

ATTO AZIENDALE

di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C. Il disegno strutturale di cui all'organigramma individuato con il presente Atto Aziendale si connota per due distinti caratteri:

- Da un lato assume valore confermativo per varie strutture già pienamente operative e consolidate in termini sia di qualificazione, sia di competenze e produzione;
- Dall'altro vi è l'individuazione di nuove strutture che rappresentano ambiti o settori che già nella precedente organizzazione erano state oggetto di considerazione, sia pur con qualificazioni diverse, o rappresentano ambiti o settori che, per l'innovatività che li connota, nella precedente organizzazione non erano state oggetto di alcuna qualificazione e di conseguenti incarichi.

Per le strutture di cui al precedente punto 1, la previsione di una diversa qualificazione non determina la rimodulazione degli incarichi pregressi; l'attivazione di tali nuove strutture può determinare pertanto la prosecuzione delle attività ad esse riferibili secondo la precedente qualificazione fino all'attribuzione del nuovo incarico; attribuzione che sarà conseguente ad ulteriori verifiche da parte della Direzione circa lo sviluppo delle attività e della produzione, nonché alla possibilità di dotare la stessa di adeguate risorse.

Per le strutture al punto 2 si evidenzia che la loro previsione nell'organigramma deriva da una visione prospettica circa la loro capacità di evolversi ed assumere la qualificazione strutturale per esse previste; pertanto, la Direzione potrà valutare che gli ambiti di attività proprie di dette strutture siano inizialmente svolti con l'attribuzione di funzioni ed incarichi specialistici anziché strutturali. Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, è tenuta a darne idonea e motivata comunicazione al dirigente stesso con un preavviso congruo, prospettando i posti disponibili per un nuovo incarico". Pertanto, stante la norma di cui innanzi si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito da questa ASL. Inoltre sulla base delle linee guida per l'adozione dell'Atto Aziendale (DCA 13/2013 - punto 19), che prevedono la individuazione programmatica delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici sulla base di parametri e criteri indicati con lo stesso decreto, in modo da garantire l'adeguamento agli standard, sono state individuate le strutture secondo i parametri e i criteri indicati, per cui si procederà ad un adeguamento progressivo della nuova organizzazione e mantenendo, quindi, in vita la precedente strutturazione fino a scadenza dei contratti individuali, con eccezione di quelli conferiti a dirigenti il cui pensionamento è previsto entro il 31.12.2023, per i quali l'incarico sarà mantenuto fino alla data di collocamento a riposo.

Dipartimenti

Dipartimento Area Critica ed Emergenza/Urgenza Ospedaliera e Territoriale – COT 118

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Fornisce h24 assistenza anestesiológica per tutte le attività operatorie ed interventistiche di elezione e di urgenza, comprese quelle di alta complessità e garantisce la

ATTO AZIENDALE

terapia intensiva e sub-intensiva post operatoria. Provvede, inoltre, all'assistenza anestesiológica per le sale operatorie di day surgery e, ove occorra, per le sale operatorie di chirurgia ambulatoriale e per le procedure radiologiche. Nell'ambito delle direttive ministeriali per l'ospedale senza dolore, il Dipartimento provvede, con una propria linea di terapia antalgica ad effettuare trattamenti di terapia del dolore peri e post operatorio e del dolore cronico. Cura le fasi di pre-ricovero finalizzate all'intervento chirurgico consentendo l'effettuazione, secondo protocolli definiti, degli esami diagnostici strumentali e di laboratorio, compresi quelli del prelievo di sangue per l'eventuale autotrasfusione e rilascia la cartella con la completa valutazione anestesiológica per i ricoveri di elezione in regime ordinario ed a ciclo diurno. Per quel che attiene l'area dell'Emergenza-Urgenza è costituito da una componente territoriale ed una ospedaliera la cui "mission" è quella di garantire una corretta gestione del paziente esterno che si trova in situazioni di emergenza-urgenza tramite un'organizzazione che prevede delle sinergie tra la rete dell'emergenza territoriale e quella ospedaliera, un'adeguata e tempestiva risposta all'urgenza intraospedaliera con formazione continua del personale aziendale ed infine di assicurare la presenza di posti letto per il trattamento di pazienti in emergenza-urgenza, ottimizzando il percorso di ricovero dei pazienti acuti. Tali obiettivi sono perseguiti con l'aggiornamento continuo di tutto il personale operante presso il Dipartimento, l'adozione di tecnologie moderne e di provata efficacia ed efficienza e l'uso dell'informatica. Il Dipartimento si pone l'obiettivo di:

- Omogeneizzare le modalità di trattamento nelle strutture omologhe in modo da garantire un'assistenza uniforme;
- Integrare l'attività di emergenza urgenza extra territoriale con quella ospedaliera;
- Individuare accessi ospedalieri diversificati in relazione alle specificità dei singoli presidi, ai codici di gravità nei pronto soccorso, alle competenze specialistiche e ai posti letto disponibili ed al ruolo da essi occupato nelle reti assistenziali;
- Garantire una continuità di trattamento dalla strada ai reparti passando attraverso l'assistenza rianimatoria, l'eventuale utilizzo di sale operatorie, il ricovero in rianimazione fino alla dimissione.

ATTO AZIENDALE

Dipartimento Area Critica ed Emergenza Urgenza			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
AREA TERRITORIALE	UOC	Emergenza-Urgenza COT 118	
AREA TERRITORIALE	UOS	Emergenza Territoriale	
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	PS con Osservazione Breve	0
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE		Servizio Anestesiologico	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Medicina Emergenza Urgenza	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	Blocco operatorio e post intensiva	2
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	PS con Osservazione Breve	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		TERAPIA INT. POST OPER	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	PS con Osservazione Breve	0
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	4
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	PS con Osservazione Breve intensiva	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		ANEST RIAN e Terapia Intensiva	10
P.O. TORTORA	UOS	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	6
P.O. TORTORA	UOSD	Terapia del dolore (senza posti letto)	0
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	12
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Medicina Emergenza Urgenza	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Blocco operatorio e post intensiva	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI		Servizio Terapia Iperbarica	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	PS con Osservazione Breve	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	ANEST RIAN e Terapia Intensiva	4
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	PS con Osservazione Breve	0
Totale complessivo			98

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento Area Critica ed Emergenza Urgenza
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	11
UOS	8
UOSD	7
Totale complessivo	26

Dipartimento di Medicina di Laboratorio

Il **Dipartimento di Medicina di Laboratorio** ha la finalità di erogare prestazioni analitiche e diagnostiche sia di base che di elevata complessità a favore di pazienti ricoverati e ambulatoriali, promuovendo sia la corretta richiesta dei test che favorendo la corretta interpretazione dei referti.

