tra servizi pediatrici e per adulti, con particolare riguardo a cardiopatie congenite, cardiomiopatie ed aritmie;
- E) garantire la continuità assistenziale con percorsi diagnostici e terapeutici condivisi;
- F) sviluppare sistemi di comunicazione mediante la disponibilità di banche dati e registri;
- G) attivare processi di sussidiarietà fra le strutture
- H) garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative;
- I) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la corretta utilizzazione dei servizi;
- J) eliminare prestazioni ripetitive;
- K) ridurre le liste di attesa;

Specializzazione e cooperazione tra strutture sono le caratteristiche dell'organizzazione in rete, per cui diviene fondamentale la comunicazione sia tra territorio ed ospedali che all'interno degli stessi ospedali.

- ***L'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)***

E' 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. È pertanto la sede appropriata per la cura e la gestione del paziente colpito da sindromi coronariche acute (SCA) e da tutte le emergenze cardiovascolari.

Ogni UTIC deve avere disponibilità di accesso quanto più immediato possibile (on site o per struttura di rete) ad:

- A) un laboratorio di emodinamica;
- B) un laboratorio di aritmologia interventistica;
- C) un centro cardiocirurgico;

D) una struttura di cardiologia riabilitativa.

Il rapporto di riferimento letto UTIC/popolazione è di 1 a 25.000 abitanti.

La dimensione minima della terapia intensiva cardiologica inglobata in una struttura complessa di cardiologia è di almeno 4 posti letto (per essere autonoma, deve avere le dimensioni stabilite per le U.O.C.).

Il rapporto ottimale - letto UTIC/letto degenza cardiologia - è di almeno 1 a 3.

- **Laboratorio di Emodinamica**

I laboratori di emodinamica svolgono attività sia di diagnostica che di interventistica, rispondendo a tutte le esigenze di terapia invasiva (angioplastica) del territorio di riferimento che dovrebbe trovare un adeguato rapporto corrispettivo con l'attività diagnostica.

La dotazione di personale medico, infermieristico e tecnico per tipologia di struttura deve tenere conto che tali attività sono in notevole incremento e che, essendo le funzioni in particolare finalizzate all'assistenza del cardiopatico ischemico in fase acuta, è necessario che il laboratorio di riferimento per l'assistenza alla sindrome coronarica acuta garantisca l'accessibilità "h24" anche mediante organici adeguati compatibili con il funzionamento dell'U.O. nel suo complesso.

Nella rete territoriale integrata, che insiste su un bacino definito, sono identificate le strutture cardiologiche fornite di UTIC e le relative strutture di riferimento per la diagnostica emodinamica e interventistica e per l'attività cardiocirurgica.

Tale organizzazione concentrerà gli interventi di alta complessità (studi coronarografici angiografie, angioplastiche) nei centri specializzati che svolgono il ruolo di hub per la specifica tipologia di prestazione, essendo ovviamente riservata ai centri invianti la gestione globale del paziente, sia per quanto riguarda la fase di accoglienza che quella successiva alla fase diagnostico-terapeutica invasiva. In alcune strutture (A.O. Monaldi, AUP Federico II, Cardiologia SUN) l'accesso del paziente è previsto esclusivamente attraverso il sistema di rete integrato.

In questa visione dinamica, il percorso del paziente all'interno della rete garantisce l'autosufficienza della stessa.

Per una corretta funzione deve essere disponibile l'assistenza anestesiologicala rianimatoria e deve essere disponibile ed identificata la funzione cardiocirurgica raggiungibile entro i 90 minuti.

- **Laboratorio di Aritmologia**

La loro allocazione è prevista nei presidi considerati Centri HUB, nelle AAOO e nelle AUP.

- **Cardiocirurgia**

Ogni rete ha una o più strutture di cardiocirurgia di riferimento, dimensionate secondo il bacino di utenza e la popolazione servita. Il centro cardiocirurgico è hub di tutte le strutture car-

diologiche ospedaliere della rete. Il centro di cardiocirurgia indica il programma chirurgico, definisce il rischio operatorio e concorda con il cardiologo che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico i criteri di ricovero: emergenza, urgenza ed elezione ed i relativi tempi di attesa.

La funzione di Cardiocirurgia Pediatrica è svolta dal Centro Cardiocirurgico Pediatrico di riferimento regionale SUN - A.O. Monaldi, Napoli.

Presso il Centro di Cardiocirurgia della SUN – A.O. Monaldi di Napoli è istituito il Centro Regionale per i Trapianti di Cuore con annessa Terapia Intensiva.

La Giunta è chiamata a definire in tempi brevi le caratteristiche strutturali di personale, attrezzature e funzionali dei diversi moduli organizzativi indicati.

- ***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 Unità Operativa Semplice o complessa di Cardiologia Pediatrica in stretto contatto operativo con strutture e terapia intensiva neonatale e cardiologica che è fornita di una capacità clinica e diagnostica più avanzata e che opera su un bacino di utenza di 2-4 milioni di abitanti.

Nella nostra Regione è identificata come struttura ospedaliera autonoma di riferimento la Cardiologia Pediatrica della SUN - A.O. Monaldi di Napoli con parallela Cardiocirurgia Pediatrica.

Questa struttura è fornita infatti di Laboratorio di Emodinamica e di Elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico che opera mediamente su un bacino di utenza di 6 milioni di abitanti.

Presso questa struttura sono anche identificati tre 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.

- ***La Rete 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, nell'infarto miocardico acuto e nel grave scompenso cardiaco. 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 possibile nel minor tempo possibile. Bisogna in sostanza realizzare una rete cardiologica per l'emergenza all'interno del 118 già esistente.

In questo Piano viene definita la distribuzione territoriale di tutti i servizi attribuendo ad ogni struttura in essa inserita compiti specifici, individuando requisiti delle strutture (nodi della rete) e protocolli che regolino la cooperazione fra strutture (relazioni fra nodi). Per le reti che comprendono servizi di alta specialità, ci si ispira al modello hub & spoke, che esprime un'idea di-

namica dell'assistenza collegata ai gradi di complessità, per cui quando una determinata soglia di complessità viene superata si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche ad unità centrali di riferimento.

Lo schema operativo deve coinvolgere tutte le strutture, ovvero la Centrale Operativa 118, Ospedali sedi di funzioni di Emergenza, Dipartimenti Cardiologici-UTIC, e tutti i soggetti ovvero i medici delle ambulanze, medici dell'accettazione, dell'emergenza, cardiologi.

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.

I punti cardine di una tale organizzazione sono:

- 1) rispetto dei criteri di territorialità e continuità delle cure
- 2) percorso diagnostico-terapeutico-comportamentale comune

L'organizzazione della rete deve riguardare il territorio provinciale. Per la Provincia di Napoli vanno previste tre reti organizzative:

- a) Napoli città
- b) Napoli est
- c) Napoli ovest

Le priorità sono la preparazione del personale del 118 mediante corsi di formazione, la costituzione di un comitato scientifico per l'organizzazione dei corsi medesimi, la preparazione di protocolli operativi e l'adeguamento ed il potenziamento delle strutture ospedaliere cardiologiche di riferimento.

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

- a) Sistemi di trasmissione telematica
- b) Telefonia cellulare o fissa dedicata

In questo ambito un ruolo chiave è svolto dalle unità operative di cardiologia/UTIC di riferimento per ciascuna centrale operativa in quanto saranno queste strutture a provvedere:

- 1) Alla diagnosi e arruolamento precoce dei pazienti;
- 2) All'inizio del trattamento medico ottimale (eleggibilità per trombolisi o angioplastica)
- 3) All'individuazione precoce dei pazienti ad alto rischio;
- 4) All'attivazione del trasporto rapido presso i centri di riferimento di alta specializzazione ovvero le U.O. di cardiologia/UTIC dotate di emodinamica interventistica con o senza cardiocirurgia

Nel caso in cui il paziente giunga direttamente al presidio, saranno i medici ad effettuare la valutazione iniziale e se la struttura è dotata di UTIC chiederanno direttamente il supporto del cardiologo che deciderà il percorso clinico del paziente. Nel caso in cui, invece, si tratti di una

struttura priva di UTIC, utilizzando la rete telematica il medico richiederà il supporto alla UTIC di riferimento territoriale.

L'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (Centri Spoke) 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 (dotati di emodinamica interventistica e cardiocirurgia– centri hub) sono invece sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli. Il loro decongestionamento deve avvenire garantendo la riaccettazione del paziente nella struttura con UTIC che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico, ovviamente con garanzie di stabilità clinica del paziente stesso.

I Centri di Alta Specializzazione non dotati di Pronto Soccorso provvedono inoltre al trasferimento di tutti i pazienti per i quali, pur essendo cessata l'emergenza, sussiste la necessità di proseguire le cure. Il trasferimento avviene attraverso il 118 presso le UOC di Cardiologia e di Medicina interna degli Ospedali territoriali delle ASL o presso i Presidi di Riabilitazione o lungodegenza.

- **Identificazione delle U.O. Cardiologia/UTIC**

- *Con emodinamica interventistica e cardiocirurgia (centri di riferimento - hub)*

- 1) Cardiologia – SUN c/o A.O. Monaldi^(A)
- 2) A.U.P. Università Federico II^(A) – Napoli
- 3) A.O. V. Monaldi^(A) – Napoli
- 4) A.O. Cardarelli * (*emodinamica interventistica in fase di realizzazione*)
- 5) A.O. S. G. Moscati - Avellino
- 6) A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Salerno
- 7) P.O. Nocera-Pagani - Salerno
- 8) A.O. S. Sebastiano – Caserta
- 9) P.O. S.G.Moscati – Aversa (CE)
- 10) P.O. San Luca - Vallo della Lucania (SA) *
- 11) P.O. Loreto Mare – Napoli *
- 12) A.O. Rummo – Benevento *
- 13) P.O. Fatebenefratelli – Benevento *
- 14) Clinica Mediterranea – Napoli
- 15) Clinica Malzoni – Montevergine (AV)
- 16) Clinica S.Michele – (CE)
- 17) P.O. Maria SS. Addolorata – Eboli (SA)*

- *Senza emodinamica interventistica (centri spoke)*

- 1) AUP Policlinico Federico II – Cardioangiologia - Napoli

- 2) PO. S. Giovanni Bosco – Napoli (*emodin. non interventistica*)
- 3) PO San Paolo – Napoli
- 4) PO Fatebenefratelli – Napoli
- 5) PO Villa Betania - Napoli
- 6) PO S. Maria delle Grazie – Pozzuoli (NA)
- 7) PO Giugliano (NA)
- 8) PO Rizzoli - Ischia (NA)
- 9) PO S. Giovanni di Dio – Frattamaggiore (NA) (*emodin. non interventistica*)
- 10) PO S. Maria della Pietà – Nola (NA)
- 11) PO S. Leonardo – C.mare di Stabia (NA)
- 12) PO Sorrento - PO De Luca e Rossano - Vico Equense (NA)
- 13) PO Pollenatrocchia (NA)
- 14) PO Torre del Greco (NA)
- 15) PO Boscotrecase (NA)
- 16) PO Ariano Irpino (AV)
- 17) PO Piedimonte Matese (CE)
- 18) PO S. Maria C.V. (CE)
- 19) PO S. Felice a Cancellò (CE)
- 20) PO S Rocco – Sessa Aurunca (CE)
- 21) PO Cava dei Tirreni (SA)
- 22) PO Scafati (SA)
- 23) PO Mercato S. Severino (SA)
- 24) PO Oliveto Citra (SA)
- 25) PO Battipaglia (SA)
- 26) PO Sarno (SA)
- 27) PO Polla (SA)
- 28) PO Roccadaspide (SA)
- 29) PO Sapri (SA)

(A) = accesso attraverso il sistema integrato del 118

(*) = Cardiocirurgia esterna collegata/convenzione

- **Articolazione delle Centrali Operative deputate alle emergenze cardiologiche**

Le Centrali Operative deputate all'emergenza cardiologica, tutte in collegamento con la COR /118 presso l'AORN Cardarelli di Napoli, debbono essere ubicate in strutture dotate di UTIC, emodinamica interventistica 24h/24 e cardiocirurgia per la più articolata esperienza e completa operatività e collegate con le UTIC dei propri ambiti territoriali. Debbono avere un bacino di attività provinciali e pertanto vanno ubicate presso le AO provinciali e collegate con le UTIC delle ASL della stessa Provincia.

In particolare per la Provincia di Napoli, vanno previsti tre Centri di Coordinamento ubicati presso:

- 1) la SUN di Napoli collegata con le UTIC dell'ASL Na 1
- 2) l'AUP Federico II, collegata con le UTIC dell'ASL Napoli 2, 3 e 4
- 3) l'AO Monaldi, collegata con le UTIC dell'ASL Napoli 5

5.9.4 Le emergenze subacquee ed iperbariche

Nella gestione delle emergenze subacquee ed iperbariche la tempestività e la adeguatezza del soccorso e del trattamento in camera iperbarica costituisce requisito indispensabile per il successo terapeutico.

Gli eventi che si possono avvalere della terapia iperbarica in emergenza comprendono maxie-emergenze naturali (rischio vulcanico, tellurico), industriali (incidenti industriali, esplosioni) incidenti in mare, gravi patologie post traumatiche, intossicazioni da fumi, gangrene ed embolie.

L'analisi dei bisogni di tali strutture non può prescindere dalla individuazione delle aree costiere, spesso servite da un sistema viario precario, da aree ad alta densità di insediamenti industriali, da aree sismiche e/o vulcaniche.

I centri iperbarici, inseriti nei Dipartimenti di Anestesia e Rianimazione, attualmente esistenti nelle ASL, AO ed AUP della Regione Campania sono presso:

- 1) AOUP FEDERICO II - NAPOLI
- 2) AO CARDARELLI - NAPOLI
- 3) AO SANTOBONO - NAPOLI
- 4) AO S. GIOVANNI DI DIO - SALERNO
- 5) AO RUMMO - BENEVENTO
- 6) AO S. SEBASTIANO - CASERTA
- 7) AO MOSCATI - AVELLINO (camera monoposto)
- 8) P.O. UMBERTO I - NOCERA (SA 1)

Tali centri devono funzionare 24 ore su 24 anche attraverso la istituzione della reperibilità.

Al fine di assicurare una più omogenea copertura del territorio, si giudica necessario prevedere, oltre alla piena riattivazione operativa dei centri di Caserta ed Avellino, la attivazione di centri iperbarici presso:

- 1) La ASL Napoli 1 : possibilità di attivazione di una ulteriore camera mobile nel periodo estivo presso il presidio di Capri;
- 2) La ASL Napoli 2, localizzato presso il presidio di Pozzuoli, con possibilità di attivazione di una seconda camera mobile nel periodo estivo presso il presidio di Ischia;
- 3) La ASL Napoli 5, localizzato presso il presidio di Sorrento;
- 4) La ASL Salerno 3, localizzato presso il presidio di Vallo della Lucania, con possibilità di attivazione di una seconda camera mobile nel periodo estivo in struttura della costa Cilentana.

5) Per l'emergenza estiva in costiera Amalfitana è possibile prevedere una camera mobile in collegamento con quella già esistente a Nocera. Al fine di consentire una gestione tecnica delle emergenze iperbariche, la C.O.RE., in particolare per i casi di maggiore complessità o che coinvolgano più persone, si avvarrà della collaborazione, quale centro di riferimento, del supporto delle professionalità del centro dell'A.U.P. Federico II.

5.9.5 Bleeding center

Atteso che le sindromi gastroenterologiche acute rappresentano un problema clinico frequente e, per determinate complicanze, potenzialmente letale, e che l'endoscopia digestiva è in grado da sola di far fronte al 90% di tali casi, e che nella nostra Regione, con l'eccezione del Cardarelli, non esistono Servizi di Endoscopia digestiva dove sia codificata un'assistenza h24 si rende necessario istituire in ogni Provincia una struttura ad hoc con il compito di affrontare in urgenza 24h/24 le problematiche diagnostiche e terapeutiche del paziente affetto da gravi patologie digestive in fase acuta con la funzione di centro di riferimento provinciale per tali eventi.

La strutturazione organizzativa di tali centri è valutata in base alle esigenze epidemiologiche, alle opportunità organizzative ed alle esigenze del territorio, comunque entro i limiti di cui al punto 4.2

Tali centri dovranno essere collocati in Presidi Ospedalieri ed Aziende Ospedaliere già dotate di U.O. di Gastroenterologia, Rianimazione, Radiologia Vascolare ed Interventistica, Chirurgia Generale preferibilmente ad indirizzo Gastroenterologico e centri di riferimento regionale per le emocoagulopatie come da DGRC n. 5102 del 6.8.1999.

5.9.6 Rete per le emergenze vascolari (R.E.V.)

In base alla rilevazione dell'incidenza crescente dell'emergenza vascolare non cerebrale né cardiaca, e constatato che due fattori incidono sulla risoluzione dell'emergenza: il Tempo (T) e la Competenza (K), e che la risoluzione comporta anche vantaggi economici non irrilevanti per la collettività, si ritiene utile istituire una Rete per le Emergenze Vascolari (REV) costituita da almeno 5 UU.OO. di Chirurgia Vascolare attive 24h/24 ed organizzate per far fronte alle emergenze vascolari. Le suddette UU.OO., dotate delle opportune risorse umane e strumentali, dislocate una in ogni Provincia della Regione, non necessariamente nel capoluogo, ma piuttosto in base a criteri di raggiungibilità e di proporzionalità rispetto alla potenziale utenza, dovranno trovare allocazione presso le Aziende Ospedaliere e/o Presidi Ospedalieri preferibilmente già sede di Trauma Center o di Trauma Team dotati di

- a) rianimazione
- b) radiologia Vascolare ed Interventistica

CAPITOLO_6 : LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO E L'ANALISI DEL FABBISOGNO

6.1 Parametri di riferimento

6.1.1 Equità di accesso ed autosufficienza territoriale

- *Equità di accesso*

In questi ultimi anni l'offerta ospedaliera si è modificata sia in termini quantitativi che in termini qualitativi. I fattori che più incisivamente hanno influito su tale cambiamento possono essere individuati nella evoluzione tecnologica, che ha interessato in particolare le attività chirurgiche e nella evoluzione organizzativa il cui carattere comune può essere individuato nella realizzazione di soluzioni differenziate sulla base della diversa intensità assistenziale e che ha avuto come risultato l'incremento della attività di Day Hospital e Day Surgery.

La tendenza, nell'evoluzione dell'offerta ospedaliera in campo internazionale, è quella di orientarsi verso strutture dotate di un minor numero di posti letto, ma con un continuo, cospicuo incremento sia della tecnologia che della complessità della casistica trattata. Non a caso nell'Unione Europea si parla di sviluppo di un sistema di salute "per tutti, eccellente e sostenibile". In particolare, ai fini del raggiungimento di tale modello, si fa riferimento anche alla cooperazione dei programmi di settore e, nello specifico, a quelli di salute pubblica e tutela dei consumatori, ricerca e innovazione, sviluppo della Società dell'Informazione e della Conoscenza, integrazione tra politiche regionali, processi bilaterali d'integrazione tra ricerca per la salute, impresa e finanza, anche in relazione allo sviluppo della formazione avanzata. Concetti questi ripresi anche dal nuovo PSN 2006-2008.

Nel riordino della rete ospedaliera della Campania, in applicazione dello spirito e del dettato del PSR vigente, va garantito il principio fondamentale dell'equità di accesso ai servizi ospedalieri.

Il principio dell'equità può essere definito avendo a riferimento diversi concetti:

- 1) una equità basata sul criterio di uguaglianza garantendo a tutti pari opportunità;
- 2) una equità che si realizzi sulla base del contributo che i beneficiari sono in grado di dare alla determinazione delle risorse da distribuire;
- 3) una equità in base alla quale le risorse vadano invece distribuite in ragione dei bisogni che si originano nelle diverse realtà compresi i particolari bisogni determinati dalla struttura territoriale. (zone montane, isole)

sono questi i principi di equità a cui il Piano Sanitario Regionale della Campania si è ispirato e che si intende ribadire nel programma di riorganizzazione della rete ospedaliera.

- *L'autosufficienza territoriale*

I servizi ospedalieri possono essere distinti in servizi a forte diffusione, e questo riguarda prevalentemente le discipline cliniche che trattano patologie ad elevata prevalenza e che richiedono tecnologie di media complessità, ed aree ad alta tecnologia e complessità per le quali è necessario erogare una massa critica di prestazioni al di sotto delle quali non si riuscirebbero a

garantire elevati livelli di esperienza e competenza professionale a costi sostenibili (cardiologia, neurochirurgie, centri trapianti ecc.).

Si ritiene che l'area territoriale all'interno della quale la popolazione residente debba trovare risposte adeguate ai problemi di salute che richiedano cure ospedaliere possa essere individuata nel territorio della Provincia.

Nel determinare il fabbisogno di posti letto l'approccio deve essere quello di rendere possibile, in misura estesa e con le modalità previste, una autosufficienza provinciale dell'offerta ospedaliera tenendo però, in debito conto, che alcune discipline di alta specialità, orientate a curare patologie a bassa prevalenza, potranno prevedere anche bacini sovraprovinciali al fine di garantire i volumi di attività idonei a favorire elevati livelli di professionalità e qualità a costi compatibili. In generale ci si conformerà agli obiettivi ed ai vincoli enunciati al capitolo 2, paragrafo 4, nonché a quanto espresso al capitolo 3, relativamente alla necessaria valutazione del tasso di utilizzo dei PL con la definizione del *range* 75%-95% intendendo con 75% il margine inferiore e con 95% quello superiore al di sotto o al di sopra dei quali è necessario intervenire con misure di razionalizzazione.

Ma pur considerando utile definire un sistema di offerta che individui la quantità di risorse (posti letto, strutture) bisogna essere profondamente consapevoli che l'efficacia, l'efficienza e la qualità della rete ospedaliera sono più influenzate dalla qualità degli operatori, delle tecnologie e dell'organizzazione, e dalla capacità del sistema di realizzare uno sviluppo reticolare che garantisca la massima integrazione tra le strutture sia ospedaliere che extraospedaliere, più che dalla quantità dei posti letto e dal numero degli ospedali.

Oggi il problema fondamentale da affrontare è la qualità dei servizi di assistenza ospedaliera e la loro capacità di integrazione con l'intera rete ospedaliera e con il territorio più che la quantità dell'offerta.

6.1.2 Valutazione dei bisogni

Abbiamo detto che il principio di equità che ispirerà lo studio per il riordino della rete ospedaliera parte dalla valutazione dei bisogni per la definizione del fabbisogno.

Tale operazione non va tuttavia disgiunta dalla realizzazione dell'obiettivo, già definito dalla Regione Campania con suoi provvedimenti, teso a contrastare l'uso improprio dell'ospedale. Infatti la Regione Campania, ampliando la lista dei 43 DRG dell'allegato 2C del DPCM sui LEA, ha definito dei valori soglia di ammissibilità di ricovero ordinario con durata maggiore a 1 giorno per 58 DRG.

Tenendo conto di questi indirizzi contenuti nelle norme sull'appropriatezza dei ricoveri, il "fabbisogno di base" va modulato in funzione di un miglioramento dell'appropriatezza comportando la riduzione di un certo numero di posti letto ordinari e la contemporanea conversione in posti letto equivalenti di DH e riservando un certo numero di posti letto al ricovero diurno per acuti per l'implementazione dei nuovi modelli assistenziali.

6.2 *Analisi del fabbisogno*

La programmazione del settore sanitario, in considerazione del continuo alternarsi di nuovi orizzonti terapeutici legati alle scoperte scientifiche, e di emergenze che costringono ad affrontare situazioni impreviste, non può intendersi come una prescrizione puntuale e dettagliata delle singole misure da adottare nelle diverse discipline.

La programmazione sanitaria deve piuttosto intendersi come capacità di approntare un "sistema" efficiente e flessibile che, senza sacrificare le necessarie specializzazioni, sia in grado di adattarsi plasticamente a situazioni dinamiche: una elaborazione "in progress" per vicende multiformi. Sarebbe illusorio voler prescrivere in un modo specifico e che apparirebbe senz'altro "virtuale", una serie di provvedimenti destinati poi a restare inattuati.

Tuttavia appare necessario delineare alcune, fondamentali, linee di tendenza. Per contemperare le due esigenze si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione su quelli che emergono, senza alcuna possibilità di dubbio, come punti evidenti di criticità, vere e proprie falle da colmare tempestivamente, inefficienze inaccettabili in un sistema di sanità pubblica.

