

RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE, CON ADEGUATI INTERVENTI PER LA DISMISSIONE/RICONVERSIONE/RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI NON IN GRADO DI ASSICURARE ADEGUATI PROFILI DI EFFICIENZA E DI EFFICACIA; ANALISI DEL FABBISOGNO E VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA, CONSEQUENTE REVOCA DEGLI ACCREDITAMENTI PER LE CORRISPONDENTI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE; CONSEQUENTE MODIFICA DEL VIGENTE PIANO OSPEDALIERO REGIONALE IN COERENZA CON IL PIANO DI RIENTRO".

PARTE PRIMA

Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera

Premessa

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

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

1. DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO

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

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

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

- individuazione dei ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriately (DPCM 2001 e Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50% e 70% in regime di day-hospital o regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in day-hospital di tipo chirurgico con procedura non appropriata (individuati dal Patto per la Salute 2010-2012) e trasferimento del 50% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in regime di day-hospital con 1 accesso di tipo medico e trasferimento del 80% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico con una giornata di degenza e trasferimento del 70% in regime di day-hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico di soggetti ultrasessantacinquenni, nella maggior parte ripetuti, dimessi dalle unità operative mediche con una degenza superiore a 12 giorni, e trasferimento dell'80% in strutture dedicate di post acuzie denominate di lungo assistenza non ospedaliera;
- individuazione dei ricoveri corrispondenti ai codici 56, 75 e 60 di riabilitazione e lungodegenza da trasferire in strutture dedicate;
- esclusione dei ricoveri afferenti al DRG 391 "Neonato normale".

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

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

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

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

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

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

triennio, un indice programmatico per riabilitazione e/o lungodegenza di 0,5 per mille abitanti (pari a 2857 posti letto).

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

- la riduzione di 2017 posti letto per acuti,
- l'incremento di 907 posti letto per riabilitazione e/o lungodegenza,
- la riduzione complessiva 1.110 posti letto.

Al fine di determinare il fabbisogno di posti letto da ripartire per le singole province si è provveduto a sottrarre a tale valore i posti letto considerati di valenza regionale ovvero i posti letto la cui tipologia e specializzazione si traducono in attività con un bacino di utenza potenzialmente regionale. Si tratta dei posti letto delle Aziende Ospedaliere monospecialistiche e di quelli degli Istituti di ricerca a carattere scientifico:

- AO Santobono 346 p.l.
- AO Cotugno 274 p.l.
- IRCCS Pascale 221 p.l.
- IRCCS Maugeri 180 p.l.
- o Totale 1.021 p.l.

Il nuovo valore di posti letto così ottenuto, pari a 18.798 posti letto, rappresenta il fabbisogno "corretto" da ripartire alle singole province.

Lo standard programmatico di riferimento, sottratta la quota di posti letto a valenza regionale, si attesta in 3,23 posti letto comprensivo della quota di posti letto per la riabilitazione.

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

TAB. 2 – Quadro Regionale e Provinciale

Nuova Configurazione Attuale Configurazione

Standard Regionale di Riferimento:

Fabbisogno Posti Letto	19819	3,4	20929	3,6
Di cui Non acuti	2857	0,5	1950	0,3
Di cui acuti	16962	2,9	18979	3,3

Il nuovo indice comporta un incremento di 907 p.l. di riabilitazione e/o lungodegenza ed una riduzione di 2017 p.l. per acuti

Al fine di determinare il fabbisogno di posti letto per singola provincia si è provveduto a sottrarre al nuovo Fabbisogno Regionale di 19819 p.l. la quota di posti letto programmati a valenza regionale e precisamente:

AO Santobono	346
AO Cotugno	274
IRCCS Pascale	221
IRCCS Maugeri	180
Totale	1021

Si è ottenuto, in tal modo, il fabbisogno corretto di posti letto da ripartire a livello provinciale e precisamente:

19819-1021= 18798 posti letto totali

Tale valore comporta un indice tendenziale di riferimento per le Province pari a 3,23 comprensivo della quota di riabilitazione. Nelle tabelle sottostanti è riportata la dotazione di posti letto per singola provincia, così come desunta dai criteri riportati nel documento tecnico. In sintesi di rileva:

che la quota di posti letto ripartita a livello provinciale è pari a 18798, ovvero ai 3,23 per mille che la quota dei posti letto di riabilitazione è pari a 2794 contro i 1950 attuali (0,5 rispetto all'attuale 0,3). Tale incremento si ottiene anche per effetto della riconversione parziale in riabilitazione delle strutture così dette neuropsichiatriche, descritte in dettaglio nel documento tecnico

ATTUALE CONFIGURAZIONE

	Posti Letto	Pubblico	Privato	Popolazione Standard		Posti Letto	Pubblico	Privato	Popolazione Standard		DIFFERENZA	P.L. Totali	P.Pubblici	P.L. Privati
AV	1802	1132	670	4.10		AV	1550	975	575	439565	3,53	-252	-157	-95
di cui "non acuti"	149	149	0	0,34		di cui "non acuti"	215	140	75	0,49				
BN	1189	847	342	4,12		BN	1050	750	300	288726	3,64	-139	-97	-42
di cui "non acuti"	164	4	160	0,57		di cui "non acuti"	164	4	160	0,57				
CE	2593	1445	1148	2,87		CE	2621	1468	1153	904197	2,90	28	23	5
di cui "non acuti"	255	25	230	0,28		di cui "non acuti"	397	100	297	0,44				
NA	10306	7045	3261	3,35		NA	9767	6669	3098	3074375	3,18	-539	-376	-163
di cui "non acuti"	910	78	832	0,30		di cui "non acuti"	1263	236	1027	0,41				
SA	4038	2936	1102	3,65		SA	3810	2763	1047	1106099	3,44	-228	-173	-55
di cui "non acuti"	292	39	253	0,26		di cui "non acuti"	638	224	414	0,58				
Totale P.L.						Totale P.L.								
Provinciali	19928	13405	6523	3,43		Provinciali	18798	12625	6173			-1130	-780	-350
di cui "non acuti"	1770	295	1475	0,30		di cui "non acuti"	2677	704	1973					
P.L. CENTRALI	1001	821	180			P.L. CENTRALI	1021	841	180					
di cui "non acuti"	180	0	180			di cui "non acuti"	180	0	180					
TOTALE	20929	14226	6703	3,60		TOTALE	19819	13466	6353			-1110	-760	-350
di cui "non acuti"	1950	295	1655	0,34		di cui "non acuti"	2857	704	2153					

1.1. Il fabbisogno per singole discipline

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

In particolare sono stati considerati :

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

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

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

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

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

TAB – 3 Fabbisogno regionale di posti letto per singola disciplina

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Rete del Trauma Grave (Trauma Center).** I Centri Traumi di Alta Specializzazione fungono da ospedale di riferimento per i traumi dell'area di competenza e devono essere in grado di accogliere il paziente con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alta specialità. La distribuzione delle unità operative tiene conto dei bacini di utenza, pertanto, sulla base dello standard di 1 centro ogni 800.000/ 1.500.000 abitanti, viene definita la necessità di cinque trauma center, uno per la provincia di Avellino e Benevento (presso la AO Rummo), tre per la provincia di Napoli e per la provincia di Caserta (presso la AO Cardarelli, la AOU dell'Università Federico II ed il realizzando Ospedale del Mare) ed uno per la provincia di Salerno (presso la AOIU Ruggi d'Aragona). E' inoltre programmato un trauma center

pediatrico presso la AO Santobono Pausilipon quale centro di riferimento per tutta l'Italia meridionale.

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

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

- **Rete delle Cure Riabilitative e di Lungodegenza.** Il fabbisogno programmatico regionale per riabilitazione e/o lungodegenza, per il prossimo triennio, è stato determinato pari a 0,5 per mille abitanti. Tale indice tiene conto del fabbisogno di posti letto in unità operative di:
 1. Unità Spinale (cod. 28)
 2. Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56)
 3. Stato vegetativo persistente (cod. 56.99)
 4. Neuro-riabilitazione (cod. 75)
 5. Lungodegenza (cod. 60)

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

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

2. CRITERI PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

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

A) LA CONGRUITÀ DIMENSIONALE

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

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

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

L'applicazione di tale principio nella rete ospedaliera campana, caratterizzata dalla presenza di molte piccole strutture, coinvolge, di fatto circa il 50% delle case di cura attualmente in regime di provvisorio accreditamento, nonché 9 presidi ospedalieri pubblici:

TAB 4 – Presidi pubblici con meno di 100 posti letto

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

Data la specificità e la tipologia delle prestazioni erogate ed in considerazione della difficoltà, di garantire piena accessibilità alle cure in tempi brevi, sono temporaneamente escluse dal processo di riorganizzazione le case di cura private provvisoriamente accreditate con un numero di posti letto inferiore a 100, ma che hanno registrato, nell'anno 2009, un numero di parti superiore a 500, previa verifica del mantenimento del possesso dei requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi e dell'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati.