Il Dipartimento è impegnato nella promozione del governo clinico in medicina di laboratorio con l'obiettivo di fornire le informazioni diagnostiche più efficaci all'ottimale processo clinico per ottenere i migliori risultati di salute per i cittadini. L'orientamento all'appropriatezza e l'analisi principi e strumenti propri della evidence based laboratory medicine, sono alla base delle politiche professionali e gestionali dell'organizzazione dipartimentale.

Il Dipartimento, pertanto, ha la responsabilità della soddisfazione delle esigenze di diagnostica di laboratorio di tutta la popolazione perseguendo i principi di equità, efficacia, efficienza e qualità e dovrà essere garantita un'attività di medicina di laboratorio deputata ad assicurare:

- Urgenza/Emergenza h24 se è presente un pronto soccorso;
- Medicina Trasfusionale;
- Anatomia patologica;
- Tossicologia.

Saranno incrementati i punti prelievi già esistenti prevedendo almeno un punto prelievo per ogni Distretto Sanitario così da garantire ai cittadini la possibilità di accesso ai servizi pubblici territoriali e potenziare così l'offerta della medicina territoriale dimostratasi carente nella pandemia da coronavirus tuttora presente.

I punti prelievo diversi dai laboratori Hub e Spoke potranno essere dotati di POCT, come da D.D.145/2021, atti a garantire almeno i tempi tecnici strettamente necessari intercorrenti tra il prelievo e l'esecuzione dell'indagine richiesta, anche per assicurare prioritariamente la qualità delle prestazioni di laboratorio tempo dipendenti (es. glicemia, esami della coagulazione) individuati nel D.D. 219/2021.

Essi dovranno essere collegati con i centri Hub ed i centri Spoke individuati dall'ASL così da disegnare una nuova rete della Medicina di Laboratorio dell'ASL Salerno, in un modello dipartimentale strutturale caratterizzato da efficacia ed efficienza.

Il trasporto dei campioni biologici sarà assicurato ai sensi del DD 219/2021 secondo le modalità di consegna dei campioni biologici alle sedi di assegnazione in una logica di consolidamento delle prestazioni specie per gli esami "esoterici".

ATTO AZIENDALE

Il collegamento telematico di tutte le strutture di laboratorio ai punti prelievo (con o senza POCT) afferenti al dipartimento, e la obbligatoria firma digitale dei referti, sarà assicurata al fine di inserire i dati di laboratorio informatizzati nel fascicolo elettronico.

Alla realizzazione dell'HUB Centralizzato Territoriale di Medicina del Laboratorio, il Dipartimento verrà rimodulato in base alle nuove esigenze Aziendali. Nelle more della realizzazione del suddetto HUB gli incarichi attribuiti saranno assegnati in via provvisoria.

UOSD TOSSICOLOGIA

Il "Laboratorio di Tossicologia" è una struttura tecnico-scientifica del Dipartimento di medicina di laboratorio costituisce un riferimento per l'intera Azienda quale unico laboratorio in ASL Salerno ad effettuare analisi tossicologiche su matrici biologiche con metodiche cromatografiche che garantiscono la valenza medico-legale dei referti analitici.

STRUTTURE RICHIEDENTI	SCOPO DELL'ANALISI	
Presidi Ospedalieri, Procure	Attualità d'uso (sotto l'effetto di...)	Guida sotto influenza di alcool
		Guida sotto influenza di sostanze d'abuso
		Intossicazione
Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Commissione Patenti	Idoneità	Guida
		Lavoro
		Porto d'Armi
		Norme Concorsuali
Procure, SER.D	Monitoraggio della Terapia	Tossicodipendenza
		Affidamento di minori
		Adozioni
Procure, SER.D	Uso/abuso (assunt ore cronico)	Tossicodipendenza
		Affidamento di minori
		Adozioni

Le analisi tossicologiche con finalità diagnostiche in ambito clinico e/o forense prevedono l'esame di diverse matrici biologiche (quali sangue, urina, matrice cheratinica) i cui rispettivi esiti, da soli o in combinazione tra loro, forniscono elementi utili ad accertamenti con diversa valenza tossicologico-forense/medico-legale, quali:

- guida sotto l'influenza di alcool (art. 186 del Codice della Strada),
- guida sotto l'influenza di sostanze d'abuso (art. 187 del Codice della Strada),
- idoneità alla guida,
- idoneità al lavoro,
- idoneità al porto d'armi,
- idoneità a specifiche norme concorsuali e/o contrattuali,

ATTO AZIENDALE

- uso/abuso nell'ambito dell'affidamento di minori o di adozioni internazionali,
- intossicazione (in attualità di effetto biologico ovvero "sotto l'influenza di"),
- tossicodipendenza,
- aderenza alla terapia

Dipartimento di Medicina di Laboratorio		
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)
AREA TERRITORIALE	UOSD	Tossicologia
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Laboratorio di analisi
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Anatomia e Istologia patologica
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Servizio trasfusionale
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Anatomia e Istologia patologica
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Servizio trasfusionale
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Biologia Molecolare e Laboratorio di analisi
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	Laboratorio di analisi
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Laboratorio di analisi
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Laboratorio di analisi
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Laboratorio di analisi
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Servizio trasfusionale
P.O. TORTORA	UOC	Anatomia e Istologia patologica
P.O. TORTORA	UOSD	Genetica medica
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Laboratorio di analisi
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Servizio trasfusionale
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Microbiologia e virologia
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Laboratorio di analisi
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOS	Servizio trasfusionale
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Servizio trasfusionale
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Laboratorio di analisi

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Medicina di Laboratorio
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	8
UOS	4
UOSD	8
Totale complessivo	20

Dipartimento Diagnostica per Immagini

Il Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Diagnostica per Immagini, in coerenza con la programmazione regionale, si colloca in posizione idonea alla realizzazione di progetti di integrazione intra ed interaziendale. Garantisce e coordina l'erogazione di prestazioni di diagnostica per immagini su tutto il territorio provinciale, con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni, promuovendo l'individuazione e la relativa caratterizzazione delle sedi dove possano essere concentrate e privilegiate attività di particolare complessità e peculiarità clinica, valorizzando e favorendo lo sviluppo di specifiche competenze diagnostico-interventistiche. Il Dipartimento promuove e coordina le attività di formazione e aggiornamento attraverso la realizzazione di specifico programma formativo e la adozione di linee guida e procedure condivise, a garanzia della qualità professionale.