Dalla disamina dei dati vengono definiti allora i seguenti settori di intervento per i quali è improcrastinabile una assunzione di decisioni operative:

- 1) Mobilità extraregionale
- 2) Liste d'attesa
- 3) Emergenza, con i relativi sottosettori:
 - a) Trasporto
 - b) Cardiologia
 - c) Trauma Center
 - d) Stroke Unit
 - e) Bleeding Center
 - f) Emergenze vascolari
 - g) Emergenza iperbarica
- 4) Emodialisi
- 5) Riabilitazione
- 6) RR.SS.AA.
- 7) Settore Oncologico - Radioterapia
- 8) Salute mentale

Avendo il Piano assunto il principio dell'autosufficienza territoriale su base provinciale, all'interno di ciascuno dei settori sopra elencati sono fornite alcune indicazioni, necessariamente generiche e di massima, disaggregate per le cinque Province campane e, contestualmente, s'individua il CTP – così come previsto dall'art. 2 del disegno di legge – quale luogo della definizione specifica, dinamica e periodicamente verificabile delle misure da adottare. Per ciascuno dei Settori d'intervento sopra citati, occorre pertanto che i Direttori Generali relazionino perio-

dicamente sullo stato di attuazione delle scelte programmatiche e forniscano elementi utili a modificare le situazioni di criticità.

Per l'area urbana di Napoli, che assume connotati di particolare rilievo sia per consistenza demografica sia perché, nel tempo, ha svolto una funzione accentratrice rispetto al resto del territorio regionale, occorre affrontare le problematiche in un contesto che, in qualche misura, esula dall'ottica meramente provinciale.

Si forniscono di seguito, per alcuni dei sopra menzionati settori di intervento, alcune considerazioni riferibili all'intera Regione. Successivamente, si forniranno quadri di riferimento specifici per le singole province.

1. MOBILITÀ EXTRAREGIONALE

I ricoveri di Alta complessità costituiscono solo il 7,7% di tutti i ricoveri ma in termini di spesa rappresentano il 33,5 % dell'intero costo dei ricoveri in mobilità. Al contrario i ricoveri per DRG a bassa complessità ed alto rischio di inappropriatazza sono il 36,7 % di tutti i ricoveri ma corrispondono al 21,1 della spesa. I DRG di media complessità numericamente costituiscono il 55% dei casi ed il 45% della spesa.

Va sottolineato che dal punto di vista professionale e tecnico le strutture ospedaliere della Campania sono in grado di affrontare la massima parte dei casi in mobilità, visto che ogni anno gli ospedali e le case di cura della Regione effettuano più di 1.200.000 prestazioni di ricovero. Perciò il fenomeno della migrazione, laddove non si spieghi per motivi logistici (aree di confine) potrebbe dipendere da insufficiente accessibilità, difficoltà organizzative e di accoglienza delle strutture, eventi che vengono percepiti dai cittadini come indicatori di insufficiente qualità.

In coerenza con quanto sopra esposto ed in considerazione del fatto che la riduzione della Mobilità extraregionale è obiettivo del presente Piano, in ogni Provincia deve essere data massima attenzione alla strutturazione di percorsi assistenziali tali da ridurre i fenomeni di migrazione sanitaria anche per patologie di media e bassa assistenza quali Dermatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, etc.

2. LISTE DI ATTESA

Con cadenza semestrale è fatto obbligo ai Direttori Generali di trasmettere al CTP territorialmente competente, le liste d'attesa relative alle diverse discipline. In sede di CTP, sulla base del calcolo combinato tra tasso di utilizzo dei Posti Letto, produttività dell'unità di riferimento e consistenza delle liste d'attesa, verrà rimodulata e razionalizzata l'assegnazione dei Posti letto medesimi, ovvero la loro riconversione in DH o DS anche in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 1 del 2 marzo 2006.

3. TRAUMA CENTER

Collocamento nelle aree di emergenza dei Presidi interessati una volta soddisfatte le seguenti condizioni strutturali e funzionali:

- 1) Sala di emergenza del pronto soccorso;
- 2) Area diagnostico-terapeutica;

- 3) Area di assistenza intensiva;
- 4) Radiologia interventistica
- 5) Chirurgia vascolare
- 6) Chirurgia toracica
- 7) Chirurgia maxillo-facciale

4. RIABILITAZIONE

Si riscontra una notevole carenza, variamente distribuita per livello di criticità.

Nello specifico :

quasi assenza di strutture di III° livello (alta specialità) articolate in:

- 1) UGTC (Unità per Gravi Traumi Cranioencefalici)
- 2) US (Unità Spinale Unipolare)
- 3) UGDDE (Unità Gravi Disabilità per l'Età Evolutiva)

Diffusa carenza di strutture di II° livello (media specialità). In particolare :

- 1) Le UO di Riabilitazione Intensiva Postacuta Multidisciplinare devono essere adeguatamente presenti
- 2) Le UO di Cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta devono essere presenti all'interno di ogni rete cardiologia a livello provinciale

Notevole carenza di strutture di I° livello (base). In particolare :

- 3) Lungodegenza riabilitativa da strutturare in ciascuna ASL

In generale, nel triennio, si prevede di incrementare la dotazione regionale a 3.630 posti letto (dagli attuali 2.737). Per quanto riguarda la programmazione provinciale dei posti letto, si ritiene che gli 80 P.L. della Alta Specialità non debbano essere ripartiti su base provinciale ma debbano rappresentare strutture sovraprovinciali.

5. RR.SS.AA.

La ratio che ha ispirato la L.R. n. 8/2003, avente ad oggetto la disciplina della materia relativa alle RR.SS.AA. è stata la volontà di dare per un verso una risposta al bisogno di assistenza espresso dagli ultrasessantacinquenni non autosufficienti e, per altro verso, la necessità di razionalizzare la spesa derivante dall'uso improprio delle strutture ospedaliere, spesso utilizzate come cronici con i relativi, elevatissimi costi. La L.R. n. 24/2005, art. 3, comma 10 ha chiarito che il fabbisogno di posti letto per le Residenze Sanitarie Assistite, in riferimento a quanto previsto dalla legge regionale 8/03, articolo 8, commi 1 e 2, e articolo 24 comma 2 è riferito alle sole strutture pubbliche, precisando che nel calcolo del fabbisogno non sono considerati come posti pubblici esistenti quelli ancora in corso di realizzazione ai sensi dell'articolo 20 della L. 11 /3/ 1988, n. 67.

Il fabbisogno individuato per le strutture pubbliche per il triennio 2007-2009 è del 2 x mille (tale specifica è da intendersi come base di partenza)

6. EMODIALISI

Nelle more di una revisione complessiva che dovrà ridefinire il ruolo e la consistenza dell'offerta pubblica e privata accreditata, si ritiene urgente un ampliamento dell'offerta nelle AA.OO. e nelle ASL che dovrà raggiungere i 312 posti dialisi in regione.

6.2.1 Provincia di AVELLINO

- *Emergenza*

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale, quanto esposto al capitolo 5.

Per quanto riguarda la Provincia di Avellino, il quadro di riferimento è il seguente:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) AORN MOSCATI di Avellino: Funzioni di III° livello – Previsione della Stroke Unit e dell'Unità Spinale Unipolare
- 2) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.
- 3) Centrale Operativa Territoriale di Avellino, con competenza su Avellino e Provincia

B) Cardiologia : Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3.

Nello specifico, per Avellino e Provincia:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC con emodinamica interventistica e cardiocirurgia (Centri di riferimento hub) :
 - a) AORN S.G.MOSCATI – AVELLINO
 - b) CLINICA MALZONI (AVELLINO)
- 2) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC senza emodinamica interventistica e cardiocirurgia (Centri spoke) : PO Ariano Irpino
- 3) Identificazione delle Centrali Operative e relativi riferimenti di rete:
 - a) Centrale Operativa : presso AORN S.G.MOSCATI - AVELLINO
 - b) Centro hub per emodinamica interventistica e cardiocirurgia:
 - 1) AORN S.G.MOSCATI - AVELLINO

C) Trasporto neonatale di Emergenza

È prevista l'attivazione di una postazione in Provincia di Avellino.

D) Bleeding center

Si rileva la necessità di istituire in Provincia di Avellino un Bleeding Center in base a quanto già affermato nel paragrafo 5.9.5

E) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.5.9.6

F) Emergenza subacquea ed iperbarica

Centro iperbarico presso AORN di AVELLINO (camera monoposto)

Piena riattivazione operativa del Centro di Avellino

G) Trauma Center

Inserimento nell'AORN di AVELLINO.

H) Stroke Unit

Prevista l'attivazione nell'AORN di AVELLINO

- *Emodialisi*

Nelle AASSLL di Avellino dovranno essere attivati 13 pl di dialisi.

- **Riabilitazione**

Strutture di III° livello :

- Previsione di una UGTC e di una US con 10 pl nell'AORN MOSCATI

Strutture di II° livello :

- L'UO di cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta deve essere presente all'interno della rete cardiologica in ambito provinciale

Strutture di I° livello :

- Lungodegenza riabilitativa da strutturare in ciascuna ASL

Sono da ripartire su base provinciale i posti letto del secondo e primo livello secondo le indicazioni numeriche della seguente tabella:

	P.L. Avellino: 8%
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	196
Cardiologia riabilitativa intensiva postacuta	16
Pneumologia riabilitativa intensiva postacuta	12
Lungodegenza riabilitativa e di base	60

Al P.O. di S. Angelo dei Lombardi, in considerazione della realtà già operante connessa ai servizi di riabilitazione (cod. 56 e 75) si ritiene di attribuire funzione specialistica.

- **RR.SS.AA.**

Dimensionamento provinciale in posti letto :

RSA Residenziale	164
RSA Semiresidenziale comprensive di centri Alzheimer	41
RSA Disabilità	154

- **Settore oncologico - radioterapia**

Per le linee guida generali relative alla rete dell'oncologia, si rinvia al paragrafo 7.4.

La previsione di massima relativa alle strutture di Radioterapia per la Provincia di Avellino è la seguente:

Nell'AORN S.G.MOSCATI di AVELLINO, ove è presente l'oncologia, le U.O. di Radioterapia devono garantire tecniche complesse quali la curieterapia, la radioterapia stereotassica e la irradiazione corporea totale.

Nella stessa AORN. S.G.MOSCATI di AVELLINO va attivata la Radioterapia metabolica

- **Salute mentale**

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

6.2.2 Provincia di BENEVENTO

- *Emergenza*

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale quanto esposto al capitolo 5, interamente dedicato al tema dell'emergenza.

In particolare, per la Provincia di Benevento il quadro di riferimento è il seguente:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) AORN RUMMO: – Previsione della Stroke Unit
- 2) IRCSS MAUGERI deputato alla riabilitazione di alta specialità (cod. 56,60,75, e 28)
- 3) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.
- 4) Centrale Operativa Territoriale di Benevento, con competenza su Benevento e Provincia

B) **Cardiologia** : Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3. Nello specifico, per Benevento e Provincia:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC con emodinamica interventistica e cardiocirurgia (Centri di riferimento hub) :
 - a) AO RUMMO – BENEVENTO*
 - b) OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI – BENEVENTO*

**(solo emodinamica interventistica con cardiocirurgia in convenzione presso altra struttura)*
- 2) Identificazione delle Centrali Operative e relativi riferimenti di rete :
 - a) Centrale Operativa : presso AORN RUMMO - BENEVENTO (UTIC di riferimento AORN Rummo – Benevento)
 - b) Centro hub per emodinamica interventistica e cardiocirurgia : AORN S.G.Moscato - Avellino, AO S.Sebastiano – Caserta
 - c) Centro hub di riferimento per sola emodinamica interventistica : AORN Rummo, PO Fatebenefratelli - Benevento

C) Trasporto neonatale di emergenza

È prevista l'attivazione di una postazione in Provincia di Benevento.

D) Bleeding center

Si rileva la necessità di istituire in Provincia di Benevento un Bleeding Center in base a quanto già affermato nel paragrafo 5.9.5

E) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.5.9.6

F) Emergenza subacquea ed iperbarica

Centro iperbarico presso AORN RUMMO di BENEVENTO

G) Trauma Center

Inserimento nell'AORN RUMMO di BENEVENTO, una volta soddisfatte le condizioni strutturali e funzionali.

H) Stroke Unit

Prevista l'attivazione nell'AORN RUMMO di BENEVENTO

- **Emodialisi**

Nella provincia di Benevento dovranno essere attivati 4 pl dialisi.

- **Riabilitazione**

Strutture di III° livello :

- Allocazione di UGTC presso l'AORN RUMMO di BENEVENTO.

Strutture di II° livello :

- L'UO di Cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta deve essere presente all'interno della rete cardiologica in ambito provinciale

Strutture di I° livello :

- Lungodegenza riabilitativa da strutturare nel territorio provinciale

Sono da ripartire su base provinciale i posti letto del secondo e primo livello secondo le indicazioni numeriche della seguente tabella:

	P.L. Benevento: 5%
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	123
Cardiologia riabilitativa intensiva postacuta	10
Pneumologia riabilitativa intensiva postacuta	8
Lungodegenza riabilitativa e di base	38

N.B. In base alla D.G.R.C. n. 1212 del 23.09.05, sulla base di precise indicazioni fornite dalla V Commissione Consiliare, è stato preso atto della Deliberazione n. 25 del 24.01.05 del Direttore Generale dell'ASL Bn 1, di approvazione del progetto sperimentale "Integrazione Ospedale Territorio e sperimentazione gestionale pubblico-privato" in base alla quale, all'interno del Presidio Ospedaliero di S.Bartolomeo in Galdo, di prossima apertura, è prevista la destinazione di n. 80 pl per la lungodegenza riabilitativa e di base (cod. 60).

- **RR.SS.AA**

Dimensionamento provinciale in posti letto :

RSA Residenziale	116
RSA Semiresidenziale comprensive di centri Alzheimer	28
RSA Disabilità	103

- **Settore oncologico - radioterapia**

Per le linee guida generali relative alla rete dell'oncologia, si rinvia al paragrafo 7.4.

La previsione di massima relativa alle strutture di Radioterapia per la Provincia di Benevento è la seguente:

Nell'AORN RUMMO, dove è presente Oncologia, l' U.O. di Radioterapia deve garantire tecniche complesse quali la curieterapia, la radioterapia stereotassica e la irradiazione corporea totale. Nell'AORN RUMMO va attivata anche la Radioterapia metabolica.

- **Salute mentale**

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

- **Centro risveglio per adulti**

da allocare presso l'AORN RUMMO

6.2.3 Provincia di CASERTA

- *Emergenza*

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale quanto esposto al capitolo 5, interamente dedicato al tema dell'emergenza.

In particolare, per la Provincia di Caserta, il quadro di riferimento è il seguente:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) AORN S.SEBASTIANO – Previsione della Stroke Unit;
- 2) P.O. di SESSA AURUNCA che, per la posizione di confine con altre regioni, al fine di incidere sulla consistente migrazione sanitaria, svolge funzioni specialistiche nel campo della cardiologia e dell'oncologia ascrivibili a regime al III livello della rete dell'emergenza;
- 3) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.
- 4) Centrale Operativa Territoriale di Caserta, con competenza su Caserta e Provincia

B) **Cardiologia** : Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3.

Nello specifico, per Caserta e Provincia:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC con emodinamica interventistica e cardiocirurgia (Centri di riferimento hub)
 - a) AORN S.SEBASTIANO di CASERTA
 - b) PO AVERSA (solo emodinamica interventistica senza cardiocirurgia)
 - c) CLINICA S.MICHELE (MADDALONI –CE)
- 2) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC senza emodinamica interventistica
 - a) PO PIEDIMONTE MATESE
 - b) PO S. MARIA CAPUA VETERE
 - c) PO S. FELICE A CANCELLO
 - d) PO SESSA AURUNCA
- 3) Identificazione delle Centrali Operative e relativi riferimenti di rete :
 - a) Centrale Operativa : presso AORN S.SEBASTIANO - CASERTA
 - b) Centro hub per emodinamica interventistica e cardiocirurgia: AORN S.SEBASTIANO

C) Trasporto neonatale di emergenza

Per la provincia di Caserta è già attiva una postazione. È inoltre attivo il sistema di Trasporto e assistenza pediatrica in itinere presso l'AORN S.SEBASTIANO di CASERTA.

D) Bleeding center

Si rileva la necessità di istituire in Provincia di Caserta un Bleeding Center in base a quanto già affermato nel paragrafo 5.9.5

E) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.0

F) Emergenza subacquea ed iperbarica

Centro iperbarico attivo presso l'AORN S.SEBASTIANO di CASERTA

G) Trauma Center

Inserimento nell'AORN di CASERTA, una volta soddisfatte le condizioni strutturali e funzionali.

H) Stroke Unit

Prevista l'attivazione nell' AORN S.SEBASTIANO di CASERTA.

- **Emodialisi**

Nella provincia di Caserta dovranno essere attivati 15 pl dialisi.

- **Riabilitazione**

Strutture di II° livello :

- L'UO di cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta deve essere presente all'interno della rete cardiologica in ambito provinciale

Strutture di I° livello :

- Lungodegenza riabilitativa da strutturare in ciascuna ASL

Sono da ripartire su base provinciale i posti letto del secondo e primo livello secondo le indicazioni numeriche della seguente tabella:

Provincia di Caserta	P.L. 15%
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	367
Cardiologia riabilitativa intensiva post acuta	30
Pneumologia riabilitativa intensiva post acuta	23
Lungodegenza riabilitativa e di base	113

- **RR.SS.AA.**

Dimensionamento provinciale in posti letto :

RSA residenziale	221
RSA semiresidenziale comprensive di centri Alzheimer	55
RSA Disabilità	300

- **Oncologia - radioterapia**

Per le linee generali relative alla rete dell'oncologia, si rinvia al paragrafo 7.4.

La previsione di massima relativa alle strutture di Radioterapia per la Provincia di Caserta è la seguente:

Nell'AORN S.SEBASTIANO di Caserta dove è presente Oncologia, l'U.O. di Radioterapia deve garantire tecniche complesse quali la curieterapia, la radioterapia stereotassica e la irradiazione corporea totale

Nella AORN S.SEBASTIANO di Caserta va attivata la Radioterapia metabolica

- **Salute mentale**

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

6.2.4 Area urbana di NAPOLI (ASL NA 1)

- **Emergenza**

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale quanto esposto al capitolo 5, interamente dedicato al tema dell'emergenza.

In particolare, per l'area urbana di Napoli, la rete dell'emergenza è così configurata:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) 7 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale deputate allo svolgimento di funzioni di alta specializzazione per l'emergenza, l'elezione e la specializzazione (CARDARELLI, COTUGNO, MONALDI, SANTOBONO, IRCSS FONDAZIONE PASCALE, AOUP FEDERICO II e AOUP SUN)
- 2) Le restanti strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.

L'Isola di Capri e l'Ospedale G. Capilupi rientrano nelle competenze dell'ASL Napoli 1

- Centrale Operativa Territoriale di Napoli con competenza sull'area urbana di Napoli

B) **Cardiologia** : Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3.

Nello specifico, per l'area urbana di Napoli:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia /UTIC con emodinamica interventistica e cardiocirurgia - Centri di riferimento hub :
 - a) Cardiologia – SUN c/o AORN MONALDI
 - b) AUP FEDERICO II NAPOLI
 - c) AORN Monaldi
 - d) AORN CARDARELLI (*emodinamica interventistica in fase di realizzazione*)
 - e) PO LORETO MARE
 - f) CLINICA MEDITERRANEA
- 2) Identificazione delle UO Cardiologia /UTIC senza emodinamica interventistica Centri Spoke
 - a) AUP FEDERICO II – CARDIOANGIOLOGIA
 - b) PO S.GIOVANNI BOSCO
 - c) PO S.PAULO
 - d) PO FATEBENEFRAPELLI
 - e) PO VILLA BETANIA
- 3) Identificazione delle Centrali Operative :
 - a) Centrale Operativa Regionale presso AORN CARDARELLI
 - b) Centrale Operativa Napoli presso AORN CARDARELLI; Centro di coordinamento : SUN di Napoli

C) **Trasporto neonatale di emergenza**

Per la città di Napoli è già attiva una postazione. È inoltre attivo il sistema di Trasporto e assistenza pediatrica in itinere presso il PO SS.ANNUNZIATA e l'AUP FEDERICO II.

D) **Bleeding center**

Previsione su base provinciale in base al paragrafo 5.9.5 : vedi dopo

E) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.5.9.6

F) Emergenza subacquea ed iperbarica

Già attive: AUP FEDERICO II ; AORN CARDARELLI ; AORN SANTOBONO con possibilità di attivazione di una altra camera presso il PO di CAPRI

G) Trauma Center

Inserimento nelle strutture di III° livello, una volta soddisfatte le condizioni strutturali e funzionali e in base alle esigenze epidemiologiche.

H) Stroke Unit

Prevista l'attivazione nell'AORN CARDARELLI e nell'AUP FEDERICO II.

- *Emodialisi*

Nella ASL Na1 dovranno essere attivati 40 pl dialisi.

- *Riabilitazione*

Strutture di III° livello :

- 1) Allocazione di UGTC in strutture di III livello (AORN);
- 2) US Unipolareal CTO di Napoli;
- 3) UDGEE all'AORN SANTOBONO-PAUSILIPON

Per le strutture di I° e II° livello la previsione è relativa al territorio urbano e provinciale vedi dopo.

- *RR.SS.AA.*

La previsione è relativa al territorio urbano e provinciale nell'insieme : vedi dopo.

- *Settore oncologico - radioterapia*

Per le linee guida generali relative alla rete dell'oncologia, si rinvia al paragrafo 7.4.

La previsione di massima relativa alle strutture di Radioterapia per l'Area urbana di Napoli è la seguente

- 1) Nelle AORN dove sono presenti U.O. di Oncologia, nelle AA.OO. e nell'IRCSS Pascale, le U.O. di Radioterapia devono garantire tecniche complesse quali la curieterapia, la radioterapia stereotassica e la irradiazione corporea totale
- 2) Nell'AORN CARDARELLI va attivata la Radioterapia metabolica che va potenziata nell'IRCSS PASCALE e nell'AUP FEDERICO II

- *Salute mentale*

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

- *Centro risveglio pediatrico*

da allocare presso l'AORN SANTOBONO-PAUSILIPON

6.2.5 Provincia di NAPOLI (AA.SS.LL. NA 2, NA 3, NA 4, NA 5)

- *Emergenza*

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale quanto esposto al capitolo 5, interamente dedicato al tema dell'emergenza.

In particolare, per l'area provinciale di Napoli la rete dell'emergenza è così configurata:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) Le strutture ospedaliere continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.
- 2) C.O.T.Napoli Ovest, sede a POZZUOLI, competente per Na 2 e Na 3;
- 3) C.O.T.Napoli Est, sede a CASTELLAMMARE di STABIA, competente per ASL Na 4 e ASL Na 5

B) Cardiologia

Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3.

Nello specifico, per la Provincia di Napoli:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia /UTIC senza emodinamica interventistica (Centri Spoke)
 - a) PO POZZUOLI
 - b) PO GIUGLIANO
 - c) PO FRATTAMAGGIORE
 - d) PO ISCHIA
 - e) PO NOLA
 - f) PO C.MARE DI STABIA
 - g) PO SORRENTO – PO DE LUCA E ROSSANO DI VICO EQUENSE
 - h) PO POLLENATROCCHIA
 - i) PO TORRE DEL GRECO
 - j) PO BOSCATRECASE
- 2) Identificazione delle Centrali Operative con le relative UTIC di riferimento
 - a) CO Napoli OVEST presso PO S Maria delle Grazie – Pozzuoli : Centro di coordinamento di riferimento : AUP Federico II, per le AASSLL Napoli 2, 3 e 4
 - b) CO Napoli EST presso PO S.Leonardo di Castellammare; Centro di Coordinamento di riferimento : AO Monadi per la ASL Napoli 5

C) Trasporto neonatale di emergenza

E' attiva una postazione nella città di Napoli. È inoltre attivo il sistema di Trasporto e assistenza pediatrica in itinere presso il PO SS.ANNUNZIATA e l'AUP FEDERICO II

D) Emergenza subacquea ed iperbarica

Previsione:

- 1) PO di POZZUOLI con possibilità di attivazione di una seconda camera presso il PO di ISCHIA
- 2) Presso il PO di SORRENTO

E) Bleeding center

Si rileva la necessità di istituire nella Provincia di Napoli un Bleeding Center in base a quanto già affermato nel paragrafo 5.9.5

F) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.5.9.6

- **Emodialisi**

Nell'area delle AASSLL Na 2, Na 3, Na 4 e Na 5 dovranno essere attivati 40 pl dialisi.

- **Riabilitazione**

La previsione è relativa al territorio urbano e provinciale.

Strutture di II° livello :

- l'UO di cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta deve essere presente all'interno della rete cardiologica in ambito provinciale

Strutture di I° livello :

- Lungodegenza riabilitativa da strutturare in ciascuna ASL

In generale, nel triennio, si prevede di incrementare a n. 3.630 posti letto (dagli attuali 2.737) la dotazione regionale.

In sintesi, per quanto afferisce la Provincia di Napoli la previsione è la seguente

	P.L. Napoli 54%
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	1.323
Cardiologia riabilitativa intensiva post acuta	108
Pneumologia riabilitativa intensiva post acuta	80
Lungodegenza riabilitativa e di base	404

- **RR.SS.AA.**

La previsione è relativa al territorio urbano e provinciale.