B) RICONVERSIONE IN PRESIDII TERRITORIALI DELLE STRUTTURE DISMESSE E RICLASSIFICAZIONE DELLA DESTINAZIONE DEI PRESIDII OSPEDALIERI

Le strutture ospedaliere pubbliche di piccole dimensioni e con bassa performance organizzativa si riqualificano in altra tipologia di offerta extraospedaliera, quali prestazioni di diagnostica

specialistica, di chirurgia ambulatoriale e attività di degenza con bassa e media complessità clinica ed alta tutela personale (in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, malati di Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, ecc.). Tale nuova offerta può dare una risposta più adeguata alle necessità espresse dai territori, garantendo anche percorsi di continuità assistenziale.

In particolare è previsto che le prestazioni in regime residenziale siano improntate ai principi dell'integrazione socio-sanitaria e siano inserite in un sistema di programmazione delle attività territoriali in cui il distretto sanitario assume il ruolo di nodo centrale della rete, capace di garantire il coordinamento e l'integrazione con le altre forme di assistenza, ivi incluse le cure primarie e domiciliari a diversa intensità, le prestazioni di assistenza domiciliare integrata e le cure palliative a favore di malati terminali.

Nella tabella che segue è riportata la destinazione delle strutture ospedaliere pubbliche di piccole dimensioni che si riconvertono:

TAB 5 – Strutture dismesse e loro destinazione

N.	ASL	PRESIDIO	P.L. attuali	Destinazione
1	AVELLINO	PO DI BISACCIA	64	Residenza sanitaria per anziani e centro polispecialistico territoriale
2	BENEVENTO	PO S.Giovanni di Dio - S.AGATA DEI GOTI	32	Poliambulatorio
3	BENEVENTO	PO S.Maria delle Grazie - CERRETO SANNITA	78	Ospedale di comunità* con 20 posti residenziali. Centro residenziale dei disturbi alimentari con 20 posti tra residenziali e semiresidenziali.
4	BENEVENTO	PO S.BARTOLOMEO IN GALDO	0	Ospedale di comunità* con 24 posti residenziali. RSA per anziani con 20 posti. Poliambulatorio.
5	CASERTA	PO TEANO	25	Residenza sanitaria per anziani.
6	CASERTA	PO Palasciano - CAPUA	38	Poliambulatorio.
7	NA1centro	PO Loreto Crispi – NAPOLI	16	Presidio di chirurgia ambulatoriale.
8	SALERNO	PO I. Giordano - CASTIGLIONE DI RAVELLO	10	Poliambulatorio.
9	SALERNO	PO Ospedale Civile – AGROPOLI	48	Centro oncologico territoriale e 20 posti per hospice.

* Per la configurazione e l'assetto organizzativo degli ospedali di comunità verranno emanate linee guida regionali.

La necessità di riequilibrare la dotazione pubblica di posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza alla luce del nuovo standard regionale, rappresenta sicuramente uno degli elementi di maggiore impatto nella riorganizzazione della rete. In determinati ambiti tale obiettivo si coniuga con quello di evitare la concentrazione e la duplicazione di posti letto per acuti pubblici e privati accreditati, nonché con la circostanza che, per taluni presidi, risulterebbe estremamente dispendioso o addirittura inattuabile, l'adeguamento ai requisiti di accreditamento istituzionale previsti per le strutture per acuti. I presidi ospedalieri che rientrano in tale categoria sono, come si evince dalla tabella sottostante, sia quelli che si riconvertono da acuti in presidi di riabilitazione, sia quelli che, data la contiguità territoriale con presidi di maggiore dimensione o in condizioni tali da poter in brevissimo tempo ospitare un congruo numero di posti letto, sono oggetto di processi di confluenza o, infine, quelli che vengono completamente dismessi.

Infine, la breve distanza che separa gli ospedali S.M. Addolorata di Eboli e S.M. della Speranza di Battipaglia, le condizioni strutturali e logistiche di entrambi che non consentono neppure la confluenza delle attività dell'uno nell'altro e, soprattutto, i maggiori costi di interventi di ristrutturazione edilizia rispetto a quelli di nuova edificazione, suggeriscono di realizzare un nuovo presidio dotato di 274 posti letto in grado di ospitare le attività di entrambe le strutture.

TAB 6 – Riclassificazione e nuova destinazione dei Presidi Ospedalieri

N.	ASL	PRESIDIO	P.L. attuali	RICLASSIFICAZIONE	P.L. progr.
1	CE	PO S.FELICE A CANCELLO	64	Ospedale ad indirizzo riabilitativo	80
2	CE	PO MADDALONI	84	Confluisce nel PO di Marclanise al termine dei lavori di ristrutturazione di quest'ultimo	
3	NA1c	PO Incurabili - NAPOLI	102	Dismesso	0
4	NA1c	PO Ascalesi – NAPOLI	169	Ospedale del Mare	450
5	NA1c	PO Annunziata - NAPOLI	87		
6	NA1c	PO Loreto Mare – NAPOLI	230		
7	NA3s	PO Apicella – POLLENA	125	Ospedale ad indirizzo riabilitativo	80
8	NA3s	PO Maresca – TORRE DEL GRECO	98	Ospedale ad indirizzo riabilitativo	98
9	NA3s	PO GRAGNANO	0	Confluisce nel PO S.Leonardo di Castellammare di Stabia	
10	SA	PO S.Maria dell'Olmo – CAVA DEI TIRRENI	115	Confluisce nel PO Villa Malta di Sarno	160
11	SA	PO M.Scafarto – SCAFATI	110	Ospedale ad indirizzo riabilitativo	80
12	SA	PO A.Fucito - MERCATO S.SEVERINO	162	Plesso della AO Ruggi d'Aragona di Salerno	150
13	SA	PO A.Tortora – PAGANI	45	Plesso del PO Umberto I di Nocera Inferiore	
14	SA	PO G.da Procida – SALERNO	88	Plesso della AO Ruggi d'Aragona di Salerno	60
15	SA	PO S.Francesco d'Assisi - OLIVETO CITRA	123	Ospedale ad indirizzo riabilitativo	80
16	SA	PO S.Maria Addolorata – EBOLI	226	Nuovo Ospedale della Valle del Sele	274
7	SA	PO S.Maria della Speranza – BATTIPAGLIA	154		

C. RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI

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

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

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

La valenza strategica della riorganizzazione della rete dell'emergenza impone l'elaborazione di una proposta operativa che deve riguardare l'organizzazione delle strutture deputate alla fase ospedaliera dell'urgenza ed emergenza (pronto soccorso, osservazione breve e Medicina d'Urgenza) e la fase extraospedaliera del soccorso (C.O. 118 - punti di primo intervento fissi e mobili – PSAUT e SAUT).

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

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

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

Dipartimento Integrato delle Emergenze

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

- provinciali:

DIE Avellino - DIE Benevento - DIE Caserta – DIE Salerno

- subprovinciali:

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

I DIE Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 1 centro, e il DIE Salerno sono interaziendali, comprendendo componenti facenti capo ad AASSLL e AAOO; i DIE Napoli 2 nord, Napoli 3 sud sono intraziendali, facenti capo alle sole AASSLL territoriali. Per il DIE Salerno è opportuno prevedere la implementazione di una funzione di sub-centrale nell'area sud della provincia, in considerazione della particolare conformazione orogeografica del territorio.

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

Il Consiglio del DIE è costituito dai responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali:

- della U.O. C.O.,
- della U.O. Emergenza territoriale,
- delle U.O. P.S. ed Osservazione breve, ovvero,

- delle U.O. P.S. osservazione breve e Medicina d'Urgenza,
- dai Direttori Servizi Infermieristici.

Al fine di rendere più tempestivi, ove necessario, i trasporti dei pazienti critici e ridurre così i tempi di intervento ottimizzando l'organizzazione del modello "hub & spoke", si provvederà a potenziare la rete esistente delle elisuperfici già presenti sul territorio campano, in tutte le tipologie previste dalla normativa vigente, favorendone lo sviluppo nelle aree prospicienti gli ospedali della rete dell'emergenza

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

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

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

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbidità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
- applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
- attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;

- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.

Organizzazione del Soccorso Sanitario

Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza e' costituito da:

- 1. un sistema di allarme sanitario C.O. 118;
- 2. un sistema territoriale di soccorso;
- 3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica.

Centrale Operativa 118

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

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

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

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

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

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

Emergenza Territoriale

Provvede a svolgere attività di soccorso extraospedaliero con il personale (infermiere, autista soccorritore, medico) e i mezzi assegnati (ambulanza, apparecchiature, strumenti) assegnati (anche se convenzionati con Enti ed Associazioni), nonché al controllo che mezzi e personale possiedano i requisiti previsti dalla normativa.

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

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

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1268 del 16/07/2009 si sono definite l'organizzazione dell'emergenza territoriale, le norme per l'utilizzo del personale e si è individuato il numero di postazioni PSAUT e SAUT attivabili presso ogni ASL (tabella 7).