Il dipartimento di Diagnostica per Immagini è un dipartimento orizzontale, raggruppa cioè tutte le Unità Operative che, a livello aziendale si occupano di questa disciplina, vale a dire le Unità Operative di Radiologia del D.E.A. Nocera Pagani Scafati, D.E.A. Vallo Agropoli, D.E.A. Eboli Battipaglia Roccadaspide, e dei PP.OO. di Oliveto Citra, Sapri, Polla, Sarno, la Neuroradiologia del P.O. di Nocera Inferiore e del P.O. di Vallo della Lucania, la Medicina Nucleare dei PP.OO. di Pagani e Battipaglia, coi relativi servizi specialistici. Afferiscono inoltre al Dipartimento i servizi territoriali di diagnostica per immagini.

Il dipartimento rappresenta un punto nodale di numerosissimi processi aziendali. Infatti, i compiti della diagnostica radiologica (Radiologia e Neuroradiologia), unitamente alla Medicina Nucleare, comprendono oggi numerose e diversificate prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche. Le strutture afferenti al Dipartimento erogano prestazioni di vario livello, che si adattano alle diverse esigenze cliniche: rx, ecografie, tac e risonanze magnetiche con e senza contrasto, la cui suddivisione sul territorio è funzionale a garantire l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini, anche in relazione all'urgenza dell'esame: urgente, urgenza differibile, ordinario, controllo.

Tra gli obiettivi strategici e generali del dipartimento ci sono:

- La corresponsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari di ogni livello;
- L'aggiornamento ed il perfezionamento professionale ai fini di un'assistenza sanitaria sempre più qualificata;
- La valutazione e la verifica della qualità dell'assistenza fornita;
- Sono inoltre attività di competenza dipartimentale;
- Gestione dell'attività diagnostica per immagini e terapeutica specialistica per pazienti ricoverati ad ambulatoriali esterni;

ATTO AZIENDALE

- Organizzazione dell'attività ambulatoriale competenza clinica, in accordo con le direzioni area interessate;
- Supporto clinico alle attività delle strutture mediche, chirurgiche e territoriali;
- Organizzazione del servizio di radioterapia anche in ambito ambulatoriale;
- Referenza clinica relativa ai programmi di screening di competenza;
- Sviluppo dei rapporti, dell'attività e dei pdta correlati agli accordi interaziendali, interregionali e internazionali;
- Collaborazione con le strutture aziendali preposte ai rapporti con le strutture private accreditate che abbiano stipulato accordi contrattuali con l'azienda;
- Partecipazione alla stesura dei capitolati tecnici relativamente all'acquisizione di beni e di servizi di competenza e validazione degli stessi;
- Collaborazione, per gli ambiti di competenza, nell'attuazione delle iniziative aziendali di promozione della salute, prevenzione, sorveglianza di popolazione ed all'attuazione previste dal Piano Regionale di Prevenzione.

Persegue inoltre i seguenti obiettivi:

- Offrire un adeguato livello di consulenza per i servizi ospedalieri, in particolare per quanto attiene alla collaborazione con il dipartimento di Emergenza Urgenza attraverso la rete delle Neuroradiologie;
- Offrire servizi di diagnostica preventiva all'interno dei percorsi di screening e più in generale alla popolazione, con tempi d'attesa adeguati e secondo le linee guida della Regione Campania.

Dipartimento di Diagnostica per Immagini		
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	Radiologia senza pl
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Radiologia senza pl
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Neuroradiologia
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Radiologia senza pl
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Radiologia senza pl
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Radiologia senza pl
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Radiologia senza pl
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Radiologia senza pl
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	medicina nucleare senza posti letto
P.O. TORTORA	UOS	Radiologia senza pl
P.O. TORTORA	UOC	Radioterapia senza pl
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neuroradiologia
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOS	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Radiologia senza pl
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Radiologia senza pl

ATTO AZIENDALE

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Diagnostica per Immagini
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	6
UOS	5
UOSD	5
Totale complessivo	16

Dipartimento di Medicina Generale, delle Specialità Mediche ed Oncologiche

Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Promuove l'attività in regime ambulatoriale, in regime di day service, in regime di ricovero a ciclo diurno (DH), e in regime di ricovero ordinario, in regime di follow up e dimissioni protette. Nell'identificazione delle aggregazioni di questo Dipartimento prevale il criterio della coincidenza sui percorsi diagnostico/terapeutici e sui processi assistenziali relativi alle stesse patologie internistiche. Il Dipartimento assicura l'erogazione di prestazioni di prevenzione secondaria, diagnostiche e terapeutiche di natura plurispecialistica in regime di ricovero ordinario e diurno, nei soli casi in cui sia richiesta una cura od un'osservazione specifica non attuabile in ambito ambulatoriale. Aggrega competenze mediche internistiche generali con indirizzo prevalentemente specialistico, quali, per esempio, immunologico, reumatologico, epatologico, endocrinologico, nonché competenze mediche di specialità quali le patologie dell'apparato respiratorio, le patologie derivanti dall'alimentazione, le patologie metaboliche, le patologie endocrine, le patologie della circolazione periferica e quelle inerenti all'età avanzata. Si avvale inoltre di percorsi clinici quali strumenti che, sulla base delle migliori conoscenze tecnico-scientifiche e in relazione alle risorse disponibili, permettono all'Azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o ad un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Essi hanno come scopo definire un percorso omogeneo, strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia/condizione trattata, ottimizzare la rete dei servizi cercando, ove possibile, di venire incontro alle esigenze dei pazienti, assicurare durante tutte le fasi la continuità assistenziale, promuovere la comunicazione e il confronto tra i professionisti coinvolti.