Dimensionamento provinciale in posti letto :

RSA residenziale	747
RSA semiresidenziale comprensive di centri Alzheimer	186
RSA Disabilità	1.085

- **Settore oncologico - radioterapia**

Per le linee guida generali relative alla rete dell'oncologia, si rinvia al paragrafo 7.4.

Si ribadisce il quadro di massima relativo alle strutture presenti nell'area urbana di Napoli

- **Salute mentale**

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

6.2.6 Provincia di SALERNO

- *Emergenza*

Relativamente a questo aspetto si ribadisce, in via generale, quanto esposto al capitolo 5, interamente dedicato al tema dell'emergenza.

Per quanto riguarda la Provincia di Salerno, il quadro di riferimento è il seguente:

A) Funzioni delle strutture ospedaliere :

- 1) 1 AORN S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona (Salerno) – Previsione della Stroke Unit;
- 2) 2 PP.OO., Vallo della Lucania e Nocera-Pagani (con previsione per entrambi della Stroke Unit) deputati al III livello della rete dell'emergenza;
- 3) I restanti PO continuano a svolgere le funzioni attive e quelle attivabili.
- 4) Centrali Operative per l'emergenza
 - a) COT di Salerno con competenza sul territorio delle AASSLL Sa 1 e 2
 - b) COT di Vallo della Lucania con competenza sul territorio della ASL Sa 3

B) **Cardiologia** : Si rinvia, per le linee generali, a quanto esposto nel paragrafo 5.9.3.

Nello specifico, per Salerno e Provincia:

- 1) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC con emodinamica interventistica e cardiochirurgia (Centri di riferimento hub)
 - a) AORN S.GIOVANNI di DIO e RUGGI d'ARAGONA
 - b) PO VALLO della LUCANIA (solo emodinamica interventistica con cardiochirurgia in convenzione presso altra struttura)
 - c) PO NOCERA-PAGANI (solo emodinamica interventistica senza cardiochirurgia)
 - d) PO EBOLI (solo emodinamica interventistica senza cardiochirurgia)
- 2) Identificazione delle UO Cardiologia/UTIC senza emodinamica interventistica
 - a) PO CAVA DEI TIRRENI
 - b) PO SCAFATI
 - c) PO MERCATO S.SEVERINO
 - d) PO OLIVETO CITRA
 - e) PO BATTIPAGLIA
 - f) PO SARNO
 - g) PO POLLA
 - h) PO ROCCADASPIDE
 - i) PO SAPRI
- 3) Identificazione delle Centrali Operative: Centrale Operativa di Salerno presso AORN RUGGI d'ARAGONA; Centrale Operativa di Vallo della Lucania presso il PO VALLO della Lucania

C) Trasporto neonatale di emergenza

È prevista l'attivazione di una postazione in Provincia di Salerno.

D) Emergenza subacquea ed iperbarica

Prevista l'attivazione di centri iperbarici presso:

- 1) ASL Sa 3 – PO VALLO della LUCANIA con possibilità di attivare una seconda camera iperbarica, in strutture della costa cilentana;
- 2) Per le emergenze in costiera amalfitana è possibile prevedere una seconda camera in collegamento con quella già presente al PO di NOCERA

E) Bleeding center

Si rileva la necessità di istituire nella Provincia di Salerno un Bleeding Center in base a quanto già affermato nel paragrafo 5.9.5

F) Emergenze Vascolari

Si ritiene di istituire una U.O di Chirurgia Vascolare in base a quanto contenuto nel par.0

G) Trauma Center

Inserimento nelle strutture di III° livello, soddisfatte le condizioni strutturali e funzionali.

H) Stroke Unit

Prevista l'attivazione presso: AORN RUGGI D'ARAGONA, PO VALLO della LUCANIA E PO NOCERA-PAGANI

- *Emodialisi*

Nella provincia di Salerno dovranno essere attivati 17 pl dialisi.

- *Riabilitazione*

Strutture di II° livello :

- L'UO di cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta deve essere presente all'interno della rete cardiologica su base provinciale

Strutture di I° livello :

- Lungodegenza riabilitativa da strutturare in ciascuna ASL

Sono da ripartire su base provinciale i posti letto del secondo e primo livello secondo le indicazioni numeriche della seguente tabella:

	P.L. Salerno: 18%
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	441
Cardiologia riabilitativa intensiva post acuta	36
Pneumologia riabilitativa intensiva post acuta	27
Lungodegenza riabilitativa e di base	135

- *RR.SS.AA.*

Dimensionamento provinciale in posti letto :

RSA residenziale	353
RSA semiresidenziale comprensive di centri Alzheimer	88
RSA Disabilità	383

- *Salute mentale*

La risposta complessiva al problema della salute mentale viene tratteggiata al paragrafo 7.7.

6.2.7 Previsioni di massima relative ad alcune discipline per l'intero territorio regionale

1. Per la Cardiochirurgia si osserva che il numero totale di PL attivi in regione risulta sufficiente a soddisfare la domanda dei cittadini che si sottopongono a cure cardiologiche in strutture della Regione. Tuttavia, per quanto riguarda la distribuzione attuale dei PL l'unica Provincia sprovvista è quella di Benevento per la quale è dunque necessario incrementare l'offerta, mentre la Provincia di Avellino presenta un'offerta maggiore rispetto al fabbisogno dei suoi residenti. Infatti le due strutture di cardiologia presenti in Provincia di Avellino esercitano un forte attrazione extraprovinciale servendo le popolazioni delle Province di Avellino, Benevento e parte delle Province di Napoli e Salerno.

Nelle Province di Napoli e Caserta il fabbisogno risulta soddisfatto dai PL esistenti, mentre si osserva un numero di letti inferiore al fabbisogno in provincia di Salerno. Se si considera invece il fenomeno della migrazione in ambito cardiologico nel 2001 sono stati 1.400 i ricoveri di cittadini campani in ospedali di altre Regioni per interventi di cardiologia. Nel quadro della programmazione sanitaria regionale, come già rilevato in precedenza, è prioritario intervenire su questo fenomeno e su questa disciplina. Per rinforzare il sistema di offerta nel campo della cardiologia finalizzato al parziale recupero della migrazione extraregionale, si prevede l'istituzione di nuovi posti letto da collocare nell'A.O. di Benevento che è l'unica provincia attualmente sprovvista di cardiologia. Questi posti letto, aggiunti a quelli eccedenti il fabbisogno provinciale di Avellino che vengono mantenuti attivi, garantiranno una dotazione di posti letto potenzialmente adeguata a recuperare il 50% della mobilità sanitaria per la cardiologia. E' peraltro evidente che il fenomeno della migrazione è sostenuto da varie ragioni e l'insufficienza dei posti letto non è il problema più rilevante. Infatti per accrescere la fiducia dei cittadini verso le strutture sanitarie della propria regione è indispensabile garantire che queste esprimano livelli sempre più elevati di competenza professionale, sviluppo tecnologico, qualità ed efficienza dell'organizzazione ed efficacia delle cure. Ciò si può ottenere attraverso rigorosi criteri d'accreditamento che la Regione sta mettendo in atto per il pubblico e il privato.

2. Per i posti letto di Rianimazione complessivamente considerati, anche tenuto conto del tasso di occupazione (maggiore del 75%), si evidenzia la necessità di potenziare l'offerta di posti letto da localizzarsi in AO nelle province di Avellino, Benevento e Caserta e nell'Area provinciale di Napoli extrametropolitana. Nella provincia di Salerno, pur presentando un certo eccesso di PL, considerata la vastità del territorio e la bassa densità di popolazione che si osserva soprattutto nel territorio della ASL Salerno 3, si ritiene di confermare i posti letto esistenti.
3. Il fabbisogno di posti letto di Pneumologia si mostra leggermente più elevato rispetto ai posti esistenti anche se bisogna sottolineare che, benché i DRG di pertinenza pneumologica non rientrano tra i DRG dell'allegato 2C del DPCM sui LEA vi sono ampie evidenze che molta patologia respiratoria cronica (bronchite, asma, bronchite cronica ostruttiva) si presta ad

un modello assistenziale fondato sul trattamento domiciliare integrato dal supporto di specialisti pneumologia, come in tante Regioni italiane già avviene e che anche in Campania bisognerà adottare. Per queste considerazioni si ritiene che solo nella Provincia di Caserta dove il deficit di posti letto si mostra elevato risulta necessario un incremento di posti letto ricavati dalla riconversione delle specialità mediche in esubero.

4. Chirurgia Generale Per questa disciplina il progressivo trasferimento di ricoveri dal regime ordinario al day-surgery, comportando un maggiore turn over dei pazienti, renderà necessario un numero inferiore di PL. In tutte le Province, tranne che a Salerno, si osserva che il numero dei posti del fabbisogno è leggermente inferiore al numero dei posti esistenti. In queste Province, per le considerazioni appena descritte si ritiene possibile ridurre il numero di PL esistenti portandolo, nel triennio di vigenza del piano, ai valori previsti dal fabbisogno. Per la Provincia di Salerno, dove il confronto tra numero di letti esistenti e fabbisogno mostra un elevato deficit di posti, si ritiene che lo sviluppo delle attività di day-surgery che, comportano un maggiore turn over dei pazienti, rendendo necessario un numero inferiore di PL rispetto al regime ordinario, renderà sufficiente un più modesto incremento di posti letto nel triennio di vigenza del piano.

6.3 *Altre funzioni assistenziali*

- a) In ogni Provincia devono essere assicurate le funzioni di Urologia con urodinamica ed endoscopia urologia da allocare nei P.O. con funzioni di II°, III° livello.
- b) Si prevede l'istituzione di un Centro di risveglio pediatrico nell'AORN Santobono-Pausilipon ed un Centro di risveglio per adulti da allocare in Provincia di Benevento.
- c) In ogni Provincia si attueranno forme di Assistenza Integrate Ospedale Territorio con domiciliata protetta del paziente per patologie ad alta valenza sanitaria, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica, il Diabete di I° grado e la Fibrosi cistica, che altrimenti sarebbero trattate esclusivamente in regime di ricovero presso le terapie intensive dei presidi ospedalieri. In particolare, per quanto riguarda la sclerosi laterale amiotrofica e' da sottolineare l'attività svolta dall'ASL NA1, la cui quota di attività di assistenza sanitaria è curata dal P.O. Pellegrini, che rappresenta una sperimentazione collaudata ed efficace configurando il modello attuato come "pilota" rispetto alle altre attività che si intendono porre in essere.
- d) In ogni provincia si provvede a dedicare un numero di posti letto, adeguati al fabbisogno epidemiologico, per le gravidanze a rischio.
- e) In ogni Provincia dovrà essere assicurata la realizzazione di un percorso assistenziale dedicato alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Tale percorso sarà garantito nelle AORN – per ciascuna Provincia di riferimento – o in altre strutture ospedaliere di II° livello in considerazione della domanda espressa dal territorio. Tale percorso assistenziale dovrà assicurare il I° e II° livello di intervento, così come indicato dalle linee guida nazionali e dovrà garantire la massima integrazione possibile con il territorio

(consultori) al fine di consentire le fasi di assistenza preconcezionale e di monitoraggio, mediante l'apporto delle necessarie specifiche competenze. (Andrologi, Psicologi, Ginecologi, etc.)

- f) con la finalità di dare risposta assistenziale, con approccio intensivo e polispecialistico, all'insufficienza epatica acuta, si ritiene di istituire il Centro Interaziendale di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza medesima con le seguenti componenti:
- o AORN CARDARELLI: UO di chirurgia epatobiliare e trapianti di fegato; UO di chirurgia laparoscopica specialistica epatica e trapianti di fegato; Unità di terapia intensiva epatologica dei trapianti di fegato; UO di fisiopatologia epatica.

6.4 Nuova edilizia sanitaria

Nell'ambito dell'ASL Na1 è in via di costruzione il Nuovo ospedale del mare, destinato ad assorbire le funzioni dei Presidi dell'Annunziata, dell'Ascalesi e del Loreto mare.

Per quanto riguarda invece i fondi stanziati ex art. 20 della legge 67/88, il residuo 65% sulla cifra totale destinata alla Campania, revocato dal Governo ma rinegoziabile, comporta la previsione, all'interno di questo Piano dei sottoelencati Presidi ospedalieri:

- a) per la Provincia di Caserta;
 - 1) CAPUA – S.MARIA CAPUA VETERE
 - 2) TEANO
- b) per la Provincia di Napoli.
 - 1) POMIGLIANO D'ARCO
 - 2) AFRAGOLA

La previsione relativa ai quattro Presidi ospedalieri si rende necessaria in considerazione dell'elevata pressione demografica sul singolo posto letto nelle province di Caserta e di Napoli (con l'esclusione dell'area urbana di Napoli), pari a circa 333ab./pl per Caserta e circa 26.000ab/pl per Napoli ma si inserisce in armonia rispetto ai bacini provinciali di riferimento.

Gli ospedali previsti dovranno avere almeno 250 posti letto, in ottemperanza di quanto disposto dal Ministero per la Salute.

E' auspicabile che, in tempi brevi con la creazione del Polo Pediatrico di Acerra, si realizzi una delocalizzazione di PL di specialità pediatriche dalla città di Napoli alla Provincia. Inoltre l'offerta sanitaria pediatrica da localizzare nell'Ospedale del Mare per il trasferimento dell'Annunziata in quella sede permetterebbero di creare un efficace sistema di governo dell'assistenza pediatrica di alta specializzazione, anche in considerazione delle attività che si svolgono nell'AORN Santobono Pausilipon e nelle due AUP.

CAPITOLO 7: LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIMODULAZIONE DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA PER IL TRIENNIO 2007-2009

7.1 Linee di indirizzo

Alla luce delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e del Piano Sanitario Regionale – L.R. n. 10/2003 - appare necessario tracciare alcune linee di tendenza per la rimodulazione della rete ospedaliera campana che incoraggino:

- A) la progressiva riqualificazione della rete ospedaliera e, soprattutto, delle grandi Aziende di Rilievo Nazionale verso le prestazioni di Alta Specialità ed Eccellenza, attraverso scelte organizzative efficaci e attraverso la opportuna e qualificata dotazione professionale e tecnologica, anche al fine di arginare la migrazione sanitaria;
- B) la sempre maggiore riqualificazione delle risposte all'emergenza;
- C) l'ottimizzazione delle risposte alla domanda sempre più consistente di attività riabilitative, territoriali, di Day Hospital Medico-Chirurgico.

Nel presente capitolo, oltre ad ipotesi di ridefinizione del destino delle Strutture Ospedaliere, vengono affrontate alcune aree assistenziali particolarmente critiche nella Regione Campania, quali la Riabilitazione, ivi compresa la Stroke Unit, l'Oncologia, l'Attività Trapiantologica, la Salute Mentale e la Telemedicina. Il programma di edilizia ospedaliera finanziato con i fondi ex art. 20 legge 67/88 costituisce in Regione Campania un elemento fondamentale della programmazione regionale. Oltre ai numerosi interventi di adeguamento strutturale, tecnologico e di messa in sicurezza degli ospedali campani, la prima fase del programma di investimenti ha portato all'apertura di alcuni presidi.

Le linee di indirizzo per la rimodulazione della rete ospedaliera in Campania nel triennio 2007 - 2009 devono tenere conto delle seguenti linee di tendenza, già per altro evidenziate nei capitoli precedenti:

- 1) possibile riconversione dei posti letto in esubero, in posti letto di lungodegenza, di riabilitazione e per l'incremento delle discipline ritenute carenti o strategicamente rilevanti;
- 2) selezione tra le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, basata sulla qualità delle prestazioni erogate e sui livelli di produttività raggiunti. Fondamentale per il raggiungimento di questo obiettivo è lo strumento dell'accreditamento istituzionale che deve essere finalizzato, con regole da applicarsi sia alle strutture pubbliche che a quelle private, al miglioramento continuo della qualità;
- 3) riconversione di alcune strutture ospedaliere in ospedali territoriali a diversa destinazione (comunità, lungodegenza, riabilitazione, specialistici) che non esclude l'inserimento nella rete dell'emergenza prevedendo per gli stessi vari livelli di attività;
- 4) promozione di forme di collaborazione e di sinergie tra ospedale e territorio (ospedale di comunità, RSA, etc.) secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e di quello regionale;

- 5) allocazione, di norma, in un unico stabile ospedaliero delle funzioni di Alta specialità nella rete per l'emergenza;
- 6) riconsiderazione della funzione delle strutture ospedaliere secondo una matrice decisionale che deve tener conto delle seguenti variabili:
- a) verifica del possesso dei requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi previsti dalle normative nazionali e regionali;
 - b) caratteristiche geomorfologiche del territorio:
 - i.) localizzazione dell'ospedale
 - ii.) bacini di utenza e densità abitativa
 - c) dati di attività:
 - iii.) numero di posti letto;
 - iv.) numero di ricoveri annuo per acuti;
 - v.) numero di prestazioni di pronto soccorso/anno effettuate;
 - vi.) livello di efficienza gestionale ovvero livelli di produttività in particolare per quanto riguarda l'incidenza dei costi sui ricavi
 - d) profilo anagrafico ed epidemiologico della popolazione;
 - e) strutturazione di una rete per l'emergenza che assicuri l'autonomia provinciale, al netto delle funzioni accentrate, in coerenza con quanto affermato al precedente capitolo 6, e riconversione in sede CTP dei rimanenti p.l. sempre su base provinciale fino al raggiungimento del tetto complessivo, su base regionale, del 4.2x1000 ab. che rappresenta comunque un limite invalicabile. Per l'area metropolitana di Napoli il calcolo del limite dei p.l.x1000 abitanti è fatto tenuto conto delle funzioni specialistiche accentrate nei presidi allocati nell'area medesima.

7.2 *Le discipline riabilitative*

La domanda di riabilitazione negli ultimi anni ha registrato un incremento in parte imputabile all'aumento dei gravi traumatismi accidentali e ai progressi della medicina che consentono la sopravvivenza a pazienti un tempo destinati all'exitus.

Ciò richiede una strutturazione ampia e completa del settore ospedaliero e, più ampiamente degenziale della Riabilitazione stessa, così come dell'integrazione di questo con le attività territoriali al fine di realizzare un vero sistema a rete in grado di garantire al cittadino la massima continuità d'assistenza riabilitativa, dal momento dell'emergenza/acuzie al momento, a volte lontano, ma da preparare da subito, del reinserimento nella vita familiare e sociale.

Nell'ambito dell'attività ospedaliera di Riabilitazione sono necessariamente da distinguere, in accordo con le Linee Guida del maggio '98 tre differenti livelli di intervento:

- A) III° Livello o Alta Specialità Riabilitativa; in questo livello sono inquadrabili esclusivamente le seguenti UU.OO.:
- 1) UGTC: Unità per i Gravi Traumi Cranioencefalico (cod. 75)
 - 2) US: Unità Spinale Unipolare (cod. 28)

3) UGDEE: Unità Gravi Disabilità per l'Età Evolutiva

B) II° Livello o Media Specialità; in questo livello sono inquadrabili le seguenti UU.OO.

1) UO di Riabilitazione Intensiva Postacuta Multidisciplinare (Cod.56)

2) UO di Cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta

3) UO di Pneumologia Riabilitativa Intensiva Postacuta

C) I° Livello o Specialità di Base; in questo livello sono inquadrabili le seguenti UU.OO.:

1) Lungodegenza Riabilitativa (Cod. 60)

L'attuale strutturazione dell'attività ospedaliera in Regione Campania appare fortemente compressa sul livello di media specialità, spesso eccessivamente frazionato in piccole unità a ridotta efficienza ed a gestione antieconomica e con alta incidenza di inappropriatazza d'intervento. Sono invece assolutamente carenti nel pubblico strutture specifiche realmente operanti nei settori critici del 3° livello con grave disagio per i cittadini che hanno bisogno di usufruirne ed elevata migrazione sanitaria ovvero impropria ed insoddisfacente allocazione in strutture di media specialità (prevalentemente private convenzionate). Alla stessa stregua l'esigua rappresentanza di strutture di specialità di base e l'assenza di Lungodegenze specificatamente riabilitative, impedisce una gestione economica di una grossa casistica a necessario lento andamento di recupero, generando ancora una volta ricoveri impropri nella media specialità e impedendo a questa la sua funzione di linea di scorrimento rapida ed ad alta efficacia ed efficienza.

Pertanto la programmazione deve provvedere al riassetto delle degenze ospedaliere sui tre livelli in modo da permettere la crescita qualitativa di questa attività disciplinare e nel contempo migliorare il complessivo rendimento del settore, rispondendo in maniera più ampia ed appropriata alle esigenze reali della popolazione.

In questa ottica, anche alla luce del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, appare indispensabile in Regione Campania attenersi alle seguenti linee di indirizzo:

- 1) La riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato cranico o del midollo deve essere garantita con tempestività già durante le fasi di ricovero nelle strutture d'emergenza.
- 2) Non appena cessino le condizioni che richiedono un ricovero nell'area della terapia intensiva, deve essere garantita l'immediata presa in carico del paziente da parte delle unità operative di alta specialità riabilitativa per assicurare la continuità del processo terapeutico-assistenziale.

Va naturalmente riaffermato in questo punto che, quale che sia la natura dell'evento lesivo determinante la necessità di interventi di riabilitazione, gli obiettivi da perseguire sono la garanzia dell'unitarietà del processo riabilitativo mediante un approccio multidisciplinare o meglio ancora interdisciplinare e la predisposizione ed attuazione di un progetto riabilitativo individuale personalizzato, che si realizza attraverso specifici programmi riabilitativi al fine di consentire al paziente il livello massimo di autonomia fisica, psichica e sensoriale (vedi LL.GG. Nazionali su Attività di Riabilitazione). Ciò implica l'attivazione, quanto più precoce possibile, di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, con il funzionamento in rete dei

servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalità di offerta (ospedaliera, extraospedaliera, residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari, sociali e medico-legali.

Le unità operative devono essere articolate come segue:

A) III° Livello o Alta Specialità Riabilitativa; in questo livello sono inquadrabili esclusivamente le seguenti UU.OO.:

1) UGTC: unità per i gravi traumi cranioencefalici (cod. 75) in accordo con le Linee Guida Nazionali per le attività di Riabilitazione.

Le Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite, Gravi Traumi Cranio-Encefalici sono finalizzate alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) e/o caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva.

Esse sono collocate in seno a presidi ospedalieri sedi dei punti nodali della rete per l'emergenza a valenza provinciale e devono essere strettamente raccordate con i servizi di Emergenza Urgenza di secondo livello al fine di: garantire un tempestivo accoglimento del soggetto cerebroleso; fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le fasi di ricovero in Rianimazione e/o Neurochirurgia; collaborare all'educazione e formazione del relativo personale; partecipare ai comuni protocolli terapeutici.

L'unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Gravi Traumi Cranio-Encefalici coordina il proprio intervento con i servizi e/o i presidi di ricovero di riabilitazione intensiva, intermedia o estensiva con i quali dovrà raccordarsi per il ritorno in tempi adeguati del disabile nel proprio territorio, garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti, anche in relazione al trasferimento a queste strutture della presa in carico della persona in cura al momento globalmente più economico alla realizzazione del progetto.

2) US: Unità Spinale Unipolare (cod. 28)

Come definito nell'Atto di Intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida nazionali sul sistema di emergenza sanitaria, l'Unità Spinale Unipolare (U.S.U.) è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione. L'Unità Spinale Unipolare utilizza le risorse professionali, strumentali e edilizie presenti nella struttura nella quale è inserita attraverso un'organizzazione interdisciplinare che soddisfi le differenti necessità cliniche, terapeutico-riabilitative, psicologico-sociali delle persone affette da lesione midollare, avvalendosi di personale medico fisso e ad

accesso programmato, in modo da garantire unitarietà dell'intervento e approccio interdisciplinare, sia nella fase precoce che in quella riabilitativa. L'Unità spinale unipolare trova collocazione nell'ambito di un singolo complesso ospedaliero, in grado di garantire la contestualità e l'unitarietà dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo in termini di spazio fisico.

In tale modello organizzativo l'unitarietà clinico-assistenziale dell'intervento viene garantita attraverso la realizzazione del «Progetto riabilitativo» gestito da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, a prescindere dall'unipolarità in senso fisico e spaziale.

Sul territorio regionale sono da realizzare almeno 2 unità di questa tipologia con 20 pl da allocare al CTO ASL Na1, e 10 pl all'AORN Moscati di Avellino.

3) UGDDE: Unità Gravi Disabilità in l'Età Evolutiva

L'Unità per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in Età Evolutiva è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite od acquisite, internistiche, dell'età evolutiva. E' dimensionata per il bacino d'utenza regionale. L'Unità si articola con le strutture specialistiche dell'area pediatrica regionale ed è attivata all'interno di presidi ospedalieri specialistici, dove siano garantite le corrispondenti competenze specialistiche nei seguenti ambiti: rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia con modulo specificatamente orientato agli interventi correttivi nelle disabilità infantili, neurochirurgia, pediatria, chirurgia plastica, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitativa, neuropsichiatria infantile.