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

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

TAB 7 – Postazioni SAUT e PSAUT programmate

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

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

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

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

Rete dei presidi ospedalieri dell'emergenza

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

In una apposita sezione del Piano di rientro dal disavanzo, sottoscritto tra Stato e Regione Campania, ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007, venivano richiesti specifici interventi di ristrutturazione della rete dell'emergenza nel senso di un superamento dell'attuale classificazione dei presidi pubblici ivi inseriti e la loro contestuale riclassificazione secondo le indicazioni contenute nel capitolo 5.6 del piano ospedaliero regionale (L.R. n. 24 del 19.12.2006) e le linee descritte nel documento di cui all'allegato 6 del Piano di Rientro stesso.

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

Le componenti costitutive minime per tale tipologia di presidi sono:

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

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

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

1. Gli ospedali sede di 1° livello assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Garantiscono gli interventi utili alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, con il coordinamento della centrale operativa. Le strutture appartenenti al 1° livello, sede di un servizio di pronto soccorso e accettazione, vanno individuate dalla programmazione regionale.
2. Gli ospedali sede del 2° livello devono assicurare pronto soccorso e accettazione, osservazione breve, rianimazione, e, contemporaneamente, interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano alle attività di pronto soccorso anche le UU.OO. di medicina d'urgenza afferenti alla disciplina di medicina generale. Inoltre, tali presidi devono garantire la presenza di personale in guardia attiva H24 nelle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, ortopedia.
3. Gli ospedali di 3° livello devono assicurare le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, ed altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per i grandi ustionati, la stroke unit, il trauma center.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAB 8 – Posti letto per livelli dell'emergenza

Livello	Descrizione	N. posti letto
1LcPS	Presidi ospedalieri programmati al 1° livello della rete dell'emergenza	993
2Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza	3.062
2Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo	509
3Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza	6.293
3Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo	476
3Livi	Presidio ospedaliero programmato per il 3° livello della rete dell'emergenza infettivologica	274
HI	Presidi ospedalieri allocati sulle isole	99
Plesso	Presidi ospedalieri confluiti quali stabilimenti di presidi inseriti nella rete dell'emergenza	215
		11.921

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

E' opportuno porre in rilievo che con tale intervento escono dalla rete dell'emergenza 16 presidi ospedalieri pubblici per un totale di 1.303 posti letto; di questi 9 ospedali sono riconvertiti in funzioni territoriali.

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

Vengono classificati come ospedali sedi di 2° livello 18 presidi per un totale di 3.062 posti letto.

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

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

C.2) La rete dell'emergenza cardiologica

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

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

L'applicazione pratica di questa organizzazione, secondo il modello "Hub & Spoke" presuppone da un canto l'individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i punti di produzione dei servizi classificati, in funzione della complessità, in "spoke" (UTIC senza EI), in hub di 1° livello (UTIC + EI) ed in hub di 2° livello (UTIC + EI + Cardiocirurgia) e dall'altro l'attivazione di schemi organizzativi e di una centrale operativa cardiologica, coordinata con la centrale operativa del 118, che siano in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente e la ricerca di strumenti di comunicazione che in modo rapido mettano in connessione i vari punti del sistema.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rete rappresenta una unità funzionale dotata di:

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

Essa deve garantire:

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

Schema operativo per l'organizzazione delle Emergenze Cardiologiche

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

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

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

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

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

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

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

- alla diagnosi e arruolamento precoce dei pazienti;
- all'iniziale trattamento medico ottimale;
- all'individuazione precoce dei pazienti ad alto rischio;

- al trasporto rapido presso i centri di riferimento di alta specializzazione ovvero le U.O. di cardiologia/UTIC dotate di emodinamica interventistica con o senza e cardiochirurgia.

Sul piano operativo:

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

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

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

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

I centri di alta specializzazione di riferimento (dotati di emodinamica interventistica e cardiocirurgia - centri Hub) sono sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli e pertanto devono garantire l'assistenza h24.

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

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

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

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

- AOU Università Federico II – Napoli

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- A.O. Cardarelli
- Osp. Loreto Mare

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

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

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

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

- A.O. Monaldi - SUN

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

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

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

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

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

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

- A.O. Monaldi - SUN

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

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

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

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

CENTRALE OPERATIVA AVELLINO - D.I.E. AVELLINO

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

- A.O. San Giuseppe Moscati – Avellino

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Ariano Irpino (AV)

CENTRALE OPERATIVA BENEVENTO - D.I.E. BENEVENTO

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

- A.O. San Giuseppe Moscati – Avellino

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- A.O. Rummo - Benevento

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – Benevento

CENTRALE OPERATIVA CASERTA - D.I.E. CASERTA

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

- A.O. San Sebastiano – Caserta

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

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

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Piedimonte Matese (CE)
- Osp. S.Rocco Sessa Aurunca (CE)

CENTRALE OPERATIVA SALERNO - D.I.E. SALERNO

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

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

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. Umberto I di Nocera I. (SA)
- Nuovo Osp. Valle del Sele (SA) (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sarno (SA)

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

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

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

Centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica:

- Osp. San Luca Vallo della Lucania (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

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

C.3) La rete dell'ictus cerebrale acuto: STROKE UNIT

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

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

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

- **Unità Ictus di 2° livello ("Stroke Units"):** costituite da aree dedicate all'ictus di tipo semintensivo, che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica derivante dalla partecipazione ai registri SITS-MOST e SITS-ISTR, dislocate in ospedali in cui è presente una U.O. di Neurologia, con personale adeguato alle necessità, una U.O. di Neuroradiologia e una di Neurochirurgia; in esse verrà organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.

- **Unità Ictus di 1° livello:** costituite da aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una U.O. di Neurologia; esse possono essere autorizzate a praticare la trombolisi sistemica previa verifica dei requisiti.
- **Aree dedicate all'ictus:** costituite da aree dedicate all'ictus in altre strutture ospedaliere e inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, per le quali non è prevista la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico. Esse si rapporteranno con le aree identificate nei punti 1) e 2) anche mediante teleconsulto.

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

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

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

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

In questa prospettiva, ovviamente, assumono importanza cruciale le connessioni fra i centri, per quanto riguarda la condivisione di modalità e strumenti operativi, di conoscenze e competenze specifiche, e di sistemi di raccolta e gestione delle informazioni.

Schema operativo per l'organizzazione delle Emergenze Stroke

La logica fondante è quella della creazione di una rete che offra una soluzione unitaria per la soddisfazione delle aspettative dei cittadini/utenti, attraverso un processo che permetta di

indirizzare con immediatezza il paziente presso l'Ospedale più idoneo al trattamento della condizione patologica, ed in grado di assicurare, quando indicati, tutti gli interventi utili nella fase acuta (rivascolarizzazione farmacologica, chirurgica e/o endovascolare; trattamento neurochirurgico delle lesioni emorragiche). Ciò è tanto più importante da quando sono disponibili prove di efficacia relativamente all'unica terapia eziologica, la terapia fibrinolitica, se praticata in pazienti selezionati sulla base di criteri clinici e di neuroimaging standardizzati (TAC, Ultrasonografia) che hanno dimostrato una riduzione significativa dell'incidenza dell'end point combinato morte-dipendenza, nei trattati entro 3 ore. È dimostrato che i migliori risultati con minori rischi si hanno entro 90' dall'esordio.

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

Essa deve inoltre provvedere al trasporto protetto del paziente.

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

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

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

- Centrale Operativa del 118 - mezzi di soccorso - Reparti di Medicina d'Urgenza – Osservazione – P.S. - Neurologia - Unità Stroke

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

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

In questo ambito un ruolo chiave è svolto dalle Unità di P. S , di Medicina d'Urgenza. e Neurologia, in quanto saranno queste strutture a provvedere:

- all'inquadramento clinico precoce del paziente (diagnosi di natura, gravità complessiva, comorbidità, indirizzo terapeutico)
- ad iniziare il trattamento ottimale.