Per quanto attiene all'attività oncologica l'obiettivo dell'azienda è quello di delineare, all'interno dei presidi aziendali, percorsi completi di prevenzione, cura e riabilitazione per alcune specifiche situazioni sanitarie, soprattutto per quelle che maggiormente impattano con i bisogni della popolazione e delle famiglie, in modo da accompagnare il cittadino in un percorso guidato e completo. Infatti da una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica sul territorio regionale si evidenziano due aspetti principali quali un trend in aumento delle patologie oncologiche (tumori quali mammella, colon retto, tiroide, prostata), seppure in linea con i corrispettivi trend rilevati a livello nazionale ed il persistere di una minore sopravvivenza oncologica che rende palpabile la contraddizione tra la incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità osservata rispetto a quella attesa in relazione all'incidenza. Pesano difatti sul deficit di sopravvivenza:

- La perdurante bassa compliance di alcuni degli screening oncologici;
- Le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più

ATTO AZIENDALE

deboli e a rischio;

- La difficoltà collegata ai tempi di attesa per le cure strumentali, che questa regione sta cercando di superare con il CUP unico regionale, alla cui offerta di prestazioni concorreranno anche gli enti del privato accreditato del SSR;
- Il disagio di allontanarsi notevolmente dalla propria zona, con gli evidenti disagi familiari, che determina quasi un rifiuto alle cure necessarie.

Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Medicina Generale	28
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Gastroenterologia	12
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	15
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Oncologia	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Medicina Generale	20
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Nefrologia	16
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		Servizio di Onconefrologia	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Immunopatologia Renale	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Tecniche Dialitiche	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Malattie Infettive e Tropicali	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Servizio Pneumologia	2
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI		Dermatologia	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Medicina Generale	26
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Endoscopia Digestiva	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Oncologia senza pl	
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO		Servizio Pneumologia	
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOC	Pneumologia	20
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Emodialisi	0
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Medicina Generale	20
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOSD	Reumatologia	8
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Medicina Generale	20
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA		Endoscopia Digestiva	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Medicina Generale	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Immunopatologia Respiratoria	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Immonodermatologia	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Allergologia senza pl	0
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	Gastroenterologia	0
P.O. TORTORA	UOC	Ematologia	20
P.O. TORTORA	UOC	Oncologia	20
P.O. TORTORA	UOS	Diagnostica ematologica	0
P.O. TORTORA		Oncoematologia Pediatrica	8
P.O. TORTORA	UOS	Servizio di cardiologia	0

ATTO AZIENDALE

P.O. TORTORA	UOSD	Dermatologia	5
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Malattie Infettive e Tropicali	14
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Medicina Generale	26
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Nefrologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Gastroenterologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE		Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Medicina Generale	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Gastroenterologia	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Nefrologia	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Oncologia	2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Pneumologia	8
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO		Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Medicina Generale	20
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Emodialisi	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Endoscopia Digestiva	0
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI		Oncologia	2
Totale complessivo			404

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	6
UOSD	14
Totale complessivo	34

Dipartimento delle Discipline Chirurgiche Generali e Urologiche

Il Dipartimento delle discipline chirurgiche è preposto alla organizzazione ed erogazione delle attività proprie del livello di assistenza sanitaria ospedaliero, che riguardano prestazioni, riconducibili alle discipline chirurgiche, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service, ambulatoriale, ed in altri regimi come previsto dalla programmazione aziendale e sovra-aziendale. Le attività interessate, che possono essere svolte in regime ordinario, in urgenza, o in emergenza, si svolgono in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, con i Distretti e con gli altri Dipartimenti aziendali. Il Dipartimento svolge le funzioni e le attività previste dalle norme, e quelle altre attribuite in ambito aziendale, o stabilite dalla direzione, in quanto attinenti e compatibili con i ruoli professionali e disciplinari delle risorse umane a disposizione del dipartimento. Il Dipartimento tende a favorire la comunicazione e la collaborazione tra le unità operative senza perdere la valenza specialistica di ciascuna, a sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico-terapeutico del malato e ad utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie. Aggrega

ATTO AZIENDALE

competenze chirurgiche generali con indirizzo generalista e specialistico con obiettivi che riguardano sia l'ambito organizzativo sia quello clinico. In particolare, il Dipartimento Chirurgico deve favorire il coordinamento delle procedure cliniche, che per loro natura richiedono un complesso sistema di competenze e risorse, anche attraverso la creazione e la condivisione di percorsi diagnostici-terapeutici volti a migliorare l'efficacia e l'efficienza del processo assistenziale. Altro compito del Dipartimento è quello di favorire la formazione dei propri professionisti, sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate (Evidence Based Medicine).

Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOS	Area Chirurgia polispecialistica	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Chirurgia Generale	25
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Urologia	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Chirurgia Vascolare	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Chirurgia Generale	18
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Urologia	16
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Chirurgia Generale	28
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Chirurgia Generale	16
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Chirurgia Generale	20
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Chirurgia Generale	22
P.O. TORTORA	UOC	Chirurgia Generale	14
P.O. TORTORA	UOS	Breast Unit	2
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Chirurgia Generale	30
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Chirurgia Vascolare	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Urologia	16
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Urologia Oncologica	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Chirurgia Generale	16
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Urologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Chirurgia Generale	20
Totale complessivo			305

DIPARTIMENTO	Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	4
UOSD	1
Totale complessivo	19

ATTO AZIENDALE

Il Dipartimento delle Discipline ortopediche e cervico facciali

Il Dipartimento delle discipline ortopediche e cervico facciali assicura la risposta ai bisogni di salute per tutto ciò che concerne il proprio ambito di competenza eseguendo interventi sia in urgenza/emergenza che programmati e svolgendo attività di ricovero ordinario, Day Surgery e assistenza specialistica ambulatoriale secondo i criteri di appropriatezza delle cure.

Assicura un processo assistenziale terapeutico sicuro e di qualità al paziente, atto a ridurre le complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata attraverso la multidisciplinarietà degli interventi di diagnosi e di cura specialistica e la comunicazione tra le unità appartenenti al Dipartimento e tra i Dipartimenti.