L'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva è dotata di posti letto in proporzione alla popolazione regionale in età evolutiva, tenendo presente la generale influenza negativa del ricovero in questa epoca di vita.

L'Unità per le Disabilità, Gravi in Età Evolutiva è dotata di personale specificatamente addestrato e qualificato e numericamente adeguato, comprendente neonatologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, fisiatri, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità, terapisti occupazionali, psicologi, tecnici ortopedici, operatori tecnici d'assistenza, educatori professionali, assistenti sociali.

L'unità per le disabilità gravi in età evolutiva. si caratterizza prevalentemente per un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- A) Approfondimento diagnostico relativo alle gravi menomazioni e disabilità dell'infanzia;
- B) Formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, e controllo sulla sua realizzazione;
- C) Progettazione e validazione di presidi protesici e ortesici e sperimentazione di materiale innovativo;

D) Attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;

E) Osservazione dei dati epidemiologici.

L'Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva coordina il proprio intervento nella rete dei servizi sanitari di riabilitazione estensiva o intermedia ed intensiva con i quali si raccorda per seguire il disabile nel proprio territorio di vita, garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

L'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva deve garantire un'adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che eseguirà l'assistenza domiciliare riguardo le seguenti problematiche: assistenza respiratoria, problematiche cognitive, turbe del comportamento, psicologiche, assistenza protesica e superamento delle barriere architettoniche, necessità di controlli, dove effettuarli e come accedervi. Si prevede di istituire, in ogni Provincia della Campania, una U.O. di Neuropsichiatria infantile, anche al fine di evitare che bambini campani bisognosi di cure, e le loro famiglie, siano costretti a subire i disagi connessi agli inevitabili attuali spostamenti.

B) II° Livello o Media Specialità; in questo livello sono inquadrabili le seguenti UU.OO.

1) UO di Riabilitazione Intensiva Postacuta Multidisciplinare (Cod.56): per quanto attiene queste UU.OO. si rinvia alle LL.GG. nazionali e regionali per i criteri generali e di appropriatezza di ricovero. Le UU.OO. di cod. 56 sono strutture con personale medico specialistico di Medicina Fisica e personale delle altre professioni riabilitative (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali) ed infermieristiche. Le degenze di queste unità sono da realizzare su uno standard di p.l. con adeguate caratteristiche strutturali, organizzative di dotazione organica e strumentale. Esse costituiscono l'unità di riferimento per tutte le esigenze d'impegno medio alto che richiedono in altre parole un elevato impegno medico specialistico riabilitativo, oltre che un'elevata dotazione di specifiche apparecchiature diagnostiche utili a monitorare i progressi e le modificazioni funzionali dei cittadini in esse assistiti (TAC, RM, Gait analysis, Urodinamica, ed altri sistemi di misura e valutativi.) e terapeutiche.

Devono essere rappresentate in maniera adeguata su tutto il territorio regionale. La presa in carico dei pazienti rispondenti alle suddette caratteristiche, da parte di queste UU.OO., avviene nel momento immediatamente successivo alla prima diagnosi intesa come momento acuto (vedi LL.GG. nazionali e regionali) e nelle fasi di riacutizzazione e di particolare progressione della malattia e della disabilità ad essa conseguente.

Queste UU.OO. assolvono anche i compiti di tipo ambulatoriale e quelli di assistenza riabilitativa alle UU.OO. per acuti..

Sono da realizzare con modalità in rapporto con la realtà territoriale.

2) U.O. di Cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta: è una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post-acuto importante, postchirurgico e a quello con scompenso cronico, in fase di instabilità clinica. La sua funzione risulta essenziale

in un contesto organizzativo che comporta tempi di degenza per stati acuti sempre più brevi, che non consente pertanto la completa stabilizzazione clinica dei pazienti, la corretta valutazione del loro rischio residuo e la loro continuità assistenziale. Infatti obiettivo di un programma di cardiologia riabilitativa è inizialmente il consolidamento della stabilità clinica e successivamente, nel lungo periodo, la riduzione del rischio di futuri eventi (attuazione della prevenzione secondaria).

Strutture riabilitative, con costi relativamente bassi, garantiscono una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiocirurgici, consentendo loro una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover dei posti letto. E' indispensabile pertanto che, anche in attuazione di quanto disposto al capo 4.2.1 dal PSR della Campania 2002-2004 (attivazione della cardiologia riabilitativa intensiva) all'interno di ogni rete cardiologica ospedaliera sia presente un centro di riabilitazione degenziale per la gestione della fase intensiva, totalmente autonomo (di tipo complesso se rientrante nei parametri di cui al punto 4.2.2, E) o inserito come struttura semplice di cardiologia riabilitativa in u.o.c. di cardiologia).

3) UO di Pneumologia Riabilitativa Intensiva Postacuta: queste UU.OO. sono da ritenersi destinate al trattamento delle condizioni a maggiore complessità per condizioni postchirurgiche o postacute o di grave deficit complesso con particolari necessità di assistenza riabilitativa e non, indirizzate al trattamento delle forme croniche a contenuto livello di disabilità, da destinarsi al trattamento non intensivo.

4) UO di Riabilitazione Geriatrica

C) 1° Livello o Specialità di Base; in questo livello sono inquadrabili le seguenti UU.OO.:

1) Lungodegenza Riabilitativa: ospita pazienti in corso di processo riabilitativo vero e proprio, che si realizza attraverso uno specifico progetto riabilitativo e che non possono sopportare un trattamento intensivo per tutta o una parte della degenza, quando, cioè, è necessaria la presenza continuativa di tutela medica ed infermieristica in caso di potenziale instabilità clinica, per completare un percorso terapeutico riabilitativo, delineato in un progetto riabilitativo individuale, che non necessita più di trattamento intensivo, ma di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di moderata intensità (queste ultime riferibili ad almeno 1 ora giornaliera di terapia specifica, quale quella erogata direttamente dal fisioterapista o altro professionista della riabilitazione), ovvero in fase immediatamente postacuta, quando il paziente per l'instabilità delle condizioni di salute, per la concomitanza di più patologie, non può sostenere il trattamento intensivo stabilmente o temporaneamente (in questo caso l'assistito dovrà avere la possibilità di un passaggio al trattamento intensivo, quando le modificate condizioni cliniche lo consentano), pur necessitando di uno specifico progetto riabilitativo individuale.

Per quanto attiene all'organizzazione di queste attività nelle Aziende Sanitarie, compatibilmente con quanto già previsto dalla ipotesi di Piano, si ritiene necessario che le:

- 1) AA.OO.R.N. provvedano prevalentemente alla strutturazione dell'attività intensiva di media e di alta specialità riabilitativa completata, laddove ritenuto necessario, da contenute allocazioni del livello di base;
- 2) AA.SS.LL. provvedano, oltre che alla realizzazione dei sistemi territoriali, prevalentemente alla strutturazione delle attività di media specialità e di specialità di base.

Ad entrambe le tipologie aziendali compete garantire l'assistenza riabilitativa necessaria ai cittadini degenti presso le loro strutture ospedaliere per acuti con tutti gli interventi riabilitativi propri nella I fase riabilitativa (prevenzione del danno secondario e preparazione della successiva più specifica fase riabilitativa) (vedi Linee Guida Nazionali 7 maggio 1998 e Linee Guida Regione Campania).

Le AA. Ospedaliere e Sanitarie Locali possono organizzare le attività delle UU.OO. dei differenti livelli e tipologie in Dipartimenti di Riabilitazione ai fini di una maggiore continuità assistenziale, maggiore efficacia del percorso riabilitativo e maggiore efficienza, per una proficua economicità di gestione mediante l'uso integrato di risorse umane, strutturali e strumentali comuni. Ciascun Dipartimento utilizza a questi fini tecnici e gestionali la propria Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.), realizzata con componenti multidisciplinari provenienti dalle varie UU.OO. che la compongono. Le AASS possono altresì realizzare Dipartimenti Interaziendali Transmuralesi per la realizzazione delle stesse finalità.

Premesso quanto sopra, l'insieme dei posti letto di riabilitazione esistenti nelle discipline in Regione Campania è pari a 2.737 unità, corrispondenti a 0.39 posti letto per mille abitanti a fronte di un parametro nazionale (solo largamente indicativo) di un posto letto per mille abitanti. La considerazione di cui sopra, ma anche le ovvie necessità di miglioramento dei servizi sanitari in queste discipline, unitamente alla necessità di fornire servizi meglio distribuiti sul territorio, fanno ritenere che, nel triennio 2007-2009, si possa perseguire il risultato di un totale di 3.630 posti letto (corrispondenti ad un parametro di 0.51 posti letto per mille abitanti).

Questo fabbisogno globale dovrebbe, a regime, a sua volta essere frazionato in una quota di 2.47% (circa 80 P.L.) per le attività di alta specialità sopradescritte (3° livello); in una quota del 74.17% (oltre 2.700 P.L.) da destinare alle attività di media specialità (2° livello); mentre la quota residua è da destinarsi alle attività di specialità di base (lungodegenza riabilitativa).

Il quadro sinottico del fabbisogno totale di posti letto di riabilitazione, suddiviso per livello, è riportato nella tabella 7.2 (A e B). Per quanto riguarda le attività riabilitative specialistiche esse vanno anche previste in contiguità alle attività acute corrispondenti.

Per le attività riabilitative di lungodegenza, esse potranno essere ubicate in strutture ospedaliere pubbliche o accreditate tenendo fermo l'obiettivo totale dei P.L. di riabilitazione a medio termine di 0.65 PL/abitante ed identificate attraverso lo strumento della riconversione dei posti letto in esubero o sottoutilizzati o nell'ambito della destinazione di interi stabilimenti preesistenti o di prossima apertura alle attività dipartimentali di riabilitazione. Nel proporre tali attività i Direttori Generali si atterranno alle Linee Guida Regionali che a loro volta si riferiscono alle

Linee Guida Nazionali. Per il rapporto pubblico-privato nell'allocazione delle suddette risorse vale quanto già espresso nel capitolo 4.3.

Le metodologie di allocazione su base provinciale e aziendale dei suddetti posti letto (attivazione o riconversione) sono quelle indicate nel capitolo 4.1, prevedendo la possibilità che strutture temporaneamente accreditate di piccole dimensioni (PL<50) possano chiedere la trasformazione in PL di lungodegenza e riabilitazione di base. L'attivazione è subordinata alla verifica dei requisiti e delle necessità della singola Provincia.

Per quanto riguarda la programmazione provinciale dei posti letto, si ritiene che i p.l. della Alta Specialità non debbano essere ripartiti su base provinciale ma rappresentano strutture sovraprovinciali. Sono da ripartire su base provinciale i posti letto del secondo e primo livello secondo le indicazioni numeriche della seguente tabella 7.1.:

Tabella 7.1.		AV 8%	BN 5%	CE 15%	SA 18%	NA 54%
Riabilitazione Intensiva Multidisciplinare	2450	196	123	367	441	1323
Cardiologia Riabilitativa Intensiva post-acuta	200	16	10	30	36	108
Pneumologia Riabilitativa Intensiva post-acuta	150	12	8	23	27	80
Lungodegenza Riabilitativa e di Base	750	60	38	113	135	404

Anche in questo caso sono importanti le specifiche valutazioni che saranno formulate dai CCTTPP sia in relazione agli specifici bisogni delle popolazioni, sia in relazione alla capacità di formulare proposte tempestive nella realizzazione ma anche di alta qualità ed economiche al contempo, sia in relazione alla opportunità di prevedere strutture sovra provinciali.

TABELLA 7.2 (A e B) - Sintesi dei posti letto programmati (esistenti + attivandi) per la riabilitazione in Regione Campania per il triennio 2004-2006

(A) Livello	Tipologia	NOTE	PL programmati
3°	UGTC	n°2 uuoo da 20 p.l. ciascuna	40
	US	n°3 uuoo da 10 p.l. ciascuna	30
	UGDEE	n°1 uo da 10 p.l. in un ambiente fortemente articolato su base disciplinare	10
	TOTALE		80

(B) Livello	TIPOLOGIA	PL	PL TOTALI
2°	Riabilitazione intensiva multidisciplinare	2.450	
	Cardiologia riabilitativa intensiva post-acuta	200	
	Pneumologia riabilitativa intensiva post-acuta	150	
	TOTALE RELATIVO		2.700
1°	Lungodegenza riabilitativa e di base	750	
	TOTALE RELATIVO		750
	TOTALE COMPLESSIVO		3.630

7.3 *Gli elementi per la pianificazione oncologica in Campania*

La patologia neoplastica 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 danni-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 di anni sottratti alle attività produttive e in termini di costi assistenziali.

Nel nostro Paese è particolarmente rilevante, com'è emerso dagli atti del Piano Oncologico Nazionale una disomogeneità in termini di sopravvivenza e di rapporto di mortalità/incidenza a sfavore delle regioni meridionali.

Alle storiche disuguaglianze tra Nord e Sud si aggiunge una chiara disuguaglianza nelle opportunità diagnostiche e terapeutiche a favore della popolazione settentrionale rispetto a quella meridionale.

Tale differenza è innanzitutto da attribuire ad una diversa integrazione ed organizzazione territoriale delle attività e delle strutture oncologiche di prevenzione, diagnosi e cura. Questo fenomeno è stato messo in risalto anche dal Piano Oncologico Nazionale (PON) pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. n. 100 del 2/5/2001 – serie generale -, che, rilevando come tali differenze di sopravvivenza riguardino "quasi esclusivamente quei tumori che rispondono bene ai trattamenti", suggerisce che esse dipendano, in gran parte, da una peggiore qualità dei servizi di diagnosi e cura dei tumori, e pone l'accento sul fatto che il rimedio possa derivare dalla "migliore integrazione e dall'organizzazione territoriale delle attività e delle strutture oncologiche di prevenzione, diagnosi e cura".

Per iniziare a colmare questo divario, in attuazione di quanto previsto, in Regione Campania si devono implementare le seguenti azioni primarie:

- A) Riorganizzazione e razionalizzazione generale dell'assistenza oncologica regionale attraverso la creazione di una rete funzionale integrata e coordinata di servizi sul territorio (Rete Oncologica Regionale);
- B) Potenziamento delle attività di prevenzione e di screening delle patologie oncologiche;
- C) Potenziamento dei presidi oncologici con funzione di diagnosi e cura e integrazione degli stessi nell'ambito della Rete Oncologica Regionale;
- D) Realizzazione di Strutture di Alta Specialità per l'assistenza, la ricerca e la formazione oncologica.

La Rete Oncologica Regionale è definita come: un modello di assistenza oncologica basato sulla presa in carico del paziente oncologico attraverso un sistema organizzativo-funzionale, con percorsi diagnostico-terapeutici altamente strutturati e con vari livelli di coordinamento: distrettuale, ospedaliero, dipartimentale e regionale.

Per la riorganizzazione della Rete oncologica regionale è obbligatorio l'adeguamento organizzativo/funzionale delle U.O. di Oncologia e delle relative dotazioni organiche a quanto previsto dal la D.G.R.C. n. 2312 dell'11 luglio 2003 "Approvazione delle linee guida concernenti la prevenzione la diagnostica e l'assistenza oncologica in Regione Campania". Le Aziende, nella stesura dei piani attuativi, devono indicare un cronoprogramma per la realizzazione e l'attivazione delle strutture previste.

Fanno parte del sistema assistenziale integrato regionale (rete oncologica) i seguenti attori:

- 1) Le aziende sanitarie con i rispettivi distretti sanitari
- 2) Le Unità Operative dei dipartimenti di oncologia e dei presidi ospedalieri riuniti funzionalmente in rete oncologica
- 3) Le strutture oncologiche di Alta Specialità

Dal punto di vista tecnico-strutturale, l'Unità operativa di oncologia medica si articola principalmente in due settori: il reparto con i posti letto di degenza ordinaria e il Day Hospital Oncologico. Entrambi i settori devono essere presenti nell'ambito dell'unità operativa per un'appropriata assistenza al paziente oncologico.

Il Dipartimento Oncologico, secondo il D.lgs. 229, rappresenta l'integrazione tecnico-funzionale o strutturale di Unità Operative coinvolte nella diagnosi, cura e riabilitazione del malato oncologico. Esso rappresenta, pertanto, il livello di coordinamento funzionale massimo tra le diverse discipline interessate all'assistenza al paziente neoplastico. Al fine di ottimizzare il processo assistenziale integrato a livello locale è necessaria l'organizzazione dipartimentale delle varie Unità Operative.

Ciò può avvenire anche attraverso la realizzazione di Dipartimenti Oncologici Interaziendali o tra strutture ospedaliere e territoriali.

Ogni dipartimento, di norma funzionale, avrà una struttura base costituita da:

- 1) Oncologia medica (degenza e day hospital), con una dotazione di P.L. (se complessa) non inferiore a 15, con almeno 2 P.L. per pazienti immunocompromessi. Deve essere presente nell'azienda una unità farmaci antiblastici (U.F.A.) conforme ai requisiti previsti dal D.L. 626/94 e dal documento della Conferenza Stato-Regione sulle "Linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario." G.U. 7/10/99.
- 2) I posti letto delle U.O. di Oncologia Medica dovranno essere dimensionati con una dotazione di posti letto non inferiore a 20 ove presenti servizi di radioterapia.
- 3) Radioterapia Le U.O. di Radioterapia dovranno avere le caratteristiche previste dal rapporto ISTISAN 02/20 dell'Istituto Superiore di Sanità (Garanzia di qualità in radioterapia. Linee guida in relazione agli aspetti clinici e tecnologici.) ed in modo specifico quelle previste per la erogazione di prestazioni di categoria C.
- 4) Chirurgia Generale

Sono da considerare come strutture "complementari"

- 1) Anatomia Patologica, attrezzata per la caratterizzazione biologica delle neoplasie
- 2) Patologia Clinica
- 3) Diagnostica per immagini, attrezzata per la radiologia interventistica
- 4) Medicina Nucleare in vivo ed in vitro
- 5) Endoscopia digestiva, diagnostica ed operativa
- 6) Endoscopia bronchiale diagnostica e operativa
- 7) U.O. di cure palliative e terapia del dolore
- 8) Psico-oncologia
- 9) Riabilitazione

Ogni dipartimento oncologico dovrà attivare:

- 1) una Unità di Presa in Carico, unica per tutto il dipartimento.
- 2) una serie di Unità di Cura, multidisciplinari e specifiche per gruppi di patologie, deputate a formulare un Piano diagnostico terapeutico personalizzato ed a provvedere agli eventuali adeguamenti.

Per ottimizzare l'approccio integrato alla diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti è augurabile che i Dipartimenti Oncologici e le Strutture di Alta Specialità della Rete provvedano all'implementazione di un'unica cartella clinica multidisciplinare.

L'abbattimento delle liste di attesa e la riduzione del fenomeno della migrazione extraterritoriale in oncologia devono costituire un obiettivo primario per il SSR.

In riferimento alle problematiche assistenziali oncologiche pediatriche, sembra utile concentrare e rinforzare le attività e le dotazioni delle strutture pediatriche multidisciplinari già operanti piuttosto che impiantare nuovi reparti.

Il fabbisogno complessivo, al tasso programmato dell'85%, è di circa 30 Posti Letto di Oncoematologia Pediatrica più 4 p.l. per il Trapianto, collocate nelle AUP Federico II e SUN e nell'A.O. Santobono-Pausilipon in contesti che assicurano la multidisciplinarietà dell'assistenza con l'obiettivo di potenziare e qualificare le attività clinico-assistenziali con conseguente ulteriore riduzione della migrazione, potenziamento delle attività di ricerca, cooperazione con l'Unità Pediatriche Ospedaliere e con i Pediatri di Famiglia, formazione ed aggiornamento del personale sanitario e del volontariato.

Quanto all'importanza del potenziamento delle attività di prevenzione sul territorio campano che, se estese sistematicamente a tutta la regione darebbero un valido contributo alla riduzione della mortalità per tumore, l'obiettivo diviene la razionalizzazione della rete regionale per la prevenzione oncologica.

Per la realizzazione dei programmi di prevenzione oncologica sul territorio si farà ovviamente ed esclusivamente riferimento alle strutture operative territoriali del S.S.R., ossia le Aziende Sanitarie Locali.

Le AASSLL sono responsabili della implementazione dei centri di primo livello, dei centri di approfondimento diagnostico e dei centri terapeutici per i programmi di screening.

La modalità organizzativa con cui tali centri verranno implementati è demandata alle AASSLL, in virtù della loro autonomia gestionale.

E' necessario, peraltro, un ruolo di coordinamento operativo dei programmi di prevenzione e dell'attività dei registri tumori operanti in regione, compreso quello attivato dalla Provincia di Salerno, da parte dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Gli obiettivi delle strutture di Alta Specialità sono assistenziali, scientifici e di formazione.

o *Obiettivi Assistenziali*

- a) Miglioramento della assistenza
- b) Trasferimento rapido dei risultati dalla ricerca di laboratorio e clinica all' assistenza (la cosiddetta "ricerca traslazionale")
- c) Umanizzazione dell'assistenza,

o *Obiettivi scientifici*

- a) Acquisizione di nuove conoscenze sulle caratteristiche biologiche e cliniche dei tumori
- b) Sviluppo di tecnologie biomediche e applicazione industriale delle biotecnologie.

o *Formazione*

- a) Formazione di personale destinato alla assistenza (Specializzandi, Dottorandi di Ricerca, programmi di ECM)
- b) La diffusione di conoscenze presso la popolazione mediante l'istituzione e il potenziamento di programmi di educazione sanitaria.

o *I requisiti generali di Strutture di Alta Specialità dovrebbero quindi comprendere :*

- a) Elevata produttività scientifica in campo oncologico
- b) Dotazione tecnologica di avanguardia
- c) Adeguata multidisciplinarietà
- d) Adeguata compenetrazione territoriale
- e) Elevata competenza nella formazione scientifica
- f) Rapporti scientifici internazionali

Di sicuro, allo stato entrano in tale definizione di "Strutture di Alta Specialità" le Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II e della SUN oltre ovviamente l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale.

Sarebbe auspicabile l'innescò di un sano meccanismo competitivo che porti ad un vero accreditamento all'eccellenza (in ogni caso con una dotazione di posti letto globalmente dedicati all'oncologia mai inferiore a 200 P.L.) capace di coinvolgere anche altre professionalità, pubbliche o private, universitarie o ospedaliere, purché coerenti con l'ottica regionale di programmazione delle risorse e della spesa sanitaria.

Unità di senologia

Al fine di offrire alle donne una struttura sanitaria di alta qualità che soddisfi i bisogni clinici, assistenziali e relazionali legati alla patologia mammaria e in applicazione della L.R. n. 20 /2005, presso ogni A.O. (Azienda Ospedaliera) delle province campane, di concerto con le A.S.L. di riferimento, è istituita l'Unità di Senologia, fatte salve quelle unità operative già istituite dalle AASSLL o dalle AAOO presenti sul territorio e che abbiano i requisiti numerici ed organizzativi previsti dalla L.R. n. 20 del 9.11.2005. Il Centro di riferimento e di coordinamento delle Unità senologiche provinciali è localizzato nell'Istituto Pascale di Napoli presso il Reparto di senologia.

L'unità di Senologia provvede, in rapporto armonico con tutte le strutture territoriali addette, alla prevenzione, alla cura, al controllo periodico clinico-strumentale - follow up - ed alla riabilitazione dei tumori mammari, privilegiando percorsi di condivisione con la sanità territoriale. L'Unità è di dimensione sufficiente a trattare in un anno non meno di cento nuovi casi ad ogni età e stadio.

7.4 Ospedale senza dolore

Il dolore continua ad essere una dimensione cui non è riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale.

Il medico ancora oggi è portato a considerare il dolore un fatto secondario rispetto alla patologia di base cui rivolge la maggior parte dell'attenzione e quest'atteggiamento può estendersi anche ad altre figure coinvolte nel processo assistenziale. Allo scopo di arginare la prevalenza del dolore negli ospedali, nonché di attuare le previsioni contenute per tale tema nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e nelle linee guida inerenti il progetto nazionale "Ospedale senza dolore" - G.U. 29 giugno 2001, n. 149 - questo Piano Ospedaliero si pone l'obiettivo di mettere in atto misure idonee a contrastare il dolore nelle strutture di ricovero, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

A tal fine deve essere prevista, nell'ambito delle attività afferenti alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, l'istituzione di strutture organizzative di Terapia Antalgica e cure palliative che svolgono anche funzioni di consulenza specialistica territoriale.

È da prevedere l'istituzione dei "Comitati ospedale senza dolore" (COSD), costituiti sulla base dei criteri definiti dalle sopraccitate linee guida nazionali.

Il Comitato "Ospedale senza Dolore" si propone le seguenti finalità:

- 1) assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie;
- 2) coordinare la formazione continua del personale medico e non medico;
- 3) promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- 4) promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore;

- 5) promuovere l'elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore;
- 6) assicurare l'effettiva applicazione delle linee guida all'interno delle strutture sanitarie, monitorare i livelli di applicazione e valutare l'efficacia degli interventi.