Sul piano operativo:

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

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

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

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

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

Centro HUB 2 di riferimento :

- A.O. Cardarelli - Napoli
- AOU Federico II – Napoli (a regime)

Centro HUB 1 di riferimento :

- Osp. S. Paolo - Napoli

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

- Osp Pellegrini – Napoli

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

Centro HUB 2 di riferimento:

- Osp. Loreto Mare - Napoli
- Osp. S. M. delle Grazie – Pozzuoli (NA) (a regime)

Centro HUB 1 di riferimento:

- Osp. S. Paolo - Napoli

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

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

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

Centro HUB 2 di riferimento:

- Osp. S. G. Bosco – Napoli
- Osp. Loreto Mare - Napoli

Centro HUB 1 di riferimento:

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

Centri SPOKE presenti nel bacino d’utenza:

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

CENTRALE OPERATIVA AVELLINO - D.I.E. AVELLINO

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. San Giuseppe Moscati - Avellino

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Ariano Irpino (AV)

CENTRALE OPERATIVA BENEVENTO - D.I.E. BENEVENTO

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. Rummo – Benevento (a regime)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli – Benevento

CENTRALE OPERATIVA CASERTA - D.I.E. CASERTA

Centro HUB 2 di riferimento:

- A.O. San Sebastiano - Caserta

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. S. G. Moscati – Aversa (CE)

CENTRALE OPERATIVA SALERNO - D.I.E. SALERNO

Centro HUB 2 di riferimento:

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

Centro HUB 1 di riferimento:

- Nuovo Osp. Valle del Sele (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Sarno (SA)

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

Centro HUB 2 di riferimento:

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

Centro HUB 1 di riferimento:

- Osp. S.Arsenio - Polla (SA)

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- Osp. Dell'Immacolata – Sapri (SA)

C.4) Comitato Regionale per l'Emergenza Sanitaria

I Direttori dei Dipartimenti Integrati per l'Emergenza entrano a far parte del Comitato regionale per l'emergenza sanitaria, garantendo la equilibrata rappresentanza di tutte le 3 componenti organizzative dipartimentali. Devono trovarvi rappresentanza, inoltre, su invito, per specifiche problematiche, le diverse componenti del Volontariato, la Protezione Civile, i Vigili del Fuoco, le Forze dell'Ordine.

Il Comitato viene attivato nelle maxi-emergenze e svolge attività di supporto all'Assessorato alla sanità nelle seguenti materie:

- definizione, direttamente con i Direttori Generali, degli obiettivi, delle risorse economiche, strutturali e strumentali da affidare ai DIE, in rapporto ai volumi quali quantitativi di attività;
- definizione degli standard strutturali, operativi e clinici, nonché degli indicatori di qualità;
- definizione delle modalità di rapporto con gli Enti ed Associazioni di Volontariato (standard di convenzioni, operatività, requisiti);
- definizione delle linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
- individuazione dei finanziamenti specifici, (deve essere identificato il budget destinato da ciascuna Azienda all'attività del sistema);
- definizione di programmi di formazione e miglioramento della qualità;
- verifica dell'applicazione delle direttive;
- supporto all' Unità di Crisi regionale nelle attività in corso di maxiemergenza, secondo i piani operativi dei dipartimenti precedentemente approvati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel complesso si sono avuti nel 2008 un totale di:

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

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

Tuttavia il fenomeno della ricerca di posti all'esterno non è costante in tutta la Regione, ma è nettamente prevalente nelle 3 ASL napoletane. La mobilità passiva di Salerno, Avellino, Benevento

e Caserta ha riguardato complessivamente 146 ricoveri, mentre le tre ASL napoletane hanno dovuto cercare all'esterno complessivamente ben 449 ricoveri.

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

TAB 9 – Posti letto programmati per SPDC

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	P.L. programmati per P.O.	P.L. programmati per provincia	Pop. residente	P.L. programmati / pop.res.*10.000 ab
ASL Avellino	P.O. Landolfi (Solofra)	16	26	439.565	0,59
	P.O. Ariano Irpino	10			
AO	Rummo (BN)	10	10	288.726	0,35
AO	San Sebastiano (CE)	10	30	904.197	0,33
ASL Caserta	P.O. San Rocco (Sessa Aurunca)	10			
	P.O. Moscati (Aversa)	10			
AO	Monaldi (NA)	8	108	3.074.375	0,34
ASL NA1centro	San Gennaro (NA)	15			
	San G. Bosco (NA)	12			
	Osp. del Mare (NA)	8			
ASL NA2nord	S.M. delle Grazie (Pozzuoli)	15			
	S.G. di Dio (Frattammaggiore)	8			
	S. Giuliano (Giugliano)	10			
ASL NA3sud	S.M. della Pietà (Nola)	16			
	P.O. Boscotrecase	16			
AO	Ruggi D'Aragona (SA)	10	42	1.106.099	0,38
ASL Salerno	P.O. Umberto I (Nocera)	16			
	P.O. L. Curto (Polla)	8			
	P.O. San Luca (Vallo della Lucania)	8			
TOTALE			216	5.812.962	0,37

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

- la delimitazione del bacino di utenza dei posti letto al territorio in cui la AO insiste;

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

E. LA RICONVERSIONE DELLE CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE

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

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

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

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

- si evidenzia, nella maggior parte dei casi, una alta dotazione di posti letto nelle singole strutture. Si produce in questo modo un'elevata concentrazione di degenti con disturbi psichici in una stessa struttura, che ripropone modelli aboliti espressamente dalla normativa vigente per la salute mentale;
- la remunerazione dei ricoveri è effettuata per giornate di degenza, nonostante le strutture compilino regolarmente la scheda di dimissione ospedaliera in quanto erroneamente classificate con posti letto per acuti;
- il monitoraggio dell'attività delle strutture neuropsichiatriche ha evidenziato notevoli differenze nei confronti dei ricoveri nei SPDC relativamente ad un importante indicatore di

attività quale è la durata mediana della degenza, che in queste è pari a 34,4 gg. (a fronte di 8 gg. negli SPDC);

- i soggetti nella classe di età superiore a 65 anni dei soggetti, costituiscono il 28% della casistica e tra questi il 21% sono ultrasessantenni. Questo dato mostra la presenza di una quota di soggetti anziani con condizioni di rilevanza psichiatrica cronica e stabilizzata con bisogni assistenziali primariamente a carattere riabilitativo e residenziale di lungo periodo.

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

- Nella regione Campania sono operanti 7 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che comprendono tutte le componenti organizzative (servizi territoriali e servizi ospedalieri) e gestiscono le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio dell'Azienda. Il modello organizzativo, come illustrato nel paragrafo D), è quello della struttura a rete integrata di servizi specialistici, in collegamento con gli altri servizi delle Aziende Sanitarie Locali, con i servizi sociali, gli Enti locali, le associazioni di familiari e il volontariato. Il sistema dei servizi di salute mentale deve, pertanto, prevedere un'assistenza centrata sul territorio e il trattamento ospedaliero si configura come una presa in carico intensiva della situazione di crisi. L'ospedalizzazione psichiatrica coincide, infatti, con un'interruzione della normale continuità della vita, delle relazioni familiari e sociali, e ha senso solo se inserita all'interno di una rete di servizi che ne garantisca la specificità e l'utilità clinica. Il trattamento ospedaliero dovrebbe configurarsi, pertanto, non come strategia terapeutica, ma esclusivamente come episodio assistenziale all'interno di programmi terapeutico-riabilitativi di tipo psichiatrico.
- I SPDC hanno caratteristiche assistenziali e di intensità di intervento peculiari in quanto: a) sono collocati in ospedali che possono offrire risposte articolate e complesse ed il supporto di altre specialità ad alta intensità assistenziale; b) sono integrati nel circuito dell'emergenza regionale e richiedono la presenza di un Pronto Soccorso. In Campania, la dotazione di posti letto nei SPDC è pari a 0,26 posti letto per 10.000 abitanti, valore questo notevolmente inferiore allo standard nazionale tendenziale indicato in 1 posti letto per 10.000 abitanti.

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

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

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

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

A tale riguardo, si programma di allocare:

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

F. IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Nella determinazione del fabbisogno di posti letto si è provveduto a programmare la dotazione dei posti letto, su base regionale e per singola provincia, destinata al pubblico e quella riservata al

privato. In particolare il fabbisogno di posti letto privati, esposto nella parte del documento contenente le tavole provinciali, è stato determinato in subordine alla offerta pubblica programmata, al fine di realizzare una piena integrazione pubblico-privato.

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

Per la riorganizzazione della rete ospedaliera è stato introdotto, inoltre, un ulteriore requisito, la cd. "congruità dimensionale" in forza del quale la dotazione di p.l. per tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, non può essere inferiore a 100 p.l. nei presidi per acuti e 80 p.l. per quelli ad indirizzo riabilitativo e/o lungodegenziale.

In conseguenza, i processi di riorganizzazione, riconversione e fusione delle strutture di ricovero, già programmato per il pubblico, dovrà riguardare anche l'attuale rete delle case di cura in un contesto di integrazione, in determinati ambiti territoriali, delle funzioni assistenziali.

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

G. RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA NELLA ZONA COLLINARE DI NAPOLI

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

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

- L'Azienda Ospedaliera Cotugno, monospecialista per le malattie infettive con 274 Posti letto;
- L'Azienda Ospedaliera Monaldi, a prevalente indirizzo pneumo-cardiologico con 629 Posti letto;

- L'Azienda Ospedaliera Cardarelli, di riferimento dell'ambito provinciale di Napoli con 934 posti letto;
- L'IRCCS di diritto pubblico Fondazione Pascale per le patologie oncologiche con l'attuale dotazione di 221 posti letto, destinata ad incrementare di circa 100 posti letto;
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli con 1046 posti letto.