Il Dipartimento sviluppa le competenze specialistiche nelle diverse branche della chirurgia ortopedica e delle discipline di oculistica e otorinolaringoiatria e favorisce l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti complessi con polipatologie sia nell'organizzazione logistica del Dipartimento che nelle capacità tecniche professionali, procedendo inoltre nello sviluppo dell'EBM (*Evidence-based medicine*) e dell'analisi decisionale come supporto alla decisione clinica, nell'integrazione tra le diverse specialità e professionalità e nella formazione continua attraverso l'approccio critico alla letteratura, la rivalutazione e la discussione dei casi utilizzando la metodica del problem solving.

Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico-Facciali			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Neurochirurgia	16
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Oculistica	10
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Ortopedia e Traumatologia	30
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Otorinolaringoiatria	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Oculistica	6
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Otorinolaringoiatria	8
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Ortopedia e Chirurgia Protetica	20
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Ortopedia e Traumatologia	24
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOSD	Otorinolaringoiatria	8
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOS	Ortopedia e Traumatologia	20
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOC	Ortopedia	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Ortopedia e Traumatologia	22
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Traumatologia	-
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neurochirurgia	16
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Oculistica	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Ortopedia e Traumatologia	24
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Otorinolaringoiatria	14
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Ortopedia e Traumatologia	18
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Oculistica	4
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Otorinolaringoiatria	4
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Ortopedia e Traumatologia	20

ATTO AZIENDALE

Totale complessivo			304
--------------------	--	--	-----

DIPARTIMENTO	Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico-Facciali
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	14
UOS	2
UOSD	5
Totale complessivo	21

Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino

Con deliberazione della giunta regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'Accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno. Nella ASL Salerno sono presenti ancora punti nascita pubblici che nell'anno 2022 hanno assicurato meno di 500 parti. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel pubblico non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti. Sono state richieste, nel mese di gennaio 2023, le seguenti deroghe, che saranno soggette a verifica secondo quanto previsto dal DM del 11.11.2015 e dalle successive indicazioni pervenute dal Ministero della Salute. Per la provincia di Salerno sono state richieste le deroghe per il mantenimento dei punti parto di Polla, Sapri e Vallo della Lucania (concessa già per tutto l'anno 2023), per le difficoltà oggettive di collegamento che offrono tempi di percorrenza molto lunghi. Al tema dei punti nascita è strettamente collegato quello della Assistenza neonatale e connesso servizio di trasporto neonatale e materno. Infatti, la scarsa concentrazione dei punti nascita è causa di non compatibilità della presenza di neonatologie e terapie intensive neonatali nonché dell'eccesso di trasporti neonatali. L'ASL Salerno intende istituire un coordinamento funzionale tra le UOMI, i centri vaccinali distrettuali ed il Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino. La Regione intende procedere alla organizzazione, sistematizzazione e qualificazione della propria offerta pubblica di PMA, nonché di interventi per l'onco-fertilità e la conservazione di gameti e tessuti gonadici, collegando i punti di offerta in un'ottica di rete, in grado anche di ridurre la mobilità passiva di persone e coppie. Coerentemente con le previsioni del Piano Nazionale della Fertilità, è necessario programmare la disciplina di Fisiopatologia della Riproduzione Umana, nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia, secondo un modello di rete con individuazione e implementazione di un numero limitato di punti di erogazione, quali strutture di riferimento per tutte le patologie dell'apparato riproduttivo. Il modello organizzativo sarà declinato in un apposito provvedimento regionale che dovrà prevedere:

- I fabbisogni regionali;
- Le unità organizzative;
- Il numero e le sedi di erogazione delle prestazioni;
- Le prestazioni erogabili;

ATTO AZIENDALE

- I setting assistenziali;
- La relazione pubblico/privato.

Dipartimento funzionale della Salute della Donna e del Bambino			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Ostetricia e Ginecologia	16
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Pediatria	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Neonatologia	6
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		PMA - Servizio a valenza dipartimentale	-
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Ostetricia e Ginecologia	20
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Pediatria	10
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Ostetricia e Ginecologia	30
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOC	Pediatria	16
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	4
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Neonatologia	8
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA		Servizio di diagnostica e terapia del pavimento pelvico a valenza dipartimentale	-
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Ostetricia e Ginecologia	30
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Pediatria	15
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	6
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE		Neonatologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Ostetricia e Ginecologia	15
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Pediatria	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOS	Ostetricia e Ginecologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Pediatria	8
Totale complessivo			228

DIPARTIMENTO	Dipartimento funzionale Salute della Donna e del Bambino
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	9
UOS	1
UOSD	4
Totale complessivo	14

Dipartimento Reti Tempo Dipendenti

Le malattie cardiovascolari e quelle cerebrovascolari (IMA - ICTUS) sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità nel mondo. Il Dipartimento delle reti tempo dipendenti, così come delineato assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

ATTO AZIENDALE

Provvede, altresì, alla prevenzione secondaria, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie cardiovascolari e neurologiche in fase di urgenza (pronto soccorso cardiologico e neurologico), di emergenza (UTIC e STROKE) e di stabilizzazione; assicura, inoltre, la valutazione diagnostica e l'adeguato trattamento medico ed interventistico di malattie cardiovascolari ed ictus cerebrale. Tale modello organizzativo garantisce equità e tempestività nelle cure erogate ai cittadini con conseguente soddisfacimento del bisogno di salute ed un precoce recupero funzionale atto a massimizzare il corretto inquadramento eziologico del paziente, attraverso la standardizzazione delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche, declinate secondo specifici setting clinico-assistenziali. Inoltre, il processo riabilitativo mira a recuperare, preservare o a migliorare i deficit motori, sensitivi e cognitivi del paziente. L'obiettivo strategico del dipartimento è il raggiungimento dell'efficienza dell'intero percorso clinico-assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio, garantendo un percorso appropriato dell'area acuta e dei posti letto di alta specialità riabilitativa, tradizionalmente ad alto costo. Lo scopo del dipartimento è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività creando percorsi clinico assistenziali e riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, ed al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e facilitare, ove possibile, la integrazione sociale e lavorativa.