L'insieme di tali azioni si prefigge la costituzione di una rete di operatori sanitari, medici e infermieri, con lo scopo di affrontare con efficacia, a tutti i livelli assistenziali, i problemi generati dalla presenza del dolore e dalla necessità del suo trattamento che può talora richiedere approccio interdisciplinare. Tale attività non riguarda, quindi, solo l'ambito ospedaliero, ma si estende anche in ambito territoriale, rafforzando le equipe dedicate all'assistenza oncologica, sia sotto la forma di presa in cura del paziente durante il percorso diagnostico terapeutico personalizzato, sia relativamente all'accompagnamento durante la fase terminale che richiede particolare attenzione in quanto indirizzata alla massima riduzione della sofferenza e del dolore.

Pertanto, le strutture organizzative di Terapia Antalgica e cure palliative devono essere previste nei progetti che le ASL sono chiamate a formulare ai sensi della D.G.R. n° 3329 del 21 novembre 2003, in sostituzione delle "Equipe per la terapia del dolore e cure palliative".

7.5 Attività trapiantologica

Nel corso degli ultimi anni si è registrata una crescente attività trapiantologica. Attualmente i risultati clinici raggiunti nei Centri Trapianto di questa regione sono nella media nazionale, così come risulta dall'indagine di qualità avviata e conclusa dal Centro Nazionale Trapianti negli ultimi mesi.

7.5.1 Organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti

- **Centro Regionale di riferimento**

I compiti che la Legge 91/99 assegna al Centro di Riferimento, peraltro già esplicitamente richiamati in alcuni provvedimenti deliberativi adottati dalla Giunta della Regione Campania, possono essere così riassunti:

- 1) Coordinamento, tenuta ed aggiornamento dei dati relativi alle liste dei pazienti in attesa di trapianto;
- 2) Coordinamento delle attività di prelievo e dei rapporti con i centri di rianimazione e le strutture per i trapianti, in collaborazione con i coordinatori locali;
- 3) Esecuzione dei test immunologici necessari per il trapianto (tipizzazione, ricerche di anticorpi, test di compatibilità pre-trapianto);
- 4) Assegnazione degli organi prelevati;
- 5) Coordinamento del trasporto dei campioni biologici, delle equipe sanitarie e degli organi e tessuti nel territorio di competenza;
- 6) Rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie e le associazioni di volontariato.
- 7) Gestione mediante rete telematica di tutti i dati relativi al trapianto.

Il centro regionale di riferimento per i trapianti d'organo della Regione Campania, già previsto dal DPR n. 409/1977, è stato istituito con apposita deliberazione della Giunta Regionale n. 5844 del 4 agosto 1994. Esso è stato allocato presso l'Azienda Universitaria Policlinico della II Università di Napoli, con sede e direzione nel Servizio di Immunoematologia, medicina trasfusionale ed immunologia dei trapianti. Con deliberazioni della Giunta Regionale n. 5290 e n. 6414 del 2001 si è provveduto a confermare la sede e la responsabilità di questa struttura, e ad ampliarne le risorse umane destinate al coordinamento delle donazioni attraverso la istituzione di un nucleo operativo composto di 5 unità di personale sia medico che infermieristico. È stato altresì nominato un coordinatore regionale per i prelievi.

- **Centri di Rianimazione**

Il ruolo dei Centri di Rianimazione nel programma trapianti è di primaria importanza. In queste strutture si determina, infatti, la selezione dei potenziali donatori, l'accertamento della morte cerebrale, il prelievo di organi e tessuti.

Della necessità di attivare altri PL di Rianimazione si è già detto nel paragrafo 6.2.7.

E' del tutto prevedibile che una volta completato il processo di riorganizzazione strutturale e di adeguamento tecnologico e di risorse umane, l'attività e l'impegno delle rianimazioni possa favorire una forte crescita delle donazioni in Campania consentendo l'allineamento della nostra regione ai livelli della media nazionale.

- **Centri di trapianto**

L'attività di trapianto degli organi nella nostra regione si espleta nei centri autorizzati dal Ministero della Sanità. Essi al momento sono:

- 1) Centro Trapianti di Rene allocato nell'AUP Federico II di Napoli
- 2) Centro Trapianti di Fegato allocato nell'AORN Cardarelli di Napoli
- 3) Centro Trapianti di Cuore allocato nell'AORN Monaldi di Napoli

Inoltre si svolge, nella nostra regione, un'importante attività di trapianto di cornea localizzata in 3 centri: l'AUP Federico II, l'AORN di Avellino e il PO Pellegrini, che funziona anche da banca d'organo; nel 2002 sono stati eseguiti 92 trapianti di cornea di cui 60 con cornee prelevate in Campania ed eccellenti risultati funzionali.

Il trapianto di midollo osseo allogenico eterologo si svolge presso l'AUP Federico II e l'AORN Santobono-Pausilipon. Il trapianto di midollo osseo autologo si effettua oltre che presso le strutture suddette anche presso l'AORN Moscati di Avellino, l'AORN Cardarelli e IRCCS Pascale. Un'adeguata risposta organizzativa all'incremento di donazioni di organi con il concomitante incremento del numero dei trapianti effettuati, anche in considerazione dei programmi di trapianti pediatrici e trapianti da donatore vivente, congiuntamente alla opportunità di ridurre la spesa connessa alla migrazione extra regionale, fermi restando i centri già operanti, rende necessario individuare le sedi di:

- 1) AORN Cardarelli che svilupperà le seguenti linee di attività:
 - a) trapianto di intestino
 - b) trapianto di pancreas
 - c) trapianto di rene
- 2) AORN Ruggi d'Aragona di Salerno che svilupperà le seguenti linee di attività:
 - d) trapianto di fegato
 - e) trapianto di cuore
 - f) trapianto di rene

Al di là dei buoni risultati fin qui conseguiti, nel prossimo futuro si rende necessario intensificare gli sforzi per conseguire importanti obiettivi. Occorre in particolare:

- 1) potenziare l'attività di donazione per portarla sui valori della media nazionale (17–18 donatori per milione di abitanti, corrispondente a circa 100 donatori effettivi per anno). Si potrà pervenire a questo traguardo attraverso un'azione coordinata destinata a adeguare il numero dei posti letto di rianimazione della nostra regione alle reali esigenze, a completare l'adeguamento tecnologico ed organizzativo delle attuali strutture, ad intensificare e protrarre nel tempo la formazione e l'aggiornamento culturale del personale, ad incentivare l'attività delle strutture e degli operatori attraverso progetti obiettivo finalizzati;
- 2) ampliare il numero dei centri di trapianto di organi attraverso nuove istituzioni, nel rispetto dei requisiti minimi di attività fissati dal Ministero per ogni tipologia di trapianto e naturalmente alla luce dei tassi di donazione che sarà possibile raggiungere. Come è noto, la Legge 91/99 attribuisce alle regioni il compito di individuare le strutture idonee ad effettuare i trapianti di organi e tessuti ed a verificarne l'attività ed i risultati con cadenza biennale. Perciò, alla luce delle reali esigenze assistenziali determinate sia dalle liste di attesa che dalla complessità della gestione dei pazienti nelle fasi pre e post-trapianto, tenuto conto delle attività già svolte nonché delle esperienze professionali autonomamente acquisite in diverse realtà Ospedaliere ed Universitarie della nostra Regione, si può ritenere concretamente perseguibile nell'arco del prossimo triennio l'attivazione dei seguenti nuovi centri di trapianto:
 - a) Centro di Trapianti di Cuore presso l'AORN di Salerno;
 - b) Centro di trapianti di rene presso l'AUP della II Università di Napoli
- 3) istituire banche di tessuti nel rispetto delle linee guida fissate dal Centro Nazionale Trapianti. Appare in particolare necessario pervenire nel breve periodo alla organizzazione delle seguenti banche:
 - a) Cornea, da allocare presso il PO Pellegrini, ove già da molti anni opera un qualificato gruppo di lavoro la cui attività è stata oggetto di uno specifico riconoscimento regionale
 - b) Valvole e segmenti vascolari, da allocare presso l'unità divisionale di cardiocirurgia dell'AORN S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno ove già da molti anni opera un qualificato gruppo di lavoro.

- c) si prevede di istituire presso le AORN – nella misura di 1 per Provincia – la Banca del cordone ombelicale
 - d) Per quanto riguarda altri tessuti (muscolo scheletrico, tendini, cute) si renderà necessaria la verifica di una concreta disponibilità operativa nonché di sedi opportune nel corso del triennio successivo 2010-2012
- 4) Sviluppare, nel prossimo triennio ulteriori attività complementari:
- a) Attività di fegato diviso (split liver) al fine di poter realizzare due trapianti in contemporanea (due adulti o un adulto ed un bambino), fegato ridotto (per riceventi piccoli)
 - b) Trapianto di intestino, previsto nel protocollo d'intesa tra Regione ed AUP Federico II
 - c) Trapianto di cellule pancreatiche, come da protocollo d'intesa tra Regione ed AUP Federico II
- 5) proseguire l'opera di informazione rivolta innanzitutto all'ottenimento di una solida cultura della donazione negli studenti delle scuole medie superiori.

7.6 *La salute mentale*

Il Piano regionale ospedaliero riguarda la Salute Mentale per le articolazioni ospedaliere - strutturali e funzionali - del Dipartimento di Salute Mentale, costituite dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dalle attività di Consulenza ospedaliera.

Nei predetti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura viene effettuato il ricovero breve, di norma volontario o, quando necessario, obbligatorio, di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che ne abbiano necessità, garantendo la continuità terapeutica con i presidi e i servizi territoriali attraverso il massimo livello possibile di integrazione funzionale.

Per raggiungere questo obiettivo le caratteristiche, le funzioni e le attività del SPDC – tipologia delle strutture, organizzazione, rapporti con gli altri servizi, modalità di invio dei pazienti, trattamenti e loro durata, dimissioni ecc. – devono essere ispirate agli stessi modelli concettuali previsti per le attività dei presidi e dei servizi territoriali ed essere congruenti con le prassi operative in essi attuate, nonché con i principi contenuti nel progetto di legge in materia di regolamentazione della tutela della salute mentale, approvato dalla V Commissione Consiliare ed in via di perfezionamento legislativo.

E' quindi opportuno riproporre sinteticamente i presupposti scientifici e culturali che hanno ispirato in Italia i principi legislativi che hanno promosso un radicale cambiamento della concezione del disturbo psichico.

Soltanto a seguito della Legge 13 maggio 1978 n. 180, successivamente assunta pressoché integralmente nella Legge di Riforma Sanitaria del 23 dicembre 1978 n. 833, si è potuto progressivamente procedere a una vera e propria rifondazione dei criteri e delle metodologie relative alla cura e alla assistenza dei disturbi psichiatrici, i cui principali punti caratteristici possono essere così sintetizzati:

- 1) il riconoscimento alle persone portatrici di disturbi psichiatrici di tutti i diritti costituzionali, come tutti gli altri cittadini;

- 2) il superamento definitivo di quei modelli di cura "ospedaliera" dei disturbi psichiatrici, chiaro prodotto del rifiuto e della emarginazione delle "diversità", basati sulle grandi concentrazioni di persone rinchiusi forzatamente nei "grandi asili" manicomiali e ivi abbandonate, talora per sempre;
- 3) l'attivazione di una rete capillare di servizi e attività di territorio, ad un elevato livello di integrazione socio-sanitaria, in grado di realizzare, all'interno di una effettiva presa in carico delle problematiche globali del paziente: a) efficaci interventi di prevenzione dei disturbi psichici; b) risposte terapeutiche differenziate e personalizzate a seconda dei bisogni individuali; c) concreti percorsi di riabilitazione psicosociale, tali da promuovere negli utenti lo sviluppo e/o la ripresa di abilità individuali, il loro reinserimento nei circuiti di vita sociale e il loro re-ingresso nei circuiti produttivi;
- 4) la costituzione, all'interno di questa rete, di strutture comunitarie territoriali, in grado di dare risposte adeguate anche al bisogno di semiresidenzialità e di residenzialità sperimentando nuovi modelli a forte partecipazione dei familiari e di personale sociale non sanitario con l'obiettivo di ridurre l'apporto farmacologico e implementando l'uso di tecniche non aggressive;
- 5) il ricorso al ricovero ospedaliero, comunque di breve durata, solo per particolari situazioni caratterizzate da effettiva necessità clinica e da impossibilità di adottare in tempo reale misure alternative;
- 6) il superamento della tradizionale concezione della malattia mentale e la promozione di modelli di approccio al problema Salute Mentale attraverso il coinvolgimento e la partecipazione non solo degli operatori del settore ma anche di altre professionalità e, particolarmente, di altre istituzioni, del terzo settore, del volontariato, della gente comune.

Le attività di Salute Mentale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei disturbi psichiatrici sono dunque fondamentalmente territoriali e sono svolte dal Dipartimento di Salute Mentale, ai livelli strutturali, organizzativi, programmatici e operativi, utilizzando apposite sedi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, ovvero intervenendo direttamente sul territorio, sia con interventi programmati che urgenti.

In questa visione complessiva il ricovero breve assume significato terapeutico esclusivamente in quanto segmento di un percorso di cura e di riabilitazione caratterizzato da una continuità di interventi territoriali anche differenziati includendo tipologie organizzative diverse, dalle residenze a copertura sanitaria h24 fino alle case-famiglia per utenti autonomi senza personale di assistenza sanitaria in cui il centro territoriale interviene su richiesta.

7.6.1 Il servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), istituito ai sensi degli artt. nn.33-34-35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dalle successive leggi emanate dalla Regione Campania, in particolare la LRC 9 giugno 1980 n. 57 "Norme per la costituzione e il funzionamento delle

Unità Sanitarie Locali in attuazione della legge 23 dicembre 1978 n. 833", la LRC 3 gennaio 1983 n. 1 "Istituzione in ciascuna USL del servizio per la tutela della salute mentale", e secondo quanto previsto dal DPR 10 novembre 1999 "Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000", è l' esclusivo servizio ospedaliero deputato al ricovero breve per disturbi psichiatrici, di norma volontario (TSV) ovvero per Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da realizzarsi in degenza ospedaliera, qualora sia ritenuta clinicamente necessaria tale modalità.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è parte integrante del Dipartimento strutturale di Salute Mentale. Esso è ubicato presso Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali ovvero presso Aziende Ospedaliere. In questo secondo caso i rapporti tra le due Amministrazioni sono regolati da apposite convenzioni per l'attribuzione dei costi di gestione per definire i livelli di responsabilità.

Il SPDC deve garantire:

- a) tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- b) formulazione/riformulazione della diagnosi;
- c) impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- d) riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- e) effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- f) osservazione e monitoraggio clinico;
- g) riconnessione dei rapporti di rete familiare.

Esso inoltre realizza:

- a) connessioni con l' Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica;
- b) attività di consulenza e di Collegamento al Pronto Soccorso, la Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative dell'Ospedale;

Le attività terapeutiche e assistenziali nel SPDC sono assicurate 24 ore su 24 da una équipe stabile pluriprofessionale di operatori assegnati dal Dipartimento di Salute Mentale o dal personale del medesimo Dipartimento che lavori part time presso il SPDC e presso altre articolazioni del DSM. Il SPDC è diretto da un dirigente sanitario psichiatra indicato dal Direttore del Dipartimento e incaricato dal Direttore Generale della ASL di appartenenza.

L' équipe svolge:

- a) attività psichiatrica specialistica;
- b) attività infermieristica;
- c) attività assistenziali per le principali funzioni vitali;
- d) attività indirizzate alla cura della persona e dell' ambiente;
- e) attività diagnostiche anche complesse, anche utilizzando competenze di altre Unità Operative ospedaliere;
- f) attività riabilitative mirate all'acquisizione e al mantenimento delle capacità comportamentali, cognitive e affettivo-relazionali;
- g) attività di socializzazione e di supporto psicosociale;

- h) attività di assistenza continuativa anche personalizzata alla singola situazione clinica;
- i) preparazione, somministrazione di terapie farmacologiche e controllo degli effetti;
- j) psicodiagnostica e colloqui clinici psicologici;
- k) attività di informazione e di sostegno ai familiari.

La equipe deve essere composta da medici psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari, il cui numero deve essere rapportato al volume e alla tipologia delle attività terapeutiche e assistenziali necessarie, da svolgere nelle 24 ore, realizzando una ottimale distribuzione dei carichi di lavoro.

Devono essere previste, anche a tempo limitato, unità di personale proveniente dalle Unità Operative di Salute Mentale individuate come afferenti, per lo svolgimento di attività psicologiche, di assistenza sociale e di riabilitazione psicosociale.

Al fine di garantire la necessaria continuità terapeutica tra il momento ospedaliero e quello territoriale, ogni Azienda Sanitaria Locale deve obbligatoriamente dotarsi di propri SPDC, per un numero complessivo di posti letto rispondenti alle effettive esigenze di ricovero psichiatrico del proprio bacino di utenza, nel rispetto del numero massimo di posti letto previsto per ciascun SPDC.

Il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) definisce entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Ospedaliero il fabbisogno di SPDC nell'ambito del territorio provinciale di pertinenza e la loro dislocazione, secondo quanto previsto nel precedente comma, tenendo in debito conto anche i ricoveri effettuati in altre A.S.L. della Regione, fuori regione e quelli nelle Case di Cura convenzionate.

Entro 3 mesi dall'entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero Regionale le Amministrazioni competenti provvedono ad aumentare almeno sino a 8 i posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che attualmente hanno una disponibilità di posti letto inferiore.

Per le necessità terapeutico-assistenziali nonché per criteri di economicità entro il primo anno dall'entrata in vigore del presente Piano Ospedaliero Regionale tutti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura devono adeguare la dotazione dei posti letto effettivamente attivati alle esigenze assistenziali previste dai rispettivi DSM rispettando, qualora sia necessario, lo standard massimo di 16 posti letto, distinti per utenti di ambo i sessi, previsto dal DPR 10 novembre 1999 Progetto obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000". Gli SPDC dovranno essere programmati per soddisfare le esigenze dell'ASL di riferimento verificando costantemente l'appropriatezza dei ricoveri posti in essere.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura afferisce all'Area di Medicina Generale delle strutture ospedaliere in cui è ubicato. In nessun caso esso si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico.

La collocazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in Presidi o Aziende Ospedaliere afferenti alla rete per l'emergenza non determina di per sé alcun diretto collegamento tra le funzioni dell'emergenza e il ricovero psichiatrico.

Il ricovero in SPDC è effettuato secondo i criteri e le modalità stabilite dagli artt. nn. 33-34-35 della Legge di Riforma Sanitaria 23 dicembre 1978 n. 833.

L' accettazione del ricovero avviene presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero ed è decisa dal medico psichiatra del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura soltanto dopo la prima valutazione clinica effettuata dal sanitario del Pronto Soccorso stesso.

Il personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura assicura la Consulenza psichiatrica alla struttura ospedaliera in cui è ubicato.

La Consulenza psichiatrica a strutture ospedaliere non sede di SPDC, laddove non garantita da autonoma organizzazione promossa dalle strutture ospedaliere stesse, è assicurata da personale delle Unità Operative di Salute Mentale competenti per territorio, secondo le afferenze e con le modalità stabilite dal DSM.

I posti letto dei Day-Hospital strutturati, attivati dalle Unità Operative di Salute Mentale territoriali, così come i posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura eventualmente trasformati in posti di Day-Hospital, sono a tutti gli effetti equivalenti a posti letto ospedalieri e rispondono ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla D.G.R.C. 7 agosto 2001 n° 3958 e successive integrazioni, nonché da quanto riportato in materia dal D.P.R. 10 novembre 1999 progetto obiettivo " Tutela Salute Mentale 1998 – 2000 " I Day-Hospital possono essere utilizzati anche per riscontrate esigenze di osservazione breve, da realizzarsi nell'arco delle 24 ore.

Per i ricoveri in essi effettuati deve essere approntata apposita Scheda di Dimissione, da inoltrare alla Direzione della A.S.L. a cura della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale.

Fanno parte della rete regionale i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura allocati presso le due strutture universitarie, nella misura di 9 posti letto per la Clinica Psichiatrica del Policlinico dell' Ateneo Federico II, di 24 posti letto per il Dipartimento Assistenziale di Psichiatria del Policlinico della Seconda Università di Napoli, distinti in 16 posti per la U.O. di Clinica Psichiatrica e 8 posti per la U.O. di Psichiatria TSO.

Detti posti letto sono utilizzabili sia per ricoveri volontari che per trattamenti sanitari obbligatori, per ambo i sessi e con bacino di utenza di estensione regionale, in considerazione delle finalità di ricerca e di didattica proprie dei 2 Atenei.

7.6.2 Case di cura a indirizzo neuropsichiatrico.

Le Case di cura a indirizzo neuropsichiatrico devono rientrare nelle tipologie previste dalla normativa nazionale e regionale per gli istituti di riabilitazione, adeguando le loro strutture, i modelli organizzativi e quelli operativi alle modalità previste per la riabilitazione intensiva multidisciplinare (cod. 56) e alla lungodegenza riabilitativa di base (cod. 60).

Le predette Case di cura possono proporre una riconversione delle loro strutture e attività, coerente con il modello strutturale, organizzativo e operativo del Dipartimento di Salute Mentale, per quanto attiene alle attività residenziali e semiresidenziali.

7.7 *La riorganizzazione dell'attività trasfusionale*

- *Obiettivi*

La riorganizzazione dell'attività trasfusionale in Campania, coerentemente con le previsioni della Legge 21 ottobre 2005 n. 219, e in attuazione della direttiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio deve essere orientata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 1) Autosufficienza regionale ed iniziative per la cooperazione interregionale, anche attraverso l'attivazione di un nuovo flusso informativo ed un piano annuale di produzione regionale;
- 2) Razionalizzazione del modello organizzativo, attraverso la creazione del Dipartimento di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (DMT), di tipo interaziendale;
- 3) Sicurezza trasfusionale;
- 4) Sviluppo scientifico, tecnologico ed assistenziale di tipo diagnostico, clinico-terapeutico e di laboratorio in tutti i settori di attività dell'immunoematologia e della Medicina Trasfusionale;
- 5) Qualità, efficienza ed economicità delle attività di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;
- 6) Politica sociale in campo trasfusionale;
- 7) Attività di tipo diagnostico, clinico, terapeutico ed assistenziale correlate alla immunoematologia forense.

- *Autosufficienza regionale*

La razionalizzazione del sistema regionale di produzione e distribuzione di farmaci emoderivati rappresenta per la Regione Campania un impegno strategico e, pertanto, si dovrà operare sulla base dei seguenti indirizzi:

- a) Fissare le modalità attraverso le quali, con adeguati ed incisivi meccanismi, si esercita la vigilanza sul corretto impiego dei plasmaderivati, ciò anche al fine di assicurare l'unicità della manovra sia sul versante della produzione sia sul quello del consumo del prodotto;
- b) Aumentare la raccolta di plasma fresco con immediato congelamento presso la struttura trasfusionale incrementando gli attuali livelli di separazione del sangue intero e la plasmaferesi produttiva;
- c) Attivare, laddove non siano presenti, le postazioni di plasmaferesi produttiva e potenziare tutte le strutture aferetiche con ridotto volume annuo di raccolta, in modo da assicurare complessivamente efficienza gestionale.

- *Razionalizzazione dei consumi*

- 1) La Legge n. 219/05 all'art. 17, comma 1 promuove il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale, incentivando il ricorso alle procedure autotrasfusionali;
- 2) La Giunta Regionale emanerà apposite linee guida per l'utilizzo dei farmaci plasmaderivati e dei corrispondenti farmaci derivati da biotecnologia e promuoverà campagne di informazione nei riguardi dei medici specialisti, dei medici di medicina generale e degli utenti.

- ***Istituzione del Flusso***

Allo scopo di definire un piano annuale di produzione e distribuzione di sangue, emocomponenti ed emoderivati necessari per il raggiungimento della autosufficienza regionale, si dovrà istituire un flusso informativo stabile, gestito a livello regionale dal CRS (vedi dopo) e coordinato con quello nazionale, da realizzare attraverso una rete informativa regionale e riguardanti i seguenti dati:

- a) donazione di sangue autologa ed omologa
- b) attività di laboratorio;
- c) plasmaproduzione e controllo dei plasmaderivati e convenzione con industria di lavorazione;
- d) gestione dei riceventi del sangue e degli emocomponenti;
- e) collegamento con anagrafe sanitaria;
- f) collegamento con accettazione ospedaliera e prenotazioni;
- g) attribuzione delle prestazioni a reparti/centri di costo;

L'elaborazione statistica dei dati inerenti i punti a), b), c), sono necessari per la compilazione del Registro Sangue Regionale.