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

Le aree interessate al processo sono rappresentate da:

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

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

3. CRONOPROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La riorganizzazione della rete ospedaliera richiede una notevole attenzione da parte delle Aziende Sanitarie nella fase attuativa, a garanzia che si realizzi l'effettivo cambiamento strutturale. Per

ottenere questo risultato occorre che si forniscano alle Aziende sanitarie precise indicazioni e, nel contempo, si fissino tempi certi per ciascuna delle fasi attuative, al fine di monitorare e valutare i relativi Piani attuativi aziendali.

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

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

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

CRONOPROGRAMMA

DISATTIVAZIONE PUNTI NASCITA										
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	
P.O. Solofra (AV)										
P.O. Santa M.C.V.										
P.O. Pollena										
P.O. Maresca										
P.O. Scafati										
P.O. Cava										
P.O. Oliveto Citra										
DISMISSIONI										
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	
P.O. Bisaccia										
P.O. Sant'Agata										
P.O. Cerreto										
P.O. Teano										
P.O. Loreto Crispi										
P.O. Castiglione										
P.O. Incurabili										
P.O. Oliveto Citra										
P.O. Agropoli										
RICONVERSIONI IN STRUTTURE TERRITORIALI										
P.O. OSPEDALIERO	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	
P.O. Bisaccia										
P.O. Sant'Agata										
P.O. Cerreto										
P.O. S. Bartolomeo										
P.O. Teano										
P.O. Capua										
P.O. Loreto Crispi										
P.O. Castiglione										
P.O. Agropoli										

CRONOPROGRAMMA

RICONVERSIONE IN ALTRA TIPOLOGIA DI STRUTTURA OSPEDALIERA																
		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24					
P.O. OSPEDALIERO																
P.O. Apicella																
P.O. Maresca																
P.O. Scafati																
P.O. Oliveto Citra																
CONFLUENZE																
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24	36	48	54	60	
P.O. Maddaloni	P.O. Marcianise															
P.O. LoretoMare	P.O. Osp. del Mare															
P.O. Annunziata																
P.O. Ascalesi																
P.O. Scafati	P.O. Villa Malta															
P.O. Cava	P.O. Valle del Sele															
P.O. Eboli																
P.O. Battipaglia																
PLESSI																
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21						
P.O. Mercato San Severino																
P.O. Da Procida																
P.O. Pagani																
RIORGANIZZAZIONE INTERNA DEI PRESIDII																
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21						
A.O. - P.O. interessati																
ATTIVAZIONE NUOVE UNITA' OPERATIVE																
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21						
A.O. - P.O. interessati																
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24					
A.O. - P.O. interessati																

CRONOPROGRAMMA

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

4. PIANIFICAZIONE ATTUATIVA AZIENDALE

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

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

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

- la definizione delle modalità di attuazione delle azioni di propria competenza previste nel cronoprogramma di cui al precedente capitolo ed i relativi tempi di attuazione che, salvo giustificate cause, non dovranno essere superiori a quelli prefissati, per ciascuna delle fasi, nel cronoprogramma stesso;
- l'individuazione degli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali eventualmente necessari per l'adeguamento strutturale e del patrimonio tecnologico alle funzioni programmate, con una previsione di massima dei relativi costi. Tali indicazioni sono richieste a supporto del programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 che dovrà essere coerente con la riorganizzazione della rete ospedaliera e che dovrà essere finalizzato alla sua piena attuazione;
- il piano di redistribuzione del personale aziendale in ragione delle programmate dismissioni, riconversioni e confluenze dei presidi ospedalieri interessati alla riorganizzazione, sia nell'ambito delle attività di ricovero che nell'ambito di quelle territoriali;
- l'articolazione dipartimentale dei presidi ospedalieri di ASL e delle aziende ospedaliere. Al proposito è utile precisare che la nuova configurazione delle aziende ospedaliere e dei presidi di ASL è stata effettuata sulla base delle discipline individuate dal sistema

informativo nazionale e delle relative codifiche. Pertanto i posti letto attribuiti alla singola disciplina in alcuni casi rappresentano i posti letto di più unità operative della stessa tipologia e in altri sono comprensivi anche di posti letto di discipline affini, riferibili a quella codificata. Ad esempio, i posti letto della chirurgia d'urgenza sono riportati nella disciplina chirurgia generale; quelli attribuiti alle unità operative di IVG, di fisiopatologia della riproduzione sono computati nei posti letto della disciplina ostetricia e ginecologia; o ancora, i posti letto di medicina d'urgenza ed osservazione breve sono computati nella disciplina medicina generale.

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

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

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

5. IMPATTO ECONOMICO-FINANZIARIO

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

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

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

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

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

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

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

In dettaglio:

- La dismissione dei 1.110 posti letto dalla rete ospedaliera comporterà, entro un anno dalla messa a regime del nuovo assetto ospedaliero, un risparmio stimabile in circa 90 milioni di euro;
- la riconversione dei 907 posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione/lungodegenza comporterà una riduzione dei costi stimabile in circa 60 milioni di euro anche questa entro un anno circa dal raggiungimento dell'obiettivo.

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

Descrizione TAVOLE

Per la lettura delle tavole si specifica il contenuto delle colonne come segue:

1^a – indica la provincia nella quale insiste la struttura; la dicitura “A valenza regionale” sta ad indicare le aziende ospedaliere che svolgono un’attività potenzialmente rivolta ad un bacino di utenza regionale,

2^a – riporta la ASL di appartenenza del presidio ospedaliero o la tipologia di azienda (AO - Azienda Ospedaliera, IRCCS – Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, AOU - Azienda Ospedaliera Universitaria, AOIU – Azienda Ospedaliera Integrata con l’Università),

3^a – riporta la denominazione della struttura,

4^a – riporta il codice ministeriale della disciplina di cui al D.M. 19/03/1988 e s.m.i.,

5^a – riporta la denominazione della disciplina di cui al D.M. 19/03/1988 e s.m.i.,

6^a – riporta la dotazione di posti letto anno 2008 (rilevata dai modelli HSP12 ed HSP13e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS - del Ministero della Salute),

7^a, 8^a, 9^a, 10^a – riportano i posti letto programmati suddivisi in p.l. ordinari, p.l. di day-hospital, posti letto di day-surgery e posti letto totali,

11^a – riporta la destinazione della struttura e, nel caso in cui si tratta di struttura nella rete dell'emergenza, il relativo livello, descritto nella tabella che segue.

1LcPS	Presidi ospedalieri programmati al 1° livello della rete dell'emergenza
2Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza
2Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 2° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo
3Liv	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza
3Livp	Presidi ospedalieri programmati per il 3° livello della rete dell'emergenza la cui attivazione è prevista in un periodo medio-lungo
3Livi	Presidio ospedaliero programmato per il 3° livello della rete dell'emergenza infettivologica
HI	Presidi ospedalieri allocati sulle isole
Plesso	Strutture ospedaliere annesse come stabilimento di presidi inseriti nella rete dell'emergenza

PROVINCIA DI AVELLINO

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Avellino risulta programmata con un indice di 3,53 posti letto per mille abitanti, di cui 0,49 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 157 posti letto pubblici e 95 privati temporaneamente accreditati per un totale di 252 posti letto.

Nelle tavole allegate è riportata l'attuale configurazione di ogni presidio pubblico della provincia di Avellino (anno 2008) e quella programmata (2010), nonché il fabbisogno di posti letto, per singola disciplina, che può essere soddisfatto con il ricorso alle strutture private.

Dall'analisi delle tavole si evince che l'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino rappresenta il presidio di III livello della rete dell'emergenza, di riferimento per tutto l'ambito provinciale, ed è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto, nonché hub di 2° livello per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE AV e BN.

I presidi ospedalieri della Azienda Sanitaria di Avellino subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

Il presidio ospedaliero di Bisaccia si riconverte in una residenza sanitaria per anziani e in un centro polispecialistico territoriale.

Il presidio ospedaliero Criscuoli di Sant'Angelo dei Lombardi, assume la funzione di struttura riabilitativa con 111 posti letto dedicati alle attività riabilitative e 25 posti letto medici.

La struttura ospedaliera di Ariano Irpino viene potenziata e si configura quale presidio di II livello della rete dell'emergenza, individuato quale spoke sia per la rete cardiologia che per l'ictus cerebrale.

Il presidio ospedaliero Landolfi di Solofra si configura quale presidio del I livello della rete dell'emergenza con pronto soccorso.

La riorganizzazione programmata dei punti nascita prevede il mantenimento delle funzioni per il punto nascita del presidio ospedaliero di Ariano Irpino, nonostante, esso registri un numero di parti inferiore a 500. La motivazione è che risulta collocato in una zona con caratteristiche geomorfologiche tali da non garantire rapidi accessi agli altri punti nascita.

Si prevede invece la disattivazione del punto nascita del P.O. Landolfi di Solofra a causa del ridotto numero di parti (442 parti nel 2008, 378 nel 2009).