Dipartimento Reti Tempo Dipendenti			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOSD	Cardiologia	6
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Elettrostimolazione	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	Emodinamica	0
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOS	UTIC	8
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOSD	Neurologia	10
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA	UOC	Cardiologia	14
OSPEDALE S.LUCA VALLO LUCANIA		Stroke Unit	4
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Emodinamica	0
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	UTIC	6
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOSD	Neurologia	10
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOC	Cardiologia	14
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA EBOLI	UOS	Elettrostimolazione	0
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOC	Cardiologia	14
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	UOS	UTIC	6
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI		Servizio Cardiologia	
P.O. S. FRANCESCO DASSISI OLIVETO CITRA	UOSD	Cardiologia	12
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	UOS	Cardiologia	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Cardiologia	18
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOC	Neurologia	10
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Emodinamica	0
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Stroke Unit	8
P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	UTIC	8

ATTO AZIENDALE

P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	UOS	Elettrostimolazione	0
P.O. TORTORA	UOS	Servizio Cardiologia	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOC	Cardiologia	14
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOS	UTIC	6
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Neurologia	12
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO		Stroke Unit	
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOC	Cardiologia	10
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOS	UTIC	6
Totale complessivo			204

DIPARTIMENTO	Dipartimento Reti Tempo Dipendenti
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	7
UOS	14
UOSD	5
Totale complessivo	26

Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile

Il Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano fragile aggrega servizi e blocchi funzionali che agiscono su aree omogenee di intervento riabilitativo intensivo/estensivo e di mantenimento. Nell'attuale scenario sanitario, nazionale, regionale la continuità di cura tra ospedale e territorio è un obiettivo prioritario per garantire i migliori risultati assistenziali, sia dal punto di vista del paziente (attenuare il senso di abbandono del paziente e dei familiari), sia dal punto di vista dell'organizzazione (appropriatezza delle cure e della gestione delle cronicità, ricorso appropriato al ricovero ospedaliero, presa in carico). Si tratta quindi di un'integrazione tra i vari livelli multidisciplinari di assistenza, ospedaliera e territoriale, in grado di operare in maniera coordinata, al fine di garantire un iter diagnostico – terapeutico coerente, appropriato ed individualizzato. Il settore della post-acuzie, per quanto poco definito e dai confini incerti, ha registrato una progressiva crescita in termini di posti letto attivi e di risorse impegnate. Il termine di post-acuzie definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di “acuzie” della malattia e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire. Per quanto concerne gli obiettivi, si tratta di cure che sono finalizzate ad accompagnare la stabilizzazione della malattia verso i due possibili esiti di “guarigione” o di “cronicità”. In ragione delle caratteristiche della patologia di base e dello specifico sviluppo delle cure gli obiettivi sono riferibili alle grandi categorie della Medicina Post Acuzie (Lungodegenza) ed al Recupero e Rieducazione Funzionale (Riabilitazione). L'area di raccordo è quella rappresentata dall'area post-acuta e delle cure intermedie e di mantenimento, ove

ATTO AZIENDALE

si collocano tradizionalmente una serie di funzioni intermedie omogenee di diversa intensità che per continuità assistenziale, opportunità tecnica, organizzativa, gestionale, ed economica, vengono aggregate all'interno del dipartimento. L'obiettivo strategico del dipartimento è il raggiungimento dell'efficienza dell'intero percorso clinico-assistenziale e riabilitativo ospedale-territorio, garantendo a monte del percorso un utilizzo appropriato dell'area acuta e della rianimazione, e dei posti letto di alta specialità riabilitativa, tradizionalmente ad alto costo, evitando che il paziente, per necessità assistenziali diverse, vi permanga impropriamente, e favorendo a valle del percorso, un intervento riabilitativo intensivo e/o contestuale trattamento terapeutico sub-intensivo e/o clinico-assistenziale, fino al completo reinserimento a domicilio e nel proprio ambito di vita sociale e di relazione, o un intervento riabilitativo di mantenimento nei confronti dei pazienti disabili e anziani fragili, clinicamente instabili, fino alla dimissione protetta a domicilio (ADI) o il trasferimento nelle RSA (se ancora bisognevole di assistenza e cure primarie) o infine, nel caso dei pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza, in speciali unità di accoglienza permanente. Obiettivo del dipartimento è, quindi, coordinare ed integrare tutte le attività creando percorsi riabilitativi in continuità assistenziale, senza salti o interruzioni, basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficienza, efficacia ed appropriatezza, tesi al massimo recupero della autonomia, ovvero alla prevenzione dei danni secondari e terziari, ed al contenimento della limitazione della partecipazione per consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e facilitare, ove possibile, la integrazione sociale e lavorativa.

Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Tipologia struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Somma di PL
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOC	Medicina Generale e delle Fragilità	14
OSPEDALE DI ROCCADASPIDE	UOSD	Lungodegenti	12
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	40
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI	UOSD	Lungodegenti	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOC	Recupero e Riabilitazione funzionale	60
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOC	Medicina Generale e delle Fragilità	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI AGROPOLI	UOSD	Lungodegenti	20
PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO	UOSD	Geriatrica	14
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	UOSD	Lungodegenti	16
Totale complessivo			216

DIPARTIMENTO	Dipartimento Post Acuzie e dell'Anziano Fragile
TIPOLOGIA STRUTTURA	Conteggio di Macro-area
UOC	4
UOSD	5
Totale complessivo	9

Coordinamento dei percorsi assistenziali

Il coordinamento dei percorsi assistenziali rappresenta un possibile modello di gestione per funzioni sanitarie emergenti o per percorsi diagnostici terapeutici integrati. Si configurano come punti di coordinamento di attività omogenee per finalità di tipologia di intervento e garantiscono in tal modo una più completa presa in carico per l'intero percorso assistenziale. Tale strumento di gestione del governo clinico si rende necessario considerati il numero di presidi ospedalieri e la vastità territoriale dell'ASL Salerno.

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multi-disciplinari ed inter-professionali relativi ad una specifica categoria di pazienti, costruiti in un determinato contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito. Essi coinvolgono più unità specialistiche e più professionisti, in tempi diversi e successivi ed hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, secondo il modello della Lean Organization, di contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, di assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, di ridurre al minimo i rischi per i pazienti e di migliorare gli esiti.

Sono "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche.

I principi guida che devono guidare la stesura dei percorsi vengono individuati nei seguenti punti:

- Miglioramento continuo;
- Focalizzazione sui bisogni del cliente;
- Riduzione delle variazioni della pratica clinica;
- Lavoro in team;
- Massimizzazione dell'efficienza.