7.7.1 Razionalizzazione del modello organizzativo

La Giunta Regionale costituirà un apposito Comitato Tecnico Scientifico (CTS), che comprenderà almeno una rappresentanza per ogni provincia, deputato a fornire parere circa l'attuazione di tutti gli aspetti tecnici e scientifici inerenti i contenuti del presente Piano e per l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

- ***Centro Regionale Sangue (CRS)***

La Legge n. 219/05 prevede, all'art. 6 comma c, l'istituzione in ciascuna Regione di una struttura di Coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Viene pertanto istituito, in analogia con il Centro Nazionale del Sangue, il Centro Regionale Sangue (CRS) con funzioni di coordinamento delle attività trasfusionali intra e interregionali, di raccolta e monitoraggio dei flussi di scambio e di collegamento con le analoghe strutture regionali e nazionali.

Il CRS si colloca, quale sede intermedia, fra il sistema trasfusionale e la Regione per la comunicazione dei dati relativi alla compensazione intra- ed extraregionale degli emocomponenti, del plasma da inviare al frazionamento e degli emoderivati in redistribuzione.

Il CRS opera attenendosi alle direttive impartite dalla Regione e coordina, per le funzioni assegnate, i Dipartimenti di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

Il CRS prepara annualmente (entro il 30 novembre dell'anno precedente), tenendo conto delle singole realtà (disponibilità di donatori, specializzazione degli ospedali, etc...), un piano di raccolta per i singoli Dipartimenti che rappresenta un obiettivo prioritario.

Il CRS e i Dipartimenti, con il parere del C.T.S., regolamentano le competenze territoriali e le relative afferenze tra le Unità di Raccolta e le Unità Operative Complesse e propongono le competenze tecniche specifiche per ogni Unità Operativa Complessa.

- ***Dipartimento di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (DMT)***

Al fine di raggiungere gli obiettivi regionali del presente piano, sulla base dell'organizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata, del sistema dell'urgenza-emergenza, le attuali strutture trasfusionali devono essere organizzate in Dipartimenti.

Per poter conseguire maggiore efficienza, sia nell'utilizzo del personale sia delle apparecchiature che dei materiali, l'ambito dell'organizzazione dipartimentale è articolata, di norma, su base provinciale.

In particolare, l'attività di Medicina trasfusionale si realizza attraverso la definizione di un Dipartimento di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (DMT) costituito da Unità Operative Complesse di Immunoematologia e Medicina trasfusionale, con relative Unità di raccolta.

La Legge 219/05 ha definito, all'art. 5, i compiti delle strutture trasfusionali, assegnando loro, accanto alla tradizionale funzione di approvvigionamento, lavorazione, validazione e distribuzione del sangue e dei suoi componenti, anche precisi e gravosi impegni di tipo clinico, terapeutico, laboratoristico e assistenziale.

In ambito regionale sono individuati, pertanto, i seguenti Dipartimenti di Immunoematologia e medicina Trasfusionale, partendo dalla previsione di almeno un Dipartimento per ciascuna Provincia:

- 1 a Caserta
- 1 a Benevento
- 1 ad Avellino
- 2 a Salerno (per la connotazione topografica della provincia che si sviluppa in lunghezza e quindi per ridurre le distanze fra strutture trasfusionali)
- 3 a Napoli (vengono aggregati secondo il numero di unità prodotte e secondo criteri di integrazione scientifica ed anche affinità nelle competenze tecniche)
 - 1 con A.S.L. Na 1 e A.S.L. Na 5
 - 1 con A.O. Cardarelli ed A.U.P. Federico II
 - 1 con Azienda Pascale, A.O. Monaldi, A.O. Santobono – Pausilipon – Seconda Università e NOLA

I DMT svolgono le seguenti funzioni principali:

- 1) Coordinano tutte le attività trasfusionali previste dall'art. 5 della Legge 219/05, per il territorio di competenza;

- 2) Pianificano, in accordo con le competenti strutture nazionali e regionali e le associazioni di volontariato, la plasmateresi produttiva sulla base di obiettivi da verificarsi annualmente in riferimento alle necessità di produzioni industriali di plasmaderivati;
- 3) Omogeneizzano e standardizzano tutte le procedure trasfusionali attuate nelle strutture afferenti garantendo l'avvio di un Sistema qualità su base dipartimentale;
- 4) Curano la razionalizzazione delle attività di produzione, lavorazione e validazione degli emocomponenti;
- 5) Garantiscono il massimo sviluppo, presso ogni sede ospedaliera, delle attività di Medicina Trasfusionale, quali il buon uso del sangue e degli emocomponenti, l'autotrasfusione, le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue, la consulenza trasfusionale;
- 6) Svolgono la funzione di primo livello di compensazione per emocomponenti e plasmaderivati per le strutture del territorio di competenza;
- 7) Provvedono alla diffusione nella società della cultura della donazione in stretta collaborazione con le Associazioni di Volontariato;
- 8) Collaborano con il Centro Regionale di riferimento per i trapianti di organo per la tipizzazione tissutale e l'esame della compatibilità tissutale contribuendo alla costituzione del Registro Donatori di Midollo Osseo (RDMO);
- 9) Programmano la erogazione di prestazioni specialistiche di secondo livello per il proprio territorio e anche per quello di altri DMT secondo un piano coordinato dalla Regione al fine di ottimizzare le risorse umane, professionali ed economiche;
- 10) Favoriscono la partecipazione e lo sviluppo del volontariato.

Le strutture trasfusionali individuate nell'allegato M della L.R. 2/98 confluiranno nel DMT di riferimento all'atto della loro attivazione.

- ***Unità di Raccolta***

Le unità di raccolta, fisse o mobili, rappresentano il punto di maggiore impatto con la popolazione dei donatori. Deve essere prevista una larga diffusione nel territorio e la loro organizzazione e gestione deve essere uniformata a criteri di funzionalità.

Le unità di raccolta devono rispondere alla flessibilità delle richieste: la sede organizzativa delle modalità di raccolta è il DMT. La modulazione della raccolta fissa e mobile trova un'adeguata definizione nel DMT, in quanto in tale ambito si raggiungono gli obiettivi di un corretto dimensionamento che permetta aggiustamenti quali-quantitativi nel breve periodo, economie di scala sul volume di attività, decisionalità periferica più immediata e meno burocratica fra associazioni e trasfusionisti.

- ***Organizzazione del Sistema Urgenza - Emergenza***

Il Centro Regionale Sangue (CRS) come struttura di coordinamento, definisce protocolli operativi che i DMT devono attuare nelle situazioni di urgenza - emergenza.

In tali protocolli il CRS esplicita i collegamenti con Protezione civile, Prefettura, Forze armate e con i CRS di altre Regioni.

- ***Rapporti tra DMT e Organizzazioni di volontariato***

Le Organizzazioni di volontariato partecipano al Sistema Trasfusionale Regionale con la promozione della donazione sangue, programmi di educazione sanitaria, reclutamento e gestione associativa dei donatori. La Regione considera presupposto fondamentale all'attività trasfusionale l'incremento dell'attuale supporto donazionale e per tali finalità si ritiene necessario l'introduzione del tesserino unico regionale del donatore, nonché una maggiore estensione delle attività di donazione degli emocomponenti (eritroplasmaferesi, plasmapiastroaferesi, eritropiastroaferesi, etc..), orientandone la tipologia e la quantificazione secondo schemi di complessiva gestione sanitaria.

La Giunta Regionale provvederà a disciplinare con apposite linee guida e con schemi tipo di convenzioni, le attività all'interno del DMT, i rapporti tra DMT, CRS, Centri di raccolta e associazioni di donatori. Apposite direttive saranno, altresì, emanate dalla Giunta Regionale per regolare la compensazione tra le Aziende Sanitarie e per l'istituzione del flusso informativo previsto al precedente punto.

7.7.2 Sicurezza trasfusionale

- ***Donazione volontaria, periodica, non remunerata***

Un obiettivo prioritario del presente Piano è quello di promuovere, di concerto con le Associazioni di volontariato dei donatori di sangue, la donazione periodica volontaria, non remunerata, per concorrere alla riduzione del rischio trasfusionale.

- ***Standardizzazione***

Il CRS è propulsore della omogeneizzazione dei criteri di selezione del donatore e delle modalità di controllo sul sangue e le emocomponenti attraverso la puntualizzazione degli standard di processo e di procedura, la adozione di strumenti di controllo e di verifica e l'avvio del sistema della qualità.

- ***Formazione***

Con la finalità di provvedere all'aggiornamento e alla formazione professionale del personale operante nel sistema trasfusionale regionale il CRS di concerto con l'Assessorato alla Sanità e i DMT elabora un programma biennale di aggiornamento scientifico e professionale.

7.7.3 Qualità, efficienza ed economicità delle attività di Immunoematologia e Medicina trasfusionale

Definizione di un sistema di garanzia di qualità, razionalizzazione delle procedure e attivazione di sistemi di monitoraggio. Il CRS, in collaborazione con i DMT, dovrà predisporre annualmente un programma di iniziative di formazione finalizzato al miglioramento continuo della qualità

delle strutture trasfusionali al fine anche di facilitare, nell'ambito del processo di accreditamento istituzionale, la verifica del possesso dei requisiti richiesti e del loro mantenimento nel tempo.

7.7.4 Politica sociale in campo trasfusionale

- *Associazioni e federazioni donatori volontari di sangue*

La Regione riconosce il ruolo fondamentale ed insostituibile del volontariato, rappresentato dalle associazioni dei donatori volontari di sangue ai sensi della L.833 del 23.12.1978 e norme successive, e promuove e sostiene iniziative volte ad incrementare la solidarietà dei cittadini e ad informare sulla possibilità di prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie ematologiche.

Dovrà essere istituito presso l'Assessorato alla Sanità un Albo delle Associazioni dei donatori, al quale andranno iscritte associazioni di rilievo nazionale o regionali che abbiano almeno ottocento donatori attivi. Associazioni con un numero inferiore di soci possono confluire in Federazioni che raggiungono il numero di donatori attivi su indicato.

- *Gratuità del sangue e dei suoi prodotti*

La distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti è gratuita e di conseguenza i costi non possono essere addebitati al cittadino. La cessione del sangue ed emocomponenti ad aziende sanitarie pubbliche o case di cura private, accreditate o no, avviene esclusivamente attraverso i DMT ed i costi verranno addebitati in base alle tariffe vigenti.

- *Prevenzione, informazione e tutela dei cittadini*

La Regione promuove iniziative di educazione sanitaria atte a tutelare la sicurezza dei donatori e dei riceventi. La Regione promuove, d'intesa con le Associazioni dei donatori, iniziative volte a propagandare il dono del sangue, fra le quali anche quella di indire la giornata regionale per la donazione del sangue. Tali iniziative sono volte alla:

- 1) sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui valori di solidarietà e umani rappresentati dalla donazione di sangue;
- 2) informazioni sulle diverse forme di donazione;
- 3) informazioni sulla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue e sulla medicina preventiva a tutela della salute dei donatori e della sicurezza dei riceventi.

7.8 La integrazione socio-sanitaria

I Piani Sanitari Nazionali emanati negli ultimi anni hanno posto sempre più l'accento sulla necessità di collegare l'assistenza ospedaliera con le funzioni del territorio, individuando quale strumento di progettazione e di programmazione "l'integrazione socio-sanitaria". Questo vuole rispondere ad una progressiva modifica della domanda di assistenza proveniente dal territorio causa il progressivo invecchiamento della popolazione, il riconosciuto divieto di cittadinanza a

quanti nel passato trovavano rifugio e segregazione nella casa o nella struttura di assistenza in regime di ricovero o venivano emarginati dalla società produttiva. A questi soggetti non può bastare la risposta "ospedalizzare", ma al contrario cercano e chiedono un modello di assistenza che permetta, nei limiti consentiti dalla propria patologia, di mantenere una propria socialità ed una propria indipendenza economica e nel contempo consenta alla Pubblica Amministrazione il contenimento della spesa sanitaria attraverso l'assistenza domiciliare ed i nuovi modelli di residenzialità (Hospice, RSA, Ospedale di Comunità, etc.).

Il D.lgs. 502/92 (art. 3-*quinquies* inserito dall'art. 3, D.lgs. 229/99) e la 328/00, del resto, hanno stabilito che le Regioni debbano organizzare i Distretti in modo da garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Questi orientamenti sono stati confermati dalla legge quadro di riforma dell'assistenza (Legge n. 328/00) che ha ribadito i principi della programmazione degli interventi e delle risorse. Per l'attuazione di tali obiettivi si richiede il coordinamento dei diversi livelli istituzionali per poi individuare le modalità d'azione che siano meglio rispondenti ai bisogni particolari dell'utente.

Al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ed alla Legge Quadro sull'assistenza deve essere collegato l'Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Tra le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria rientrano quelle rivolte agli anziani; in particolare, quelle per la fase post-acuta dove devono operare più figure professionali sanitarie e sociali. È necessario personalizzare i progetti assistenziali, che devono essere articolati in una fase intensiva, d'elevata complessità e di durata breve e definita, in una fase estensiva, con un programma di medio o prolungato periodo, e in una fase di lungo degenza, finalizzata a mantenere la maggiore autonomia funzionale possibile. A questo proposito la Regione sosterrà corsi specifici per il personale da destinare agli anziani non autosufficienti e favorire l'assistenza a domicilio.

Il Medico di Medicina Generale costituisce in questo contesto la figura fondamentale per realizzare la *continuità terapeutica* in quanto deve gestire il suo paziente in collaborazione con la struttura ospedaliera che ha operato la dimissione e con il CAD che ha attivato l'Assistenza Sanitaria Domiciliare.

La Ospedalizzazione a Domicilio deve quindi affrontare i problemi clinici erogando un servizio Medico – Farmacista – Psicologo - Infermiere, altamente specializzato e nello stesso tempo farsi carico delle problematiche psico-evolutive e della necessità di migliorare la qualità della vita di questi pazienti e delle loro famiglie.

Due pietre miliari verso la costituzione della rete di integrazione socio-sanitaria in Campania sono i provvedimenti regionali sulle RSA e sugli Hospice.

7.8.1 Le RR.SS.AA.

La Legge Regionale 22 aprile 2003 "realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private –RR.SS.AA.–" ha definito le RR.SS.AA. e le

strutture semi-residenziali per anziani non autosufficienti e per disabili, strutture socio-sanitarie di tipo extraospedaliero la cui gestione è finanziata con il fondo sanitario e dai comuni, secondo quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001, dal DPCM 29 novembre 2001 e dalle delibere della Giunta Regionale della Campania di recepimento del 2 agosto 2002 n. 3890, ed il 30 dicembre 2002 n. 6467 e da ulteriori atti di programmazione e declinazione della disciplina indicata. Le RR.SS.AA. realizzano un livello medio di assistenza sanitaria medica, infermieristica e riabilitativa, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Le RR.SS.AA. ed i centri semi-residenziali per anziani concorrono, insieme all'assistenza domiciliare integrata, alla realizzazione sul territorio regionale di una rete di servizi socio-sanitari a favore delle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o ad alto rischio di non autosufficienza, per rispondere agli specifici bisogni degli utenti e delle loro famiglie e per contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione. (art. 1)

L'Azienda Sanitaria Locale ospita nel centro diurno per anziani soggetti che necessitano durante il giorno di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, riattivativi e di risocializzazione. All'interno del centro diurno per anziani può essere attivato un centro diurno Alzheimer per pazienti affetti da demenza. Tutte le attività vengono valutate sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo dell'unità operativa di assistenza anziani distrettuale che gestisce la struttura. (art. 2)

Il fabbisogno di centri diurni per anziani deve essere pari ad almeno una struttura per ASL e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base. In ogni ASL deve essere previsto un centro diurno per anziani con Centri Alzheimer, con un fabbisogno di posti semiresidenziali pari allo 0.5 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne.

Le RR.SS.AA. non possono esistere all'interno di strutture ospedaliere pubbliche o private se non convertite completamente in RR.SS.AA. a meno che il plesso non disponga di una struttura completamente autonoma. (art. 3)

La R.S.A. è una struttura a valenza socio-sanitaria e di tipo extraospedaliero per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e non assistibili a domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata o nei servizi semiresidenziali-centri diurni.

Presupposto per la fruizione della R.S.A. è la comprovata mancanza, abituale o momentanea, di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria alla persona non autosufficiente.

La R.S.A. attua i seguenti interventi:

- a) assistenza medica generale;
- b) assistenza medico geriatrica a carattere di consulenza;
- c) assistenza infermieristica;
- d) assistenza riabilitativa;
- e) assistenza psicologica;
- f) consulenza e controllo dietologico;
- g) aiuto personale e di assistenza tutelare;

- h) riattivazione psico-sociale;
- i) attività di animazione, occupazionale, ludico-ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

Le caratteristiche delle residenze sono correlate alla tipologia degli ospiti, al loro grado di dipendenza, alla potenzialità ed ai tempi per il loro recupero psico-fisico. (art. 5)

L'unità base è un modulo composto da venti posti letto per anziani non autosufficienti fino ad un massimo di sei moduli, con la riserva di un modulo per la degenza a termine. Possono essere previsti specifici dimensionamenti delle superfici utili. La R.S.A. per anziani non autosufficienti assume i seguenti connotati: in media quattro moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di sei moduli o di 120 ospiti; un modulo, ogni tre, anche di dieci-quindici posti residenziali, è riservato alle demenze. La R.S.A. può in ogni caso essere costituita anche da due sole unità modulari. Nei moduli devono essere previsti ambienti per un numero di 1, 2 o massimo di 3 posti letto. (art. 7)

Il fabbisogno di posti residenziali di RR.SS.AA. per anziani così come indicato dalla Legge Regionale 22 aprile 2003 è ricompreso tra un minimo pari a 1,5 per mille fino ad un massimo del 3 per mille della popolazione ultrasessantacinquenne residente in ciascuna ASL. Per il triennio 2007-2009 si ritiene soddisfacente un fabbisogno del 2 per mille.

Il fabbisogno di centri diurni per anziani con Alzheimer deve essere pari ad almeno una struttura per ASL e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base. In ogni ASL deve essere presso un centro diurno per anziani con centri Alzheimer, con un fabbisogno di posti semi-residenziali pari allo 0.5 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne. (art. 8)

Il dimensionamento provinciale in P.L. si evince dalla seguente tabella (popolazione 2000):

	AV	BN	CE	NA	SA
RSA RESIDENZIALE	164	116	221	747	353
RSA SEMI-RESIDENZIALE , COMPRENSIVO DI CENTRI ALZHEIMER	41	28	55	186	88

Per le finalità della Legge Regionale 22 aprile 2003, la Giunta Regionale, sentita la competente commissione consiliare permanente, può autorizzare, in conformità delle indicazioni della programmazione regionale e con priorità per le strutture convenzionate, in tutto o in parte, la riconversione in RR.SS.AA. delle case di cura che ne fanno richiesta entro un anno dall'applicazione della suddetta legge, purché in possesso dei requisiti prescritti, fatto salvo quanto stabilito in sede di regolamento attuativo per le RR.SS.AA. ubicate in centri storici o aree ad alta urbanizzazione. (art. 14)

Sempre la Legge Regionale 22 aprile 2003 fa riferimento a RR.SS.AA per disabili.

I destinatari del servizio sono persone disabili per le quali sussistono scarsa autonomia e grande impedimento nell'attività della vita quotidiana. Il fabbisogno dei centri diurni per disabili, così come previsto per gli anziani è pari ad almeno una struttura per Azienda Sanitaria Locale -ASL - e non superiore ad uno per ogni Distretto sanitario di base. Il centro Diurno per Disabili

può essere ubicato all'interno dell'RSA in presenza di adeguati spazi, e può costituire un'unità integrata condividendone i servizi e gli spazi comuni. Per tutto quanto non esplicitato nel presente Piano si fa pieno riferimento alle previsioni contenute nella già citata L.R. n. 8/03.

Le RR.SS.AA. per disabili sono strutture extraospedaliere socio-sanitarie appartenenti alle reti integrate dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, territoriali, destinate a garantire la continuità dell'assistenza nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio, attraverso servizi alla persona di tipo sanitario, riabilitativo e sociale. Esse realizzano un livello medio di assistenza sanitaria integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera. (art. 19)

Nella fase di prima attuazione e nelle more di una generale riconsiderazione delle strutture di accoglienza per disabili non autosufficienti il numero complessivo dei posti letto di RR.SS.AA. è pari allo 0,35 per mille abitanti (art. 24), secondo la seguente distribuzione provinciale:

	AV	BN	CE	NA	SA
RSA DISABILITÀ	154	103	300	1085	383

Nell'ambito delle competenze dei CCTPP, i Direttori Generali hanno la possibilità di destinare ad R.S.A., nell'ambito del fabbisogno, strutture non utilizzabili come sanitarie.

7.8.2 Hospice

Il problema della cura ed assistenza ai malati terminali nasce da un bisogno reale della popolazione. La consapevolezza che, tramite l'applicazione delle conoscenze acquisite dagli specialisti in terapia del dolore e cure palliative è possibile offrire alla popolazione risposte professionalmente ottimali, ma nello stesso tempo improntate a forti principi etici e solidaristici, ha portato i paesi più sensibili a predisporre piani coordinati di intervento in questo settore.

La Regione Campania, utilizzando i fondi previsti dalla L. 39/99 e con i fondi aggiuntivi di riparto economico finalizzati ad edilizia strutturale, ha deliberato n° 7 Hospice.

Sono stati approvati progetti per i seguenti hospice con relativi posti letto:

- 1) A.O. CARDARELLI NAPOLI – 9 PL
- 2) A.S.L. AVELLINO 2 (LANDOLFI DI SOLFORA) – 11 PL
- 3) A.S.L. SALERNO 2 (S. GIOVANNI DA PROCIDA) – 12 PL
- 4) A.S.L. SALERNO 3 (OSP. S. ARSENIO - POLLA) – 10 PL
- 5) A.O. CASERTA – 6 PL
- 6) IRCSS FONDAZIONE PASCALE – 11 PL
- 7) A.O. BENEVENTO – 6 PL

E' auspicabile che nel triennio relativo al presente Piano si attui quanto stabilito dalla delibera.

Le modalità organizzative e gestionali di queste strutture saranno definite con successivo atto che provvederà a disciplinare come le AASSLL competenti per territorio organizzeranno la rete integrata di assistenza domiciliare ai malati terminali.

I pl degli Hospice rientrano nel limite di pl fissato per ogni provincia in ragione della popolazione residente in ciascuna Azienda Sanitaria Locale – ASL – come dettato dalle Linee guida nazionali e tenendo conto delle strutture già realizzate sul territorio.

7.9 *La Telemedicina*

La Regione Campania ha sviluppato un proprio Piano Strategico, approvato in sede regionale, nazionale e comunitaria, che definisce in modo organico i modelli di sviluppo della "Società dell'Informazione" e traccia le linee guida sia per lo sviluppo del Sistema Informativo dell'Ente Regione che più in generale della Regione Campania nel suo complesso. In questo contesto globale va inquadrato lo sviluppo di sistemi informatici di supporto alla gestione di servizi sanitari, che costituisce sicuramente un elemento molto rilevante nell'attuazione delle strategie regionali. Tra questi sistemi il Centro Unico di Prenotazione regionale è individuato come uno degli elementi strategici per la realizzazione del Sistema Informativo Regionale.

Il centro unico di prenotazione regionale ha la finalità di fornire un punto di accesso integrato alle risorse sanitarie disponibili sul territorio per migliorare le prestazioni sanitarie in relazione alle liste di attesa e al monitoraggio del volume e della appropriatezza delle prestazioni erogate. Il progetto, ormai in fase di realizzazione, prevede l'accesso per tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie operanti nel servizio sanitario regionale (medici di base, farmacie, ospedali, ambulatori, servizi diagnostici etc.) e ovviamente per tutti i cittadini utenti, attraverso la rete o utilizzando normali servizi telefonici. Ne deriva che oltre ai sistemi informatici degli enti erogatori di servizi è necessario il potenziamento della R.U.P.A.R. e la realizzazione dei nodi di rete per il collegamento telematico dell'enti erogatori al nodo regionale (il portale della regione).

E' utile sottolineare che nel presente progetto il CUP regionale è una struttura che fornisce uno strumento di integrazione ai CUP delle aziende sanitarie e ospedaliere senza sostituirle nelle loro competenze gestionali, favorendone, anzi, l'integrazione nell'offerta sanitaria regionale.

Lo sviluppo del progetto CUP e della relativa infrastruttura telematica regionale, consentirà un ulteriore sviluppo dei progetti di telemedicina e telesoccorso già avviati in regione.