Si riconferma, infine, la disattivazione del punto nascita del P.O. Criscuoli di Sant'Angelo dei Lombardi (131 parti nel 2008, 27 nel 2009)

FAVORILE - RIORICANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI AV					Attuale				PROGRAMMATI			
Prov.	Azienda	Distanza (km)	Codice disciplina	Destinazione disciplina	Differenza	DH	DS	TOTALE	DH	DS	TOTALE	LIV

AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI

AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	01	ALLERGIOLOGIA	2	0	1	0	0	1	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	07	CARDIOCHIRURGIA	16	15	0	0	0	15	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	08	CARDIOLOGIA	24	22	2	0	0	24	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	09	CHIRURGIA GENERALE	18	54	0	0	0	54	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	09	CHIRURGIA GENERALE	23	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	14	CHIRURGIA VASCOLARE	6	5	0	1	1	6	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	18	EMATOLOGIA	27	20	5	0	0	25	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	18	EMATOLOGIA	2	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	2	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	21	GERIATRIA	36	30	0	0	0	30	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	21	GERIATRIA	18	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20	20	0	0	0	20	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	26	MEDICINA GENERALE	23	56	0	0	0	56	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	26	MEDICINA GENERALE	4	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	26	MEDICINA GENERALE	12	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	29	NEFROLOGIA	19	15	0	0	0	15	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	30	NEUROCHIRURGIA	15	15	0	0	0	15	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	32	NEUROLOGIA	11	20	0	0	0	20	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	32	NEUROLOGIA	18	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	1	1	0	0	2	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	34	OCULISTICA	17	10	0	7	7	17	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	0	0	2	2	2	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	16	0	4	4	20	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	53	45	0	5	5	50	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	38	OTORINOLARINGOIATRIA	9	10	0	5	5	15	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	38	OTORINOLARINGOIATRIA	3	0	0	0	0	0	3Liv
AV	AO		AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	39	PEDIATRIA	21	8	7	0	0	15	3Liv

TAVOLE - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI AV

Prov	Azienda	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Attuale Dotazione	POSTI LETTO			PROGRAMMATI	
						Ordinari	DH	DS	TOTALE	LIV
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	43	UROLOGIA	32	15	0	5	20	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	43	UROLOGIA	1	0	0	0	0	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	49	TERAPIA INTENSIVA	12	23	2	0	25	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	50	UNITA' CORONARICA	8	8	0	0	8	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	51	ASTANTERIA	16	0	0	0	0	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	52	DERMATOLOGIA	12	7	6	0	13	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	54	EMODIALISI	19	0	0	0	0	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	14	23	2	0	25	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	58	GASTROENTEROLOGIA	4	10	5	0	15	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	62	NEONATOLOGIA	13	12	0	0	12	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	64	ONCOLOGIA	28	22	16	0	38	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	64	ONCOLOGIA	10	0	0	0	0	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	68	PNEUMOLOGIA	12	10	2	0	12	3Liv
AV	AO	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	2	0	0	0	0	3Liv
TOTALE					622				570	

TOTALE AO

622

570

OSPEDALE ARIANO IRPINO

AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	08	CARDIOLOGIA	0	15	0	0	15	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	09	CHIRURGIA GENERALE	25	20	0	5	25	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	26	MEDICINA GENERALE	26	20	5	0	25	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	32	NEUROLOGIA	10	10	5	0	15	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	0	0	0	0	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	15	0	5	20	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	14	0	2	16	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	39	PEDIATRIA	7	8	7	0	15	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	40	PSICHIATRIA	0	10	0	0	10	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	49	TERAPIA INTENSIVA	6	6	0	0	6	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	50	UNITA' CORONARICA	5	5	0	0	5	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	62	NEONATOLOGIA	5	0	0	0	0	2Liv
AV	AV	OSPEDALE ARIANO IRPINO	64	ONCOLOGIA	4	0	4	0	4	2Liv
TOTALE					121				156	

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI AV

Proy. Azienda	Attila	Collocazione struttura	Collocazione disciplina	Descrizione disciplina	PROGRAMMI			
					Ordinari	DS	TOTALE	AV

OSPEDALE DI BISACCIA

AV	AV	OSPEDALE DI BISACCIA	09	CHIRURGIA GENERALE	0	0	0	Dism
AV	AV	OSPEDALE DI BISACCIA	26	MEDICINA GENERALE	0	0	0	Dism
AV	AV	OSPEDALE DI BISACCIA	40	PSICHIATRIA	0	0	0	Dism
AV	AV	OSPEDALE DI BISACCIA	60	LUNGODEGENTI	0	0	0	Dism

OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA

AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	09	CHIRURGIA GENERALE	23	0	2	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	26	MEDICINA GENERALE	23	2	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	29	NEFROLOGIA	6	0	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	2	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	0	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	39	PEDIATRIA	8	7	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	40	PSICHIATRIA	16	0	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	49	TERAPIA INTENSIVA	2	0	0	1LcPS
AV	AV	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	4	0	0	1LcPS

OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp. Criscuoli

AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	09	CHIRURGIA GENERALE	0	0	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	26	MEDICINA GENERALE	20	5	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	0	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	39	PEDIATRIA	0	0	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	40	PSICHIATRIA	0	0	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	92	4	0	Riab
AV	AV	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - Osp.	75	NEURO-RIABILITAZIONE	15	0	0	Riab

TOTALE	AV	184	136
		510	405

TOTALE AZIENDE AV

	1132	975
--	------	-----

FABBISOGNO POSTULATO PRIVATO - PROVINCIA AV

Disciplina

Cardiochirurgia	20
Cardiologia	52
Chirurgia generale	100
Medicina Generale	35
Nefrologia	9
Oculistica	8
Ortopedia	30
Ostetricia e ginecologia	98
ORL	8
Psichiatria	34
Urologia	35
Terapia intensiva	10
UTIC	5
Recupero e riabilitazione	48
Rec_coma persistente	2
Lungodegenza	25
Neonatologia	10
Oncologia	15
Pneumologia	25
TIN	6

TOTALE FABBISOGNO PRIVATO AV 575

PROVINCIA DI BENEVENTO

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Benevento risulta programmata con un indice di 3,64 posti letto per mille abitanti, di cui 0,57 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 97 posti letto pubblici e 42 privati temporaneamente accreditati per un totale di 139 posti letto.

Nelle tavole allegate è riportata l'attuale configurazione di ogni presidio pubblico della Provincia di Benevento (anno 2008) e quella programmata (2010), nonché il fabbisogno di posti letto, per singola disciplina, che può essere soddisfatto con il ricorso alle strutture private.

Dall'analisi delle tavole si evince che l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento rappresenta il III livello della rete dell'emergenza, di riferimento per tutto l'ambito provinciale, ed è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale e hub di 1° livello per la rete cardiologica.

Inoltre, presso l'Azienda Ospedaliera è prevista l'attivazione di un trauma center che serve l'ambito territoriale della provincia di Avellino e Benevento.

I presidi ospedalieri della Azienda Sanitaria di Benevento subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

Il presidio ospedaliero Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita si riconverte in struttura territoriale destinata ad ospitare un Ospedale di Comunità di 20 posti letto residenziali ed un centro residenziale di 20 posti letto per la cura dei disturbi alimentari.

Il presidio San Giovanni di Dio di Sant'Agata dei Goti si riconverte in ambulatorio polispecialistico.

Il presidio ospedaliero Sant'Alfonso dei Liguori di Sant'Agata dei Goti, di recente realizzazione, costituisce una struttura di I livello della rete dell'emergenza con pronto soccorso ed è destinato ad ospitare, per confluenza, le unità operative del presidio Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e quelle del presidio san Giovanni di Dio di Sant'Agata dei Goti.

La struttura di San Bartolomeo in Galdo, originariamente destinata ad attività ospedaliera, ospiterà un ospedale di comunità di 24 posti letto residenziali, una residenza sanitaria per anziani di 20 posti letto ed un ambulatorio polispecialistico.

L'ente ecclesiastico Sacro Cuore Fatebenefratelli conferma la sua vocazione di struttura di II livello della rete dell'emergenza.

L'IRCCS di diritto privato "Fondazione Salvatore Maugeri" è una struttura di alta specializzazione per la medicina riabilitativa e, pertanto, la sua configurazione è descritta nelle tavole relative alle strutture a valenza regionale.