I percorsi assistenziali possono, quindi, considerarsi come quegli strumenti di coordinamento ed integrazione atti a "favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse". Il coordinamento dei percorsi assistenziali integrati, e primariamente del sistema, consentirà di superare concretamente i limiti dei modelli assistenziali organizzativi e gestionali che si sono rivelati inadeguati sia sul piano della risposta ai bisogni reali di salute del cittadino, sia sul piano economico. Infatti, l'approccio per processi non solo definisce in apposite sequenze le attività e i trattamenti rivolti ai pazienti ma collega ad essi i costi. Tale modello organizzativo permetterà all'azienda di gestire l'intera rete dei servizi, coinvolta nella presa in carico dei cittadini con la medesima condizione di salute. Un percorso, infatti definisce l'intera gestione del problema di salute, dal primo contatto del paziente al follow-up. L'orientamento per processi sottende una diversa impostazione strategica aziendale che si prefigge una rimodulazione del modello di assistenza che miri in primo luogo ad una concreta integrazione tra ospedale e territorio. Il concetto di appropriatezza, infatti, non va applicato soltanto alle attività clinico-assistenziali ma anche e primariamente al "dove" (setting). L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e di tempi disponibili) ai fabbisogni del paziente è un pre-requisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente. Superare la contrapposizione dualistica

ATTO AZIENDALE

ospedale distretto implica, pertanto, la costruzione di “ponti” non solo culturali, ma anche organizzativi ed operativi quali appunto i percorsi assistenziali integrati. In sintesi, il coordinamento dei percorsi assistenziali ha lo scopo di promuovere un modello di gestione integrato delle varie componenti dell’offerta di salute, capace di cogliere il “bisogno” di salute complessivo del paziente sia adulto che pediatrico, di assicurare la continuità assistenziale, l’efficacia, l’appropriatezza e l’efficienza dell’offerta sanitaria vista.

Il principio su cui si basa l’applicazione del coordinamento dei percorsi assistenziali, che sarà affidato secondo le modalità previste dall’art. 48 del presente atto aziendale, è quello secondo il quale, per meglio governare l’attività assistenziale di un’organizzazione sanitaria, occorre poterne analizzare, controllare ed ottimizzare i processi diagnostico-terapeutici, monitorandone gli aspetti qualitativi. Lo strumento dei percorsi assistenziali mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia, rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.

I percorsi assistenziali saranno in grado di influenzare positivamente l’integrazione tra aspetti clinici ed organizzativi, favorendo l’appropriatezza delle prestazioni erogate producendo una reale responsabilizzazione sui costi. Ai fini della attivazione dei coordinamenti dei percorsi assistenziali si procederà con successivi provvedimenti alla:

- Individuazione dei raggruppamenti di casi maggiormente rappresentati via livello aziendale (per volume di attività svolta, per variazione della pratica clinica ed altro) che rappresenteranno l’oggetto di definizione del percorso;
- Analisi di massima dei reali percorsi, riferiti ai casi più frequenti, che il paziente segue nel suo percorso di cura in base alle informazioni tratte dalla SDO, dalla cartella clinica e dal fse;
- Definizione dettagliata dei percorsi che si dovranno implementare e che rappresenta lo standard con cui confrontare l’attività effettivamente svolta.

IL COORDINAMENTO DI PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI PERMETTE

La valutazione della congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili
L’instaurazione di un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo
La misurazione delle attività e degli esiti con indicatori specifici
La definizione degli obiettivi, dei ruoli e degli ambiti di intervento
La garanzia di chiarezza delle informazioni all’utente e di chiarezza dei compiti agli operatori
La riproducibilità e l’uniformità delle prestazioni erogate
La flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti
La visione totale della problematica da gestire
La definizione del miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute
L’identificazione dei nodi critici dei processi clinico assistenziali per intervenire e del senso di responsabilità complessiva dell’organizzazione sui risultati

I RISULTATI ATTESI

Aumentare, potenziare e rafforzare i contatti tra medico e paziente, riducendo così gli accessi non necessari presso strutture ospedaliere

ATTO AZIENDALE

Assicurare l'accesso alle informazioni ai medici coinvolti nella diagnosi e cura di una patologia per scegliere percorsi di cura più adatti al paziente
Incrementare i rapporti tra la struttura ospedaliera e i professionisti del territorio assicurando un più elevato grado di integrazione verticale
Migliorare i rapporti tra gli operatori di differenti strutture ospedaliere garantendo una integrazione orizzontale
Testare le capacità adattive della struttura e dell'infrastruttura tecnologica al progressivo allargamento del numero di problemi di salute da includere nel progetto
Favorire la diffusione delle logiche di percorso clinico-assistenziale sia all'interno che all'esterno dell'azienda, anche recependo opinioni utili al loro miglioramento
Sviluppare meccanismi di collaborazione tra soggetti diversi utili alla crescita professionale di tutti i professionisti sanitari coinvolti

Macro-Area della provincia di Salerno

L'area della provincia di Salerno conta 1.101.763 abitanti, dove sono stati previsti dal DCA 103/2018 3.813 posti letto pari a 3,5 posti letto per mille abitanti, in leggero incremento rispetto a quelli esistenti. Con DGRC 378/2020 sono stati ulteriormente incrementati i posti letto per l'area intensiva e sub intensiva.

Nella città di Salerno, insiste l'ospedale di riferimento dell'**Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona**, costituita dai presidi ospedalieri funzionalmente accorpati di:

- "S. Leonardo" di Salerno;
- "Fucito" di Mercato S. Severino;
- "Da Procida" di Salerno;
- "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava dei Tirreni;
- "Italia Giordano" di Castiglione di Ravello.

Il Bacino di utenza giustifica la presenza di un minimo di 8 a un massimo di 13 punti di accesso al sistema emergenza-urgenza. L'estensione del territorio, la difficile viabilità in alcune zone, la necessità di integrare la risposta alla domanda proveniente dalla zona sud- ovest della provincia di Avellino e dall'ASL Napoli 3 Sud, sono elementi che inducono a prevedere il maggior numero di accessi alla rete dell'emergenza-urgenza.

Tanto premesso, si elencano i seguenti punti di accesso programmati nella rete di emergenza urgenza territoriale.