Tra questi rivestono una valenza sperimentale per l'intero SSR il progetto di teleradiologia tra le isole del golfo sviluppato e presentato a livello nazionale dalla ASL Napoli 2 e il progetto PRET (portale regionale di telemedicina per lo scambio di dati e per la gestione di applicazioni cooperative di interesse medico). Il progetto PRET, finanziato con risorse comunitarie, mira alla definizione e realizzazione di un portale per lo sviluppo di servizi di telemedicina che consenta l'interscambio di dati multimediali e l'integrazione di archivi interesse medico, distribuiti sul territorio e gestiti da diversi enti. il sistema deve consentire la trasmissione, l'archiviazione e la consultazione di dati clinici ed immagini diagnostiche oltre al monitoraggio di pazienti sfruttando sistemi e presidi distribuiti sul territorio regionale. il progetto, finalizzato a sviluppare il prototipo di una infrastruttura per applicazioni di telemedicina, è sostenuto da enti che hanno già sviluppato alcune esperienze pilota e che intendano sviluppare modelli di integrazione cooperativa. essi sono: Università degli Studi "Federico II", Seconda Università di Napoli, Istituto Na-

zionale dei Tumori "Fondazione Pascale", Azienda Ospedaliera "Monaldi", Consiglio Nazionale delle Ricerche.

7.10 L'Health Technology Assessment (HTA).

Il nostro sistema sanitario, come peraltro quello di tutti i paesi sviluppati, si trova ad affrontare il problema della soddisfazione di crescenti bisogni assistenziali con una quantità di risorse disponibili limitata per definizione. In particolare, è coinvolto anche in contesti dove sempre di più i costi crescenti di una tecnologia sanitaria si confrontano con risorse non infinite.

Tale situazione implica la necessità di valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche, delle tecnologie da utilizzare e dei modelli organizzativi con l'obiettivo di individuare l'allocazione ottimale delle risorse disponibili.

Una possibile risposta alla problematica del disallineamento fra bisogni di salute e le risorse per soddisfarli, arriva dall' Health Technology Assessment (HTA) – Valutazione delle Tecnologie Sanitarie; tale area svolge una importante funzione di supporto alle decisioni ai diversi livelli del sistema : macro, nazionale ; meso, regionale e provinciale ; micro, ASL e AO.

Queste riguardano l'introduzione di apparecchiature elettromedicali, uso di dispositivi medici, procedure e servizi all'interno dei sistemi e delle strutture sanitarie, valutandone le implicazioni cliniche, economiche ed organizzative.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto ed indiretto, nel breve e lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

L' Health Technology Assessment (HTA), nell'attuale complesso contesto in cui sono chiamate ad agire le aziende sanitarie, si profila pertanto come uno strumento utile per i "decisori".

Tradizionalmente, essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori, producendo informazioni a supporto dei processi decisionali. Informazioni che consentano ai responsabili delle Politiche Sanitarie di poter decidere sulla migliore allocazione delle risorse sulla base di criteri legati ai bisogni della popolazione, all'efficacia ed all'appropriatezza di utilizzo delle tecnologie sanitarie oltre che sul loro impatto economico ed organizzativo, sociale ed etico.

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008 indica, tra le strategie del sistema sanitario da adottare, la "promozione di innovazione, ricerca e sviluppo", inteso quale fattore in grado di garantire l'adeguamento del sistema alle innovazioni in campo scientifico e tecnologico in uno con le esperienze europee più avanzate ricomprese nel Programma Quadro dell'Unione Europea con la denominazione di "piattaforme tecnologiche".

In tale programma strategico si inserisce "l'ammodernamento strutturale e tecnologico e l'Health Technology Assessment (HTA)".

7.11 Modalità di assistenza all'epilessia

In applicazione della L.R. n. 11/2006 è istituito presso l'azienda ospedaliera universitaria Federico II il Centro regionale di riferimento per l'epilessia allo scopo di assicurare:

- a) il miglioramento della qualità di vita alle persone con epilessia ed alle loro famiglie attraverso una efficace assistenza socio-sanitaria;
- b) una diminuzione dei costi socio-sanitari diretti, indiretti e intangibili attraverso diagnosi precoci ed adeguate terapie.

Il Centro, nell'ambito degli indirizzi programmatici predisposti dal piano ospedaliero regionale, attua gli interventi previsti dalla citata Legge regionale e ne garantisce il monitoraggio.

7.12 Nutrizione artificiale

In coerenza con quanto disposto dalla Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 236 del 16.02.05 si dispone che debba essere prevista l'istituzione di strutture deputate allo svolgimento delle funzioni connesse alla Nutrizione Clinica e alla Nutrizione Artificiale Domiciliare presso l'AORN MOSCATI di Avellino, RUMMO di Benevento, S.SEBASTIANO di Caserta, RUGGI D'ARAGONA DI SALERNO, COTUGNO di Napoli, SANTOBONO di Napoli e presso le AOUP FEDERICO II e SUN oltre l'attività già svolta presso il PO Pellegrini di Napoli.

CAPITOLO_8: I COSTI

La disamina di cui alle pagine che seguono consente di avere il quadro complessivo del "costo" del Servizio Sanitario Regionale ma anche di comprenderne la configurazione.

Nella nostra Regione, così come è possibile constatare dai dati che si forniscono, a fronte di un indice posti letto/abitante più basso rispetto ad altre parti d'Italia, riscontriamo costi più elevati. Il Servizio Sanitario Regionale "consuma", da solo, circa il 60% dell'intero bilancio regionale. Tutto ciò impone al legislatore regionale una severa azione di rivisitazione dell'organizzazione del servizio che, senza mortificare ulteriormente le aspettative dei cittadini, colga le criticità del sistema e vi ponga rimedio.

Si ritiene pertanto indispensabile, in sede di programmazione del Servizio Ospedaliero Regionale, definire - così come è stato fatto nei precedenti capitoli per quanto concerne gli obiettivi politici e sociali - alcuni principi, in chiave economica, che debbono presiedere a tale compito:

- 1) Determinazione dei fondi da ripartire alle AASSLL in base alla definizione di una quota capitaria uguale per ciascun cittadino avente diritto, corretta in ragione delle seguenti variabili dipendenti da particolari caratteristiche geomorfologiche del territorio di residenza, dalla variabilità demografica stagionale ovvero da speciali caratteristiche del servizio erogato. In particolare vanno considerati i seguenti elementi:
 - a) residenza nelle isole
 - b) residenza in territori di montagna
 - c) alta specialità
 - d) aziende universitarie
- 2) I Direttori Generali delle Aziende potranno destinare l'1% del Fondo Sanitario, annualmente ripartito, a spese di investimento per l'ammodernamento tecnologico, in coerenza con le previsioni programmatiche del PRO e con gli interventi, in corso di espletamento, del Programma Straordinario di Edilizia Straordinaria ex art. 20 L. 67/1988. I Direttori Generali dovranno inoltre destinare il 20% del ricavato dalla vendita di immobili alienabili, perché non gravati da destinazione sanitaria vincolata, a spese di investimento. I Direttori generali dovranno altresì provvedere alla redistribuzione delle risorse reperite mediante la razionalizzazione dell'organizzazione esistente tenendo conto delle performance sanitarie dei presidi e del loro livello di produttività, sempre in coerenza rispetto alle scelte di programmazione previste nel seguente Piano, così come definito nel precedente Cap.4.

La logica complessiva che informa tali principi mira a garantire che le Istituzioni si facciano pieno carico del Diritto alla Salute, assumendo il "beneficio sociale" tra gli elementi da considerare nell'analisi costi/benefici delle Aziende Sanitarie.

Doverosamente, le Istituzioni si fanno anche carico, nel rispetto delle professionalità e delle competenze riconosciute alle Direzioni Generali, della necessaria azione di controllo rispetto alla piena attuazione del soddisfacimento del medesimo Diritto alla Salute dei cittadini, consape-

voli della permanente validità del Patto sociale che nella delega ai rappresentanti politici trova la sua massima espressione.

L'organizzazione sanitaria nazionale attraversa da tempo una complessa fase di metamorfosi, oggi particolarmente vivace, alla ricerca dei più adeguati equilibri operativi che consentano di esprimere una corretta, efficace ed efficiente integrazione funzionale e modulazione dei diversi livelli di intervento assistenziale.

In questo fervore di idee e di azioni viene a collocarsi la pluralità degli indirizzi di programmazione regionale che, per quanto riguarda gli aspetti di assistenza ospedaliera, documentano ricerche di prospettive che possano soddisfare adeguatamente le aspettative e le sollecitazioni delle popolazioni interessate.

In applicazione dei principi e metodi raccomandati sin dalla fine degli anni '60 dall'O.M.S., è di diffuso convincimento che una valida e corretta programmazione ospedaliera preferibilmente non vada vincolata ad inquadramenti che non tengano conto di riferimenti calibrati ai bisogni del territorio, ma si debba esprimere in una funzione di corrispondenza alle necessità assistenziali quali dinamicamente si manifestano nella loro evoluzione e nel loro divenire.

Si è pertanto voluto dare evidenza ed attenzione alla necessità di garantire ai cittadini un sistema assistenziale equo e moderno, rispondente alle aspettative umane e sociali delle popolazioni servite, considerando in particolare la centralità del paziente in funzione dei risultati attesi, secondo principi e comportamenti di etica in sanità quali definiti e diffusi dal gruppo di Tavistock sin dal 1999 e ripresi nel Piano Sanitario Nazionale 2003/2005.

RIEPILOGO COSTI E RICAVI 2003 - 2005 (tabelle fornite dall'assessorato alla sanità e dall'ARSan))

ASL	Tipologia	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
AV 1	PO	58.373	58.484	59.541	36.344	26.392	24.761	62,3	45,1	41,6
AV 2	PO	23.429	24.147	26.531	15.547	15.801	15.211	66,4	65,4	57,3
BN 1	PO	23.902	25.309	26.839	15.243	13.829	13.881	63,8	54,6	51,7
CE 1	PO	93.526	104.938	97.566	66.010	48.532	48.366	70,6	46,2	49,6
CE 2	PO	109.846	122.534	120.546	64.358	57.809	57.590	58,6	47,2	47,8
NA 1	PO	460.453	552.949	615.734	228.623	203.866	201.782	49,7	36,9	32,8
NA 2	PO	102.928	97.373	102.122	54.052	54.281	59.382	52,5	55,7	58,1
NA 3	PO	37.268	32.410	42.501	15.665	16.743	17.973	42,0	51,7	42,3
NA 4	PO	86.461	89.755	91.891	47.935	32.727	21.783	55,4	36,5	23,7
NA 5	PO	154.410	201.949	224.107	85.025	81.952	80.427	55,1	40,6	35,9
SA 1	PO	90.632	170.551	181.359	126.869	102.512	107.919	140,0	60,1	59,5
SA 2	PO	123.203	123.509	282.474	105.596	88.850	91.602	85,7	71,9	32,4
SA 3	PO	125.391	140.739	157.322	98.951	91.873	98.662	78,9	65,3	62,7
totale		1.489.822	1.744.647	2.028.533	960.218	835.167	839.339	64,5	47,9	41,4

ASL	Tipologia	Nome/ISTI	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
AV	AO	S.G. MOSCATI	120.140	130.319	154.201	95.197	97.390	97.657	79,2	74,7	63,3
BN	AO	G.RUMMO	90.990	107.352	115.345	62.327	67.825	70.820	68,5	63,2	61,4
CE	AO	SAN SEBASTIANO	111.702	134.618	145.202	75.495	79.316	78.956	67,6	58,9	54,4
NA	AO	A. CARDARELLI	272.505	314.839	354.258	159.952	166.560	170.976	58,7	52,9	48,3
NA	AO	SANTOBONO + PAUSILIPON	98.350	101.009	100.712	44.066	41.789	41.800	44,8	41,4	41,5
NA	AO	V MONALDI	137.649	166.356	176.229	97.465	97.394	93.826	70,8	58,5	53,2
NA	AO	PASCALE	57.843	73.969	78.526	41.258	36.786	40.740	71,3	49,7	51,9
NA	AO	COTUGNO	59.228	61.373	66.659	26.111	26.533	24.780	44,1	43,2	37,2
SA	AO	S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI	156.188	157.932	172.473	101.058	102.108	100.835	64,7	64,7	58,5
NA	AOU	SECONDA UNIVERSITA'	100.000			63.812			63,8		
NA	AOU	FEDERICO II	155.000			121.040			78,1		
TOTALE			1.359.595	1.247.767	1.363.605	887.781	715.701	720.391	65,3	57,4	52,8

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE
Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania.

Regione Campania - Bilancio 2003

SPESA Ambito 4

Quadro generale riassuntivo a legislazione vigente 2004

4.15 Promozione e tutela della salute	2003
Residui	317.117.939,49
Competenza	8.140.774.364,02
Cassa	8.432.892.303,00

4.16 Assistenza e servizi sociali	2003
Residui	100.724.970,81
Competenza	128.628.469,62
Cassa	93.701.818,91

Totale su ambito 4	2003
Residui	417.842.910,30
Competenza	8.269.402.833,74
Cassa	8.526.594.122,42

4.15 Promozione e tutela della salute

4.15.38 Assistenza sanitaria - 4.15.38.(0.1) Spese correnti	2003
Residui	312.982.645,86
Competenza	8.137.492.823,27
Cassa	8.425.475.469,1

4.15.39 Interventi per le strutture sanitarie- 4.15.39. (0.1) Spese correnti	2003
Residui	3.303.774,78
Competenza	1.679.001,38
Cassa	4.982.776,16
4.15.39 Interventi per le strutture sanitarie - 4.15.39. (0.2) Spese per investimenti	2003
Residui	=
Competenza	=
Cassa	=

4.15.40 Servizi di medicina veterinaria- 4.15.40 (0.1) Spese correnti	2003
Residui	=
Competenza	=
Cassa	=
4.15.40 Servizi di medicina veterinaria - 4.15.40. (0.2) Spese per investimenti	2003
Residui	831.516,85
Competenza	1.602.539,37
Cassa	2.434.058,22

4.16 - Assistenza e servizi sociali

4.16.41 Assistenza - 4.16.41. (0.1) Spese correnti	2003
Residui	87.747.968,67
Competenza	119.419.341,48
Cassa	82.525.851,11
4.16.41 Assistenza 4.16.41. (0.2) Spese per investimenti	2003
Residui	=
Competenza	=
Cassa	=

4.16.44 Anziani - 4.16.44. (0.1) Spese correnti	2003
Residui	5.690.125,81
Competenza	4.014.448,99
Cassa	5.690.125,81
4.16.116 Immigrazione 4.16.116- (0.1) Spese correnti	2003
Residui	7.286.876,33
Competenza	5.194.679,25
Cassa	5.485.841,99
4.16.116 Immigrazione 4.16.116. (0.2) Spese per investimenti	2003
Residui	=
Competenza	=
Cassa	=
4.16.120 Emigrazione 4.16.120. (0.1) Spese correnti	2003
Residui	=
Competenza	=
Cassa	=
Somma su obiettivo 4.16	2003
Residui	100.724.970,81
Competenza	128.628.469,72
Cassa	93.701.818,91

8.1 Dati Economici Provincia di AVELLINO

8.1.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
AV 1	PO	ARIANO IRPINO	32.340	31.838	32.414	20.145	15.948	14.719	62,3	50,1	45,4
AV 1	PO	BISACCIA	8.300	10.393	10.584	4.935	4.157	3.876	59,5	40,0	36,6
AV 1	PO	S.ANGELO dei LOMBARDI	17.733	16.253	16.543	11.264	6.287	6.166	63,5	38,7	37,3
AV 2	PO	SOLOFRA	23.429	24.147	26.531	15.547	15.801	15.211	66,4	65,4	57,3
AV	AO	AO S.G. MOSCATI	120.140	130.319	154.201	95.197	97.390	97.657	79,2	74,7	63,3
AV		TOTALE	201.942	212.950	240.273	147.088	139.582	137.629	72,8	65,5	57,3

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.1.2 Dati analitici 2003

cod	AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	% di copertura costi / fatturato
101	A.S.L. AVELLINO 1	36.344	58.373	62%
102	A.S.L. AVELLINO 2	15.547	23.429	66%
905	A.O. MOSCATI	95.197	120.140	79%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
P.O. ARIANO IRPINO	14.223	898	0	0	911	0	3.627	487	20.145	32.340	62%
P.O. G. GUGLIELMO - BISACCIA	3.737	10	450	0	0	0	711	27	4.935	8.300	59%
P.O. G. CRISCUOLI - S.ANGELO DEI L	8.739	77	0	0	0	0	2.447	0	11.264	17.733	64%
P.O. A. LANDOLFI - SOLOFRA	11.306	2.342	0	0	0	0	1.246	653	15.547	23.429	66%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. ARIANO IRPINO	457	44.081,71	70.765,86	6.207	1.163	-		389		33.334.000	33.334	32.340
P.O. G. GUGLIELMO - BISACCIA	162	30.460,65	51.234,57	1.520	31	185				9.511.000	9.511	8.300
P.O. G. CRISCUOLI - S.ANGELO DEI L	233	48.343,46	76.107,30	4.111	33	-				17.825.000	17.825	17.733
P.O. A. LANDOLFI - SOLOFRA	296	52.523,37	79.152,03	5.576	2.903	-				23.429.000	23.429	23.429

Azienda Ospedaliera MOSCATI

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
A.O. MOSCATI	70.064	17.999	0	0	0	0	6.062	1.072	95.197	120.140	79%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
A.O. MOSCATI	1600	59.498,38	75.087,50	22.053	16.420					111.533.000	111.533	120140

Legenda

- | | |
|--|--|
| 1 = Dimessi Acuti Ordinari RICAVI 2003 | 2 = Dimessi Acuti DH RICAVI 2003 |
| 3 = Dimessi Riabilitazione Ordinari RICAVI 2003 | 4 = Dimessi Riabilitazione DH RICAVI 2003 |
| 5 = Dimessi Lungodegenza Ordinari RICAVI 2003 | 6 = Dimessi Lungodegenza DH RICAVI 2003 |
| 7 = Ricavi 2003 Specialistica Ambulatoriale (STS 21) (1) | 8 = Pronto Soccorso 2003 (2) |
| 9 = Costo della Produzione 2003 (CP o CE) (3) | 10 = % di copertura dei costi con il fatturato |

Legenda

- | | |
|---|---|
| A = Personale al 31/12/2002 | B = Ricavi x Unità di Personale (Euro) |
| C = Costi x Unità di Personale (Euro) | D = Dimessi Acuti Ordinari Casi 2003 |
| E = Dimessi Acuti DH Casi 2003 | F = Dimessi Riabilitazione Ordinari Casi 2003 |
| G = Dimessi Riabilitazione DH Casi 2003 | H = Dimessi lungodegenza ordinari Casi 2003 |
| I = Dimessi lungodegenza DHCasi 2003 | L = Costo della Produzione 2002 (CP o CE) |
| M = Costo della Produzione 2002 (CP o CE) | N = Costo della Produzione 2003 (CP o CE) (3) |

8.2 Provincia di BENEVENTO

8.2.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
BN 1	PO	S.AGATA dei GOTI	8.699	9.304	10.298	3.766	3.848	4.584	43,3	41,4	44,5
BN 1	PO	CERRETO SANNITA	15.203	16.005	16.541	11.477	9.982	9.297	75,5	62,4	56,2
BN	AO	AO G.RUMMO	90.990	107.352	115.345	62.327	67.825	70.820	68,5	63,2	61,4
BN 1		TOTALE	114.892	132.661	142.184	77.570	81.654	84.701	67,5	61,6	59,6

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.2.2 Dati analitici 2003

AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	%copertura costi /fatturato
A.S.L. BENEVENTO	15.244	23.902	64%
A.O. G. RUMMO	62.327	90.990	68%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICA VI	9	10
P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - S.AGATA	2.436	56	0	0	0	0	1.161	113	3.766	8.699	43%
P.O. S. MARIA DELLE GRAZIE - CERRE	9.003	923	0	0	0	0	980	572	11.477	15.203	75%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - S.AGATA	145	25.975,10	59.993,10	1.020	56					8.117.000	8.117	8.699
P.O. S. MARIA DELLE GRAZIE - CERRE	245	46.845,61	62.053,06	4.379	1.733					15.923.000	15.923	15.203

Azienda Ospedaliera RUMMO

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICA VI	9	10
AO RUMMO	46.862	8.353	0	23	0	0	5.831	1.257	62.327	90.990	68%

Descrizione istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
AO RUMMO	1333	46.756,66	68.259,56	18.812	13.359					83.844.000	83.844	90990

Legenda : Vedi legenda 8.1.2

8.3 Provincia di CASERTA

8.3.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
CE 1	PO	MARCIANISE	19.519	21.610	21.090	11.541	8.537	8.502	59,1	39,5	40,3
CE 1	PO	MADDALONI	26.636	29.349	28.370	20.483	15.495	15.012	76,9	52,8	52,9
CE 1	PO	PIEDIMONTE MATESE	30.606	34.862	29.709	21.815	15.391	16.078	71,3	44,1	54,1
CE 1	PO	S.FELICE a CANCELLO	16.765	19.117	18.397	12.171	9.109	8.774	72,6	47,7	47,7
CE 1	PO	TEANO	0	8.578	8.370	0	267	1.763			
CE 2	PO	S.MARIA CAPUA VETERE	23.206	25.247	23.947	12.325	9.594	9.887	53,1	38,0	41,3
CE 2	PO	CAPUA	18.414	20.409	19.135	11.692	8.687	7.759	63,5	42,6	40,5
CE 2	PO	SESSA AURUNCA	18.550	21.875	22.214	12.129	11.954	12.180	65,4	54,6	54,8
CE 2	PO	AVERSA	49.676	55.003	55.250	28.212	27.575	27.765	56,8	50,1	50,3
CE	AO	SAN SEBASTIANO	111.702	134.618	145.202	75.495	79.316	78.956	67,6	58,9	54,4
CE 2		TOTALE	315.074	370.668	371.684	205.863	185.924	186.676	65,3	50,2	50,2

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.3.2 Dati analitici 2003

AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	% di copertura dei costi con il fatturato
A.S.L. CASERTA 1	66.009	93.526	71%
A.S.L. CASERTA 2	64.358	109.846	59%
A.O. CASERTA	75.495	111.702	68%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
P.O. MARCIANISE	7.332	793	0	0	0	0	2.296	1.119	11.541	19.519	59%
P.O. MADDALONI	12.329	3.482	0	0	0	0	3.785	886	20.483	26.636	77%
P.O. AVE GRATIA PLENA - P.MATESE	16.364	1.185	0	0	0	0	4.266	0	21.815	30.606	71%
P.O. AVE GRATIA PLENA - S.F. A CAN	5.947	3.358	0	0	0	0	2.822	44	12.171	16.765	73%
P.O. SAN GIUSEPPE E MELORIO - S.M.	8.176	370	0	0	561	0	1.523	1.695	12.325	23.206	53%
P.O. F.PALASCIANO - CAPUA	8.703	248	0	0	0	0	612	2.128	11.692	18.414	63%
P.O. SAN ROCCO - SESSA AURUNCA	10.049	197	0	0	0	0	393	1.489	12.129	18.550	65%
P.O. MOSCATI - AVERSA	19.898	1.624	0	0	0	0	1.856	4.835	28.212	49.676	57%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. MARCIANISE	326	35.400,67	59.874,23	4.314	853					19.562.000	19.562	19.519
P.O. MADDALONI	424	48.308,19	62.820,75	6.857	939					26.735.000	26.735	26.636
P.O. Ave Gratia Plena - P.Matese	555	39.305,91	55.145,95	7.357	2.383					31.351.000	31.351	30.606
P.O. Ave Gratia Plena - S.F. A Can	286	42.554,88	58.618,88	1.765	2.615					16.362.000	16.362	16.765
P.O. San Giuseppe E Melorio - S.M.	452	27.267,40	51.340,71	4.420	236			275		23.365.000	23.365	23.206
P.O. F.PALASCIANO - CAPUA	480	24.358,27	38.362,50	4.621	368					20.833.000	20.833	18.414
P.O. SAN ROCCO - SESSA AURUNCA	517	23.460,39	35.880,08	4.682	207					20.072.000	20.072	18.550
P.O. MOSCATI - AVERSA	1.095	25.764,69	45.366,21	.995	1.931					50.080.000	50.080	49.676

AZIENDA OSPEDALIERA S.SEBASTIANO - CASERTA

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
AO S.SEBASTIANO	63.920	6.032	1.935	142	0	0	1.870	1.596	75.495	111.702	68%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
AO S.SEBASTIANO	1508	50.063,09	74.072,94	22.667	7.41	717	202			111.702.000	111.702	111.702