TAVOLE - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI BN					Attuale		PROGRAMMATA				
Prov.	Azienda	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Dotazione		POSTI Ordinari	LIETTO DH	DS	TOTALE	LIV

AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO

BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	08	CARDIOLOGIA	0		15	5	0	20	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	09	CHIRURGIA GENERALE	20		40	0	5	45	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	09	CHIRURGIA GENERALE	20		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	09	CHIRURGIA GENERALE	3		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	14	CHIRURGIA VASCOLARE	12		13	0	2	15	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	15	MEDICINA SPORTIVA	1		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	18	EMATOLOGIA	3		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	21		15	5	0	20	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	26	MEDICINA GENERALE	40		51	5	0	56	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	26	MEDICINA GENERALE	20		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	26	MEDICINA GENERALE	4		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	29	NEFROLOGIA	9		6	3	0	9	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	30	NEUROCHIRURGIA	16		18	0	2	20	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	32	NEUROLOGIA	16		16	4	0	20	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2		0	2	0	2	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	34	OCULISTICA	10		4	6	0	10	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA	7		0	2	0	2	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21		20	2	3	25	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32		25	5	0	30	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	38	OTORINOLARINGOIATRIA	21		10	0	5	15	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	39	PEDIATRIA	20		8	7	0	15	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	40	PSICHIATRIA	0		10	0	0	10	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	43	UROLOGIA	17		13	0	2	15	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	49	TERAPIA INTENSIVA	8		16	0	0	16	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	49	TERAPIA INTENSIVA	6		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	49	TERAPIA INTENSIVA	2		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	50	UNITA' CORONARICA	28		6	0	0	6	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	51	ASTANTERIA	4		0	0	0	0	3Liv
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	52	DERMATOLOGIA	6		4	2	0	6	3Liv

TAVOLA 15 - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI BN									
Pro	Comune	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)	Distanza (km)
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	4	POSTI Ordinari	LETTO DH	PROG. AMM. DS	TOTALE LIV
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	57	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	2	1	1	0	2
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	58	GASTROENTEROLOGIA	15	10	5	0	15
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	62	NEONATOLOGIA	12	6	0	0	6
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	64	ONCOLOGIA	18	10	10	0	20
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	68	PNEUMOLOGIA	16	10	5	0	15
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	70	RADIOTERAPIA	2	0	2	0	2
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	71	REUMATOLOGIA	10	0	0	0	0
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	5	4	0	0	4
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	9	0	1	10
BN	AO	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	13	CHIRURGIA TORACICA	0	5	0	0	5
TOTALE					453	443	443		
Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA DELLE									
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	08	CARDIOLOGIA	3	0	0	0	0
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	09	CHIRURGIA GENERALE	20	0	0	0	0
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	26	MEDICINA GENERALE	32	0	0	0	0
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	0	0	0	0
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	64	ONCOLOGIA	3	0	0	0	0
BN	BN	Osp. Cerreto Sannita - OSPEDALE SS. MARIA	40	PSICHIATRIA	10	0	0	0	0
TOTALE					88	0	0	0	0
OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI									
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	08	CARDIOLOGIA	0	15	5	0	20
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	09	CHIRURGIA GENERALE	0	20	0	5	25
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	64	ONCOLOGIA	0	2	3	0	5
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	21	GERIATRIA	0	5	0	0	5
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	26	MEDICINA GENERALE	0	20	5	0	25
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	15	0	5	20
BN	BN	OSP. S. ALFONSO MARIA DEI LIGUORI	49	TERAPIA INTENSIVA	0	2	0	0	2
TOTALE					0	102	102		

TAVOLE - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI BN									
Prov.	Azienda	Definizione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Attuale Dotazione	PROGRAMMI			
						POSTI Ordinari	LETTO DH	DS	TOTALE

Osp. S. Giovanni di Dio - S. Agata de Goti

BN	BN	Osp. S. Giovanni di Dio - S. Agata de Goti	09	CHIRURGIA GENERALE	10	0	0	0	0	Dism
BN	BN	Osp. S. Giovanni di Dio - S. Agata de Goti	26	MEDICINA GENERALE	22	0	0	0	0	Dism

OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI

BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	08	CARDIOLOGIA	24	15	5	0	20	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	09	CHIRURGIA GENERALE	44	24	0	6	30	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	18	EMATOLOGIA	5	4	1	0	5	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	26	MEDICINA GENERALE	50	30	6	0	36	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	34	OCULISTICA	5	2	0	3	5	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	42	24	0	4	28	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	42	24	0	4	28	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	39	PEDIATRIA	10	4	6	0	10	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	43	UROLOGIA	11	5	0	5	10	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	49	TERAPIA INTENSIVA	4	4	0	0	4	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	50	UNITA' CORONARICA	4	4	0	0	4	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	62	NEONATOLOGIA	10	6	0	0	6	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	64	ONCOLOGIA	15	8	7	0	15	2Liv
BN	BN	OSP.SACRO CUORE FATEBENEFRAELLI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	4	0	0	4	2Liv

TOTALE BN

274
394

205
307

TOTALE AZIENDE BN

847

750

FABBISOGNO POSTI LETTI PRIVATO - PROVINCIA BN

Disciplina

Chirurgia generale	55
Medicina Generale	40
Oculistica	15
Ortopedia	15
Urologia	15
Recupero e riabilitazione	110
Lungodegenza	50

TOTALE FABBISOGNO PRIVATO BN

300

PROVINCIA DI CASERTA

La rete ospedaliera della provincia di Caserta è l'unica che non subisce una riduzione della sua dotazione in quanto tale territorio è stato da sempre caratterizzato da un basso indice di posti letto, pubblici e privati.

Tuttavia non si è programmato un incremento delle attuali dotazioni per la circostanza che sono in corso i lavori per la realizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della Facoltà di Medicina della II Università di Napoli dotata di 500 posti letto.

Pertanto, la rimodulazione della rete provinciale si è sostanziata, esclusivamente, in una riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta esistente che interessa i presidi ospedalieri della ASL.

Nelle tavole allegate è riportata l'attuale configurazione di ogni presidio pubblico della provincia di Caserta (anno 2008) e quella programmata (2010), nonché il fabbisogno di posti letto, per singola disciplina, che può essere soddisfatto con il ricorso alle strutture private.

Dall'analisi delle tavole si evince che l'Azienda Ospedaliera San Sebastiano di Caserta rappresenta il III livello della rete dell'emergenza, di riferimento per tutto l'ambito provinciale, ed è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto, nonché hub di 2° livello per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE CE.

I presidi ospedalieri dell'azienda sanitaria di Caserta subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

Il presidio ospedaliero di Maddaloni e quello di Marcianise continueranno a svolgere le loro funzioni sino alla completa ristrutturazione di quest'ultimo che al completamento della ristrutturazione del presidio di Marcianise ospiterà anche le unità operative di Maddaloni.

Il presidio di Piedimonte Matese si conferma struttura di II livello della rete dell'emergenza e viene individuata quale spoke per la rete cardiologica.

Il presidio ospedaliero di Teano è riconvertito in Residenza Sanitaria per anziani di 20 posti letto residenziali.

La struttura ospedaliera di San Felice a Cancelli è riconvertita in struttura ospedaliera ad indirizzo riabilitativo.

Il presidio F. Palasciano di Capua confluisce nella struttura ospedaliera San Giuseppe e Melorio di Santa Maria Capua Vetere e la struttura sarà, destinata ad ambulatorio polispecialistico.

I presidi Moscati di Aversa e San Rocco di Sessa Aurunca si riconfermano come strutture di II livello della rete dell'emergenza. Il presidio di Aversa è individuato quale hub di 1° livello per la rete cardiologica e spoke per l'ictus cerebrale, mentre il presidio San Rocco è individuato quale spoke per l'ictus cerebrale.

La riorganizzazione programmata dei punti nascita conferma la disattivazione del punto nascita del P.O. di Santa Maria Capua Vetere (518 parti nel 2008 - 348 nel 2009) e del P.O. San Rocco di Sessa Aurunca (401 parti nel 2008 - 377 nel 2009).

Rimane attivo il punto nascita del P.O. di Piedimonte Matese che, nonostante registri un numero di nati inferiore a 500, risulta collocato in una zona con caratteristiche geomorfologiche tali da non garantire accessi rapidi presso gli altri punti nascita.

A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO

CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	01	ALLERGOLOGIA	8	0	8	0	8	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	07	CARDIOCHIRURGIA	21	21	0	0	21	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	08	CARDIOLOGIA	18	18	2	0	20	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	08	CARDIOLOGIA	2	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	08	CARDIOLOGIA	2	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	08	CARDIOLOGIA	14	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	09	CHIRURGIA GENERALE	10	45	0	5	50	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	09	CHIRURGIA GENERALE	20	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	09	CHIRURGIA GENERALE	15	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6	5	0	1	6	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	14	CHIRURGIA VASCOLARE	16	13	0	2	15	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	18	EMATOLOGIA	2	16	2	0	18	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	21	GERIATRIA	11	8	2	0	10	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20	15	5	0	20	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	26	MEDICINA GENERALE	26	42	4	0	46	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	26	MEDICINA GENERALE	20	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	29	NEFROLOGIA	11	6	2	0	8	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	30	NEUROCHIRURGIA	21	18	0	2	20	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	32	NEUROLOGIA	20	18	2	0	20	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	32	NEUROLOGIA	4	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	34	OCULISTICA	3	2	0	3	5	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	29	26	0	4	30	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	38	46	0	4	50	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	0	0	0	0	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	38	OTORINOLARINGOIATRIA	7	4	4	0	8	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	39	PEDIATRIA	16	8	7	0	15	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	40	PSICHIATRIA	10	10	0	0	10	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	43	UROLOGIA	23	13	0	2	15	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	49	TERAPIA INTENSIVA	8	18	0	0	18	3liv
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	49	TERAPIA INTENSIVA	4	0	0	0	0	3liv