DEA di I e II Livello Sedi di PRONTO SOCCORSO

- **L'A.O.U. Ruggi d'Aragona** è DEA di II livello al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub nella rete cardiologica, nonché centrale operativa CTS in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche, spoke II livello per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive. Viene programmata una dotazione di nuove discipline a corredo del DEA II livello: Chirurgia Plastica, Reumatologia, nonché Unità spinale (cod. 28) e Neuro-riabilitazione (cod. 75).

Data la vastità e variabilità del territorio si individuano 6 DEA di I livello presso:

1) DEA Vallo della Lucania/Agropoli

ATTO AZIENDALE

- **Il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Vallo della Lucania:** sede di pronto soccorso al servizio della vasta area sud della provincia, viene individuato quale SU1L (Stroke Unit di 1 livello) nella rete dell'Ictus, hub nella rete cardiologica (IMA), spoke di II livello nella rete delle emergenze pediatriche, oltre che CTZ nella rete traumatologica. Inoltre, è spoke nelle emergenze gastroenteriche e spoke nella rete del dolore. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza. Viene annesso il presidio di Agropoli.
- **P.O. Agropoli** - individuato quale ospedale di zona disagiata - già centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico attesa la collocazione in zona turistica e difficilmente raggiungibile viene potenziata quale struttura con 20 posti letto di Medicina Generale; Riceve la connotazione di P.O. ad indirizzo Riabilitativo con posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (area respiratoria-cardiologica-neurologica-traumatologica) e posti letto di lungodegenza. Ospita un centro diurno territoriale per i disturbi del comportamento alimentare.

2) DEA Nocera/Pagani/Scafati

- **P.O. di Nocera Inferiore:** sede di pronto soccorso hub nella rete cardiologica, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke di II livello nella rete delle emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze gastroenteriche. I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva post-operatoria. Viene individuato quale SU2L (Stroke Unit 2 livello) nella rete dell'Ictus, in quanto viene assegnata la popolazione residente nel DS 58 dell'ASL Napoli 3 Sud, nelle more dell'attivazione della seconda SU nella macroarea dell'ASL Napoli 3 Sud, che nel vigente PRO è programmata nel DEA 1 livello San Leonardo di Castellammare di Stabia. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza.
- **P.O. Pagani:** configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno e si caratterizza per la presenza di posti letto di ematologia, oncologia, chirurgia generale ad indirizzo oncologico, dermatologia ad indirizzo oncologico e connessa attività di foto-dermatologia e rianimazione. L'attività di onco-ematologia pediatrica continuerà ad essere erogata dalla U.O. di Pediatria del P.O. Umberto I di Nocera sino all'attivazione di tale attività nello stabilimento di Pagani. È previsto, nel P.O. di Pagani, un servizio di cardiologia. È infine, programmata l'attività di radioterapia. Spoke I livello nella rete della terapia del dolore.
- **P.O. Scafati** è configurato quale presidio ospedaliero con Pronto Soccorso ad indirizzo pneumologico corredato dei servizi diagnostici finalizzati alla attività di bronco-pneumologia. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia. Riceve la connotazione di PO ad indirizzo Riabilitativo con posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (area respiratoria-cardiologica-neurologica-traumatologica) e posti letto di lungodegenza.

3) DEA Eboli/Battipaglia/Roccadaspide

- **Il P.O. Eboli:** sede di Pronto soccorso è hub nella rete cardiologica. Viene individuato quale Spoke nella rete dell'Ictus con posti letto dedicati. Si configura come DEA 1° livello nella rete emergenza/urgenza.
- **Il P.O. di Battipaglia:** sede di pronto soccorso, riveste il ruolo di PST nella rete Trauma; Viene potenziato il punto nascita. È spoke di I livello nella rete pediatrica con posti 2 posti letto di rianimazione pediatrica. Si configura come DEA 1 livello nella rete emergenza/urgenza.

ATTO AZIENDALE

- **P.O. di Roccadaspide – individuato quale Ospedale di zona disagiata**, integrato nella rete ospedaliera sarà dotato di un'area chirurgia polispecialistica, con attivazione di percorsi clinici assistenziali per le diverse branche dell'area chirurgica, una unità operativa di medicina generale ed un pronto soccorso integrato con il DEA di Riferimento.

4) DEA di Sarno

Spoke nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma, avendone già la configurazione, spoke I livello nella rete emergenze pediatriche; conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza e riceve la configurazione di DEA di I livello nella rete dell'emergenza/urgenza

5) DEA PO di Polla

Conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza ed è identificato quale SUIL nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST nella rete Trauma. Spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. Si configura come DEA di I livello nella rete dell'emergenza/urgenza.

6) DEA PO di Sapri

Sede di pronto soccorso, costituisce spoke nella rete cardiologica e nella rete ictus, PST rete Trauma, spoke di I livello nelle emergenze pediatriche. Si configura nella rete dell'emergenza/urgenza come DEA di I livello.

Presidi Ospedalieri Sedi Di Pronto Soccorso

- Il **P.O. di Oliveto Citra** è confermato quale ospedale con pronto soccorso tenuto conto del numero degli accessi. È PST nella rete traumatologica e spoke di II livello nella rete della terapia del dolore rispetto all'hub dell'A.O. dei Colli. Ospita il DH di Psichiatria gestito dal Dipartimento di Salute Mentale.

La rete dei Pronto Soccorso deve poter coprire il territorio garantendo l'accesso nei tempi previsti. Sono, inoltre, configurati come pronto soccorso e spoke nelle reti i seguenti presidi ospedalieri, con posti letto in potenziamento rispetto alle discipline minime:

- Il **P.O. di Mercato S. Severino** e il **P.O. di Cava dei Tirreni** (facenti parte della AOU Ruggi) permangono come sede di pronto soccorso collegati al DEA del Ruggi. Sono entrambi spoke nella rete IMA.

Si individuano inoltre le seguenti **Strutture di accesso in deroga** per le quali dovranno, comunque, essere previste specifiche modalità e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza, non gestibili in loco:

- Il **P.O. di Castiglione di Ravello**, annesso all'AOU Ruggi di Salerno con 20 posti letto;
- Il **P.O. di Roccadaspide** come precedentemente descritto.

Il **P.O. "Da Procida"