Legenda : Vedi legenda 8.1.2

8.4 Provincia di SALERNO

8.4.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione	Costo produzione	Costo produzione	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi	% copertura costi	% copertura costi
SA 1	PO	CAVA DE' TIRRENI	ND	33.845	34.168	ND	16.827	17.364	ND	49,7	50,8
SA 1	PO	NOCERA	47.466	73.477	83.073	68.593	47.619	52.578	144,5	64,8	63,3
SA 1	PO	PAGANI	8.286	12.834	13.887	11.165	8.539	8.845	134,7	66,5	63,7
SA 1	PO	SARNO	15.688	19.145	19.521	19.889	12.836	12.752	126,8	67,0	65,3
SA 1	PO	SCAFATI	19.192	31.250	30.710	27.222	16.691	16.379	141,8	53,4	53,3
SA 2	PO	OLIVETO CITRA	19.083	19.482	37.439	17.155	16.958	17.224	89,9	87,0	46,0
SA 2	PO	EBOLI	31.652	31.897	85.731	32.992	27.142	27.803	104,2	85,1	32,4
SA 2	PO	BATTIPAGLIA	31.567	31.133	77.016	21.544	18.931	20.160	68,2	60,8	26,2
SA 2	PO	MERCATO SANSEVERINO	27.919	28.454	53.888	25.184	20.768	21.224	90,2	73,0	39,4
SA 2	PO	SALERNO	12.982	12.543	28.400	8.721	5.051	5.192	67,2	40,3	18,3
SA 3	PO	POLLA	39.951	41.828	43.234	31.555	28.641	28.843	79,0	68,5	66,7
SA 3	PO	SAPRI	23.377	24.285	25.306	17.705	14.722	15.419	75,7	60,6	60,9
SA 3	PO	VALLO DELLA LUCANIA	50.129	54.178	57.156	40.376	36.597	39.089	80,5	67,5	68,4
SA 3	PO	ROCCADASPIDE	11.934	13.067	13.976	9.315	8.709	8.283	78,1	66,7	59,3
SA 3	PO	AGROPOLI	ND	7.381	17.650	ND	3.204	7.028	ND	43,4	39,8
SA	AO	RUGGI D'ARAGONA	156.188	157.932	172.473	101.058	102.108	100.835	64,7	64,7	58,5
SA 3	PO	TOTALE	495.414	592.731	793.628	432.474	385.342	399.018	87,3	65,0	50,3

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.4.2 Dati analitici 2003

AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	% di copertura dei costi con il fatturato
A.S.L. SALERNO 1	108.202	153.045	71%
A.S.L. SALERNO 2	105.596	123.203	86%
A.S.L. SALERNO 3	98.952	125.391	79%
A.O. S.G.DI DIO E RUGGI D ARAGONA	101.058	156.188	65%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
P.O. UMBERTO I - NOCERA	37.423	5.163	0	0	0	0	3.690	1.191	47.466	68.593	69%
P.O. A.TORTORA - PAGANI	6.324	997	0	1	0	0	599	364	8.286	11.165	74%
P.O. VILLA MALTA - SARNO	11.167	740	0	0	0	0	1.214	2.567	15.688	19.889	79%
P.O. SCAFATI	13.873	1.332	0	0	0	0	1.726	2.262	19.192	27.222	71%
P.O. S.FRANCESCO D ASSISI - OLIVET	14.124	2.001	0	0	0	0	14	1.016	17.155	19.083	90%
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	25.095	2.198	0	0	0	0	5.377	322	32.992	31.652	104%
P.O. S.MARIA DELLA SPERANZA - BATT	14.641	2.424	0	0	0	0	3.717	762	21.544	31.567	68%
P.O. CURTERI - MERCATO S.SEVERINO	18.343	3.990	0	0	0	0	2.319	532	25.184	27.919	90%
P.O. G.DA PROCIDA - SALERNO	4.978	788	798	62	0	0	2.095	0	8.721	12.982	67%
P.O. POLLA	25.366	2.444	0	0	0	0	3.503	243	31.555	39.951	79%
P.O. DELL IMMACOLATA - SAPRI	13.691	2.062	0	0	0	0	1.761	191	17.705	23.377	76%
P.O. SAN LUCA - VALLO DELLA LUCANI	33.603	3.049	0	0	0	0	2.562	1.163	40.376	50.129	81%
P.O. ROCCADASPIDE	7.367	1.032	0	0	0	0	724	192	9.315	11.934	78%
A.O. S.G.DI DIO E RUGGI D ARAGONA	90.899	6.962	0	0	0	0	3.197	0	101.058	156.188	65%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. UMBERTO I - NOCERA	810	58.600,14	84.682,72	14.605	5.106	-	-	-	-	59.956.000	59.956	68.593
P.O. A.TORTORA - PAGANI	250	33.144,29	44.660,00	2.178	1.105	1	6	-	-	9.895.000	9.895	11.165
P.O. VILLA MALTA - SARNO	339	46.276,36	58.669,62	5.572	774	-	-	-	-	19.385.000	19.385	19.889
P.O. SCAFATI	490	39.167,87	55.555,10	6.628	1.977	-	-	-	-	31.914.000	31.914	27.222
P.O. S.FRANCESCO D ASSISI - OLIVET	344	49.868,74	55.473,84	6.012	2.500	-	-	-	-	20.433.000	20.433	19.083
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	667	49.462,61	47.454,27	11.144	3.062	-	-	-	-	33.496.000	33.496	31.652
P.O. S.MARIA DELLA SPERANZA - BATT	588	36.639,74	53.685,37	6.549	2.768	-	-	-	-	32.792.000	32.792	31.567
P.O. CURTERI - MERCATO S.SEVERINO	507	49.672,83	55.067,06	7.842	3.921	-	-	-	-	29.025.000	29.025	27.919
P.O. G.DA PROCIDA - SALERNO	258	33.802,13	50.317,83	1.497	529	110	82	-	-	13.870.000	13.870	12.982
P.O. POLLA	619	50.977,22	64.541,20	11.028	4.229	-	-	-	-	37.266.000	37.266	39.951
P.O. DELL IMMACOLATA - SAPRI	401	44.152,43	58.296,76	6.517	4.071	-	-	-	-	21.443.000	21.443	23.377
P.O. SAN LUCA - VALLO DELLA LUCANI	651	62.021,72	77.003,07	14.183	4.165	-	-	-	-	47.728.000	47.728	50.129
P.O. ROCCADASPIDE	111	83.923,13	107.513,51	2.948	1.777	0	0	-	-	10.073.000	10.073	11.934
A.O. S.G.DI DIO E RUGGI D ARAGONA	2126	47.534,30	73.465,66	33.623	3.545	-	-	-	-	146.650.000	146.650	156.188

Legenda : Vedi legenda 8.1.2

8.5 Area Urbana NAPOLI

8.5.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
NA 1	PO	INCURABILI	27.137	32.159	44.637	12.228	11.455	11.908	45,1	35,6	26,7
NA 1	PO	LORETO MARE	58.806	73.386	79.220	39.649	34.380	34.921	67,4	46,8	44,1
NA 1	PO	ASCALES	41.192	53.536	55.379	25.606	19.425	20.049	62,2	36,3	36,2
NA 1	PO	CTO	56.564	59.984	64.677	18.965	15.685	16.373	33,5	26,1	25,3
NA 1	PO	PELLEGRINI	57.397	72.860	85.803	29.543	25.811	22.916	51,5	35,4	26,7
NA 1	PO	SAN PAOLO	74.546	70.792	78.685	32.174	26.425	26.162	43,2	37,3	33,2
NA 1	PO	SS ANNUNZIATA	24.279	31.126	34.278	10.113	10.776	9.852	41,7	34,6	28,7
NA 1	PO	SAN GIOVANNI BOSCO	66.046	92.639	88.866	33.814	33.418	31.167	51,2	36,1	35,1
NA 1	PO	S.GENNARO	49.183	58.289	75.126	24.542	25.033	26.977	49,9	42,9	35,9
NA 1	PO	CAPRI	5.303	8.178	9.063	1.989	1.458	1.457	37,5	17,8	16,1
NA	AO	A. CARDARELLI	272.505	314.839	354.258	159.952	166.560	170.976	58,7	52,9	48,3
NA	AO	SANTOBONO-PAUSILIPON	98.350	101.009	100.712	44.066	41.789	41.800	44,8	41,4	41,5
NA	AO	V.MONALDI	137.649	166.356	176.229	97.465	97.394	93.826	70,8	58,5	53,2
NA	AO	PASCALE	57.843	73.969	78.526	41.258	36.786	40.740	71,3	49,7	51,9
NA	AO	COTUGNO	59.228	61.373	66.659	26.111	26.533	24.780	44,1	43,2	37,2
NA	AOU	SECONDA UNIVERSITÀ	100.000	ND	ND	63.812	ND	ND	63,8	ND	ND
NA	AOU	A.O.U. FEDERICO II	155.000	ND	ND	121.040	ND	ND	78,1	ND	ND
NA 1		TOTALE	1.341.028	1.270.495	1.392.118	782.327	572.929	573.904	58,3	45,1	41,2

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.5.2 Dati analitici 2003

AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	% di copertura dei costi con il fatturato
A.S.L. NAPOLI 1	226.634	455.150	50%
A.O. CARDARELLI	159.952	272.505	59%
A.O. SANTOBONO/PAUSILLIPON	44.066	98.350	45%
A.O. MONALDI	97.465	137.649	71%
A.O.U. SECONDA UNIVERSITA'	63.812	100.000	64%
A.O.U. FEDERICO II	121.040	155.000	78%
FONDAZIONE PASCALE	41.258	57.843	71%
A.O. COTUGNO	26.111	59.228	44%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	9	10
P.O. INCURABILI - NAPOLI	9.151	726	0	0	0	0	2.010	340	12.228	27.137	45%
P.O. S.M. DI LORETO NUOVO - NAPOLI	32.682	1.765	1	202	0	0	738	4.262	39.649	58.806	67%
P.O. ASCALESI - NAPOLI	18.122	262	0	0	0	0	7.222	0	25.606	41.192	62%
P.O. CTO - NAPOLI	11.843	1.264	1.129	0	0	0	3.976	754	18.965	56.564	34%
P.O. PELLEGRINI - NAPOLI	20.314	854	0	0	0	0	2.976	5.400	29.543	57.397	51%
P.O. LORETO CRISPI - NAPOLI	0	1.075	0	0	0	0	2.354	0	3.429	12.119	28%
P.O. SAN PAOLO - NAPOLI	23.571	861	0	0	0	0	2.867	1.446	28.745	62.427	46%
P.O. SS. ANNUNZIATA - NAPOLI	9.572	541	0	0	0	0	0	0	10.113	24.279	42%
P.O. S.G. BOSCO - NAPOLI	25.562	1.269	0	0	0	0	4.218	2.765	33.814	66.046	51%
P.O. S.GENNARO - NAPOLI	18.736	4.194	0	0	0	0	1.611	0	24.542	49.183	50%
P.O. G.CAPILUPI - ANACAPRI	1.436	12	0	0	0	0	291	250	1.989	5.303	37%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. INCURABILI - NAPOLI	377	32.434,87	71.981,43	4.465	861	-	-			27.137.000	27.137	27.137
P.O. S.M. DI LORETO NUOVO - NAPOLI	681	58.221,31	86.352,42	14.804	1.495	1	42			58.806.000	58.806	58.806
P.O. ASCALESI - NAPOLI	492	52.044,07	83.723,58	7.929	470	-	-			41.192.000	41.192	41.192
P.O. CTO - NAPOLI	612	30.989,21	92.424,84	4.452	1.472	332	-			56.564.000	56.564	56.564
P.O. PELLEGRINI - NAPOLI	792	37.302,31	72.470,96	8.723	691	-	-			57.397.000	57.397	57.397
P.O. LORETO CRISPI - NAPOLI	168	20.407,97	72.136,90	-	1.231	-	-			12.119.000	12.119	12.119
P.O. SAN PAOLO - NAPOLI	664	43.290,41	94.016,57	13.769	719	-	-			62.427.000	62.427	62.427
P.O. SS. ANNUNZIATA - NAPOLI	397	25.474,44	61.156,17	6.027	1.141	-	-			24.279.000	24.279	24.279
P.O. S.G. BOSCO - NAPOLI	836	40.447,69	79.002,39	8.791	675	-	-			66.046.000	66.046	66.046
P.O. S.GENNARO - NAPOLI	681	36.037,47	72.221,73	7.513	4.468	-	-			49.183.000	49.183	49.183
P.O. G.CAPILUPI - ANACAPRI	88	22.596,79	60.261,36	862	14	-	-			5.979.000	5.979	5.303

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALE RICAVI	A	B
A.O. CARDARELLI	131.490	20.768	483	129	0	0	3.932	3.150	159.952	272.505	59%
A.O. SANTOBONO/PAUSILLIPON	34.444	5.603	0	0	0	0	2.259	1.760	44.066	98.350	45%
A.O. MONALDI	86.857	8.652	0	0	0	0	1.956	0	97.465	137.649	71%
A.O.U. SECONDA UNIVERSITA'	50.565	11.392	0	0	0	0	1.854	0	63.812	100.000	64%
A.O.U. FEDERICO II	91.013	26.193	183	411	0	0	3.240	0	121.040	155.000	78%
FONDAZIONE PASCALE	25.808	7.791	0	0	0	0	7.659	0	41.258	57.843	71%
A.O. COTUGNO	20.743	4.456	0	0	0	0	816	96	26.111	59.228	44%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
A.O. CARDARELLI	3523	45.402,14	77.350,27	75.835	21.695	59	80			272.505.000	272.505	272.505
A.O. SANTOBONO/PAUSILLIPON	1451	30.369,56	67.780,84	25.866	9.548	-	-			86.913.000	86.913	98350
A.O. MONALDI	1804	54.027,01	76.302,11	2.672	14.457	-	-			137.649.000	137.649	137.649
A.O.U. SECONDA UNIVERSITA'	2850	22.390,08	35.087,72	18.467	21.816	-	-			77.468.535	77.469	100.000
A.O.U. FEDERICO II	3518	34.405,78	44.059,12	35.608	44.911	86	173			128.466.848	128.467	155.000
FONDAZIONE PASCALE	693	59.535,84	83.467,53	7.899	6.192	-	-			51.786.378	51.786	57.843
A.O. COTUGNO	666	39.206,40	88.930,93	6.345	6.031	-	-			51.970.000	51.970	59.228

Legenda : Vedi legenda 8.1.2

8.6 ASL NA 2, NA 3, NA 4 e NA 5

8.6.1 Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati

ASL	Tipologia	SEDE	Costo produzione 2003	Costo produzione 2004	Costo produzione 2005	Fatturato 2003	Fatturato 2004	Fatturato 2005	% copertura costi 2003	% copertura costi 2004	% copertura costi 2005
NA 2	PO	GIUGLIANO	33.951	27.619	29.229	18.682	16.368	16.706	55,0	59,3	57,2
NA 2	PO	ISCHIA	24.082	21.764	22.372	8.533	7.789	8.938	35,4	35,8	40,0
NA 2	PO	POZZUOLI	42.068	47.990	50.521	26.583	30.124	33.739	63,2	62,8	66,8
NA 2	PO	PROCIDA	2.827	ND	ND	254	ND	ND	9,0	ND	ND
NA 3	PO	FRATTAMAGGIORE	37.268	32.410	42.501	15.665	16.743	17.973	42,0	51,7	42,3
NA 4	PO	NOLA	53.689	55.983	57.149	26.494	18.330	18.421	49,3	32,7	32,2
NA 4	PO	POLLENA TROCCHIA	32.772	33.772	34.742	21.441	14.397	3.362	65,4	42,6	9,7
NA 5	PO	CASTELLAMMARE	79.078	78.534	87.168	23.937	29.091	28.687	30,3	37,0	32,9
NA 5	PO	TORRE ANNUNZIATA	18.433	29.580	32.801	15.724	13.265	12.478	85,3	44,8	38,0
NA 5	PO	TORRE DEL GRECO	25.180	42.551	47.215	18.830	15.178	15.333	74,8	35,7	32,5
NA 5	PO	SORRENTO	31.719	51.284	56.923	26.534	24.419	23.928	83,7	47,6	42,0
NA PR.	PO	TOTALE	381.067	421.487	460.621	202.677	185.702	179.565	53,2	44,1	39,0

Per il costo della produzione fonte dati Modelli flussi informativi ministero salute modelli CP e CE

Per il Fatturato fonte dati schede di dimissione ospedaliera della Campania. - Valori economici in migliaia di €

8.6.2 Dati analitici 2003

AZIENDE	Ricavi in euro (Anno 2003)	Totale Costo della Produzione (Anno 2003)	% di copertura dei costi con il fatturato
A.S.L. NAPOLI 2	54.052	102.928	53%
A.S.L. NAPOLI 3	15.665	37.268	42%
A.S.L. NAPOLI 4	47.935	86.461	55%
A.S.L. NAPOLI 5	87.014	159.713	54%

Descrizione Istituto	1	2	3	4	5	6	7	8	TOT.RICAVI	9	10
P.O. GIUGLIANO	14.861	488	0	0	0	0	2.127	1.206	18.682	33.951	55%
P.O. ISCHIA	6.154	0	0	0	0	0	865	1.514	8.533	24.082	35%
P.O. PROCIDA	0	0	0	0	0	0	254	0	254	2.827	9%
P.O. POZZUOLI	21.834	1.809	0	0	0	0	2.940	0	26.583	42.068	63%
P.O. FRATTAMAGGIORE	11.551	1.693	0	0	0	0	632	1.788	15.665	37.268	42%
P.O. NOLA	17.920	4.403	550	305	217	0	1.725	1.375	26.494	53.689	49%
P.O. POLLENA TROCCHIA	13.143	3.652	0	0	0	0	1.444	3.203	21.441	32.772	65%
P.O. C.M.DI STABIA	16.085	745	0	0	0	0	2.868	4.239	23.937	79.078	30%
P.O. TORRE ANNUNZIATA	13.413	755	0	0	0	0	386	1.169	15.724	18.433	85%
P.OTORRE DEL GRECO	15.342	410	720	45	0	0	1.545	768	18.830	25.180	75%
P.O. SORRENTO	21.563	1.420	0	0	0	0	1.590	1.962	#	31.719	84%
TOTALE GENERALE	1.410.451	197.831	6.823	1.320	1.689	-	142.836	68.381	1.829.331	2.911.830	63%

Descrizione Istituto	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
P.O. GIUGLIANO	407	45.902,31	83.417,69	7.296	462					30.494.000	30.494	33.951
P.O. ISCHIA	276	30.915,81	87.253,62	4.206						18.897.000	18.897	24.082
P.O. PROCIDA	19	13.386,67	148.789,47							1.139.000	1.139	2.827
P.O. POZZUOLI	595	44.676,79	70.702,52	10.646	1.695					43.292.000	43.292	42.068
P.O. FRATTAMAGGIORE	460	34.053,36	81.017,39	6.192	1.936					35.825.000	35.825	37.268
P.O. NOLA	530	49.988,11	101.300,00	7.940	2.681	123	491	95		47.209.000	47.209	53.689
P.O. POLLENA TROCCHIA	354	60.568,71	92.576,27	7.140	2.674	-	-	-		28.564.000	28.564	32.772
P.O. C.M.DI STABIA	871	27.482,69	90.789,90	8.335	1.361	-	-	-		56.248.000	56.248	79.078
P.O. TORRE ANNUNZIATA	284	55.365,87	64.904,93	8.016	1.060	-	-	-		19.281.000	19.281	18.433
P.OTORRE DEL GRECO	438	42.990,34	57.488,58	8.248	457	117	13	-		27.969.000	27.969	25.180
P.O. SORRENTO	506	104540,47	126053,3	11259	1929	0	0	0		3E+07	32897	31719
TOTALE GENERALE	43.745	41.818,06	66.563,72	614.643	250.432	1.982	1.102	759	-	2.775.708.761		

Legenda : Vedi legenda 8.1.2

INDICE

CAPITOLO 1:	INTRODUZIONE	1
1.1	<i>Relazione introduttiva alla redazione del piano sanitario ospedaliero della Regione Campania.</i>	1
CAPITOLO 2:	INTRODUZIONE LEGISLATIVA NAZIONALE E REGIONALE : INDICATORI, STANDARD OBIETTIVI E VINCOLI.	5
2.1	<i>Inquadramento normativo e riforma del titolo V della Carta Costituzionale</i>	5
2.2	<i>Il Piano Ospedaliero nel contesto normativo nazionale.</i>	6
2.3	<i>Il Piano Ospedaliero nel contesto normativo regionale.</i>	7
2.4	<i>Obiettivi e contenuti del piano ospedaliero regionale. Indicatori, standard e vincoli.</i>	7
2.5	<i>L'intervento delle Aziende della Salute nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali.</i>	9
CAPITOLO 3:	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN REGIONE CAMPANIA; ANALISI DEL FABBISOGNO	10
CAPITOLO 4:	GLI STRUMENTI DELLA PIANIFICAZIONE	14
4.1	Premessa	14
4.1.1	Il Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP)	14
4.1.2	La stesura dei piani attuativi aziendali per i servizi ospedalieri 2007-2009	16
4.2	Analisi dei modelli organizzativi dell'erogazione dell'assistenza in regime di ricovero (dipartimenti, DH, DS, ospedalizzazione a domicilio).	16
4.2.1	Premessa	16
4.2.2	La organizzazione interna delle strutture ospedaliere	17
4.2.3	Le Caratteristiche funzionali degli Ospedali	21
4.2.4	I Dipartimenti	24
4.3	Il rapporto pubblico-privato	26
4.3.1	Il ruolo del privato accreditato nel panorama assistenziale regionale	26
4.3.2	La sperimentazione gestionale pubblico-privato	27
CAPITOLO 5:	EMERGENZA	28
5.1	Aspetti generali	28
5.2	Criteri di riorganizzazione della rete dell'emergenza in Regione Campania.	28
5.3	Le Centrali Operative	31
5.4	Primo soccorso territoriale	32
5.5	Il Sistema Trasporto Infermi (S.T.I.)	32
5.6	I livelli della rete dell'emergenza	33
5.6.1	I° livello della rete dell'emergenza	33
5.6.2	II° livello della rete dell'emergenza	33
5.6.3	III° livello della rete dell'emergenza	34
5.6.4	Organizzazione assistenza Pediatrica	36
5.6.5	Organizzazione assistenza neonatale	37
5.7	Aggiornamento e formazione del personale.	38
5.8	Disciplina dei ricoveri negli ospedali sedi delle funzioni di III° livello	39
5.9	Priorità assistenziali specialistiche in emergenza	39
5.9.1	Il Trauma _Center	39
5.9.2	Le Stroke Unit	41
5.9.3	Le emergenze cardiologiche	42
5.9.4	Le emergenze subacquee ed iperbariche	48
5.9.5	Bleeding center	49
5.9.6	Rete per le emergenze vascolari (R.E.V.)	49
CAPITOLO 6:	LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO E L'ANALISI DEL FABBISOGNO	50
6.1	Parametri di riferimento	50
6.1.1	Equità di accesso ed autosufficienza territoriale	50
6.1.2	Valutazione dei bisogni	51
6.2	Analisi del fabbisogno	52

6.2.1	Provincia di AVELLINO	56
6.2.2	Provincia di BENEVENTO	58
6.2.3	Provincia di CASERTA	60
6.2.4	Area urbana di NAPOLI (ASL NA 1)	62
6.2.5	Provincia di NAPOLI (AA.SS.LL. NA 2, NA 3, NA 4, NA 5)	64
6.2.6	Provincia di SALERNO	66
6.2.7	Previsioni di massima relative ad alcune discipline per l'intero territorio regionale	68
6.3	Altre funzioni assistenziali	69
6.4	Nuova edilizia sanitaria	70
CAPITOLO 7: LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIMODULAZIONE DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA PER IL TRIENNIO 2007-2009		71
7.1	Linee di indirizzo	71
7.2	Le discipline riabilitative	72
7.3	Gli elementi per la pianificazione oncologica in Campania	80
7.4	Ospedale senza dolore	84
7.5	Attività trapiantologica	85
7.5.1	Organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti	85
7.6	La salute mentale	88
7.6.1	Il servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura	89
7.6.2	Case di cura a indirizzo neuropsichiatrico.	92
7.7	La riorganizzazione dell'attività trasfusionale	93
7.7.1	Razionalizzazione del modello organizzativo	94
7.7.2	Sicurezza trasfusionale	97
7.7.3	Qualità, efficienza ed economicità delle attività di Immunoematologia e Medicina trasfusionale	97
7.7.4	Politica sociale in campo trasfusionale	98
7.8	La integrazione socio-sanitaria	98
7.8.1	Le RR.SS.AA.	99
7.8.2	Hospice	102
7.9	La Telemedicina	103
7.10	L'Health Technology Assessment (HTA).	104
7.11	Modalità di assistenza all'epilessia	105
7.12	Nutrizione artificiale	105
CAPITOLO 8: I COSTI		106
8.1	Dati Economici Provincia di AVELLINO	111
8.1.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	111
8.1.2	Dati analitici 2003	111
8.2	Provincia di BENEVENTO	112
8.2.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	112
8.2.2	Dati analitici 2003	112
8.3	Provincia di CASERTA	113
8.3.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	113
8.3.2	Dati analitici 2003	113
8.4	Provincia di SALERNO	114
8.4.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	114
8.4.2	Dati analitici 2003	114
8.5	Area Urbana NAPOLI	115
8.5.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	115
8.5.2	Dati analitici 2003	115

8.6	ASL NA 2, NA 3, NA 4 e NA 5	117
8.6.1	Costi e Ricavi 2003-2005 - dati aggregati	117
8.6.2	Dati analitici 2003	117
INDICE		118