TAVOLE - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI CE

Prov.	Azienda	Identificazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Attuale Dedicazione	PROGRAMMI			
						POSTI Ordinari	LEITO DH	DS	TOTALE
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	49	TERAPIA INTENSIVA	10	0	0	0	0
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	50	UNITA' CORONARICA	8	8	0	0	8
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	52	DERMATOLOGIA	10	0	10	0	10
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	7	18	2	0	20
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	58	GASTROENTEROLOGIA	21	13	2	0	15
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	62	NEONATOLOGIA	5	15	0	0	15
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	62	NEONATOLOGIA	2	0	0	0	0
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	64	ONCOLOGIA	3	5	10	0	15
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	66	ONCOEMATOLOGIA	9	4	6	0	10
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	68	PNEUMOLOGIA	11	13	2	0	15
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	68	PNEUMOLOGIA	7	0	0	0	0
CE	AO	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	12	0	0	12
TOTALE					510	533			
					510	533			

Osp. F. PALASCIANO CAPUA

CE	CE	Osp. F. PALASCIANO CAPUA	34	OCULISTICA	3	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. F. PALASCIANO CAPUA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. F. PALASCIANO CAPUA	38	OTORINOLARINGOIATRIA	3	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. F. PALASCIANO CAPUA	43	UROLOGIA	4	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. F. PALASCIANO CAPUA	60	LUNGODEGENTI	18	0	0	0	0	Dism
TOTALE					38	0				

Osp. MADDALONI

CE	CE	Osp. MADDALONI	09	CHIRURGIA GENERALE	22	20	0	2	22	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	26	MEDICINA GENERALE	25	23	2	0	25	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	34	OCULISTICA	11	5	0	6	11	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	18	0	4	22	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	26	26	0	4	30	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0	0	0	0	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0	0	0	0	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	38	OTORINOLARINGOIATRIA	11	7	0	4	11	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	39	PEDIATRIA	10	5	5	0	10	2livp
CE	CE	Osp. MADDALONI	43	UROLOGIA	6	4	0	2	6	2livp

TAVOLE ORGANIZZATIVE PER OSPEDALIERA PROVINCIA DI GE									
Polo		Identificazione struttura		Codice discipline		Descrizione discipline		Attuale Distribuzione	
CE	CE	CE	Osp. MADDALONI	49		TERAPIA INTENSIVA		5	
CE	CE	CE	Osp. MADDALONI	58		GASTROENTEROLOGIA		2	
CE	CE	CE	Osp. MADDALONI	62		NEONATOLOGIA		6	
CE	CE	CE	Osp. MADDALONI	68		PNEUMOLOGIA		4	
154									154
Osp. MARCIANISE									
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	08		CARDIOLOGIA		4	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	09		CHIRURGIA GENERALE		12	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	09		CHIRURGIA GENERALE		1	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	26		MEDICINA GENERALE		20	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	26		MEDICINA GENERALE		1	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	26		MEDICINA GENERALE		1	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	36		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		12	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	37		OSTETRICIA E GINECOLOGIA		19	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	37		OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	37		OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	39		PEDIATRIA		8	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	58		GASTROENTEROLOGIA		1	
CE	CE	CE	Osp. MARCIANISE	58		GASTROENTEROLOGIA		1	
84									84
Osp. PIEDIMONTE MATESE									
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	08		CARDIOLOGIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	09		CHIRURGIA GENERALE		22	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	26		MEDICINA GENERALE		27	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	35		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		4	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	36		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	37		OSTETRICIA E GINECOLOGIA		17	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	39		PEDIATRIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	40		PSICHIATRIA		5	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	43		UROLOGIA		26	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	43		UROLOGIA		4	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	49		TERAPIA INTENSIVA		7	
84									84
Osp. PIEDIMONTE MATESE									
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	08		CARDIOLOGIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	09		CHIRURGIA GENERALE		22	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	26		MEDICINA GENERALE		27	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	35		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		4	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	36		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	37		OSTETRICIA E GINECOLOGIA		17	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	39		PEDIATRIA		12	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	40		PSICHIATRIA		5	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	43		UROLOGIA		26	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	43		UROLOGIA		4	
CE	CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	49		TERAPIA INTENSIVA		7	

FAVORE - RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI CE

Prov	Azienda	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Attuale Dotazione	PROGRAMMI				LIV
						POSTI Ordinari	LETTO DH	DS	TOTALE	
CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	50	UNITA' CORONARICA	4	6	0	0	6	2
CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	58	GASTROENTEROLOGIA	2	0	2	0	2	2
CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	64	ONCOLOGIA	9	5	10	0	15	2
CE	CE	Osp. PIEDIMONTE MATESE	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	5	0	0	0	0	0
168						168				
Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua Vetere										
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	09	CHIRURGIA GENERALE	13	23	0	2	25	1
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	09	CHIRURGIA GENERALE	6	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	26	MEDICINA GENERALE	24	27	2	0	29	1
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	29	NEFROLOGIA	1	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	34	OCULISTICA	0	0	0	3	3	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	8	0	2	10	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	18	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	38	OTORINOLARINGOIATRIA	0	0	0	3	3	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	39	PEDIATRIA	10	8	7	0	15	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	43	UROLOGIA	0	2	0	2	4	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	50	UNITA' CORONARICA	11	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	51	ASTANTERIA	4	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S. GIUSEPPE E MELORIO - S.M.Capua	60	LUNGODEGENTI	0	20	0	0	20	0
87						109				
Osp. S.FELICE A CANCELLO										
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	08	CARDIOLOGIA	12	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	09	CHIRURGIA GENERALE	4	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	18	EMATOLOGIA	16	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	21	GERIATRIA	19	18	2	0	20	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	29	NEFROLOGIA	2	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	50	UNITA' CORONARICA	4	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	40	0	0	40	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	58	GASTROENTEROLOGIA	1	0	0	0	0	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	60	LUNGODEGENTI	0	20	0	0	20	0
CE	CE	Osp. S.FELICE A CANCELLO	64	ONCOLOGIA	6	0	0	0	0	0
64						80				

TAVOLE RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE DI CE				Attuale Dotazione		Dissezione discipline		Posti Ordinaria		Istito DH		Programmi DS		Totale TOTALIB	
Pro.	Avvisi	Denominazione struttura	Codice disciplina	Attuale Dotazione		Dissezione discipline		Posti Ordinaria		Istito DH		Programmi DS		Totale TOTALIB	

Osp. S.G.MOSCATI AVERSA

CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	08			CARDIOLOGIA		18		2		0		20	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	09			CHIRURGIA GENERALE		23		0		2		25	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	09			CHIRURGIA GENERALE		0		0		0		0	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	19			MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ		0		2		0		2	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	26			MEDICINA GENERALE		28		2		0		30	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	26			MEDICINA GENERALE		0		0		0		0	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	33			NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		0		2		0		2	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	36			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		18		0		2		20	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	37			OSTETRICIA E GINECOLOGIA		32		0		4		36	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	38			OTORINOLARINGOIATRIA		8		0		2		10	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	39			PEDIATRIA		8		7		0		15	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	40			PSICHIATRIA		10		0		0		10	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	49			TERAPIA INTENSIVA		8		0		0		8	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	50			UNITA' CORONARICA		6		0		0		6	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	58			GASTROENTEROLOGIA		13		2		0		15	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	58			GASTROENTEROLOGIA		0		0		0		0	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	62			NEONATOLOGIA		6		0		0		6	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	64			ONCOLOGIA		8		7		0		15	2Liv
CE		Osp. S.G.MOSCATI AVERSA	68			PNEUMOLOGIA		0		0		0		0	2Liv

Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca

CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	08			CARDIOLOGIA		18		2		0		20	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	09			CHIRURGIA GENERALE		23		0		2		25	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	26			MEDICINA GENERALE		23		2		0		25	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	36			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		18		0		2		20	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	37			OSTETRICIA E GINECOLOGIA		0		0		0		0	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	39			PEDIATRIA		5		5		0		10	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	40			PSICHIATRIA		10		0		0		10	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	49			TERAPIA INTENSIVA		4		0		0		4	2Liv
CE		Osp. SAN ROCCO - Sessa Aurunca	50			UNITA' CORONARICA		6		0		0		6	2Liv

103

120

TAVOLE RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA PROVINCIA DI CE									
Prov.	Azienda	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Attuale Dotazione	POSTI			
						Ordinari	LETTO DH	DS	PROGRAMMATI TOTALE

Osp. TEANO

CE	CE	Osp. TEANO	09	CHIRURGIA GENERALE	12	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. TEANO	26	MEDICINA GENERALE	11	0	0	0	0	Dism
CE	CE	Osp. TEANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0	0	0	0	Dism

TOTALE	CE	25	0
		935	935

TOTALE AZIENDE	CE	1445	1468
----------------	----	------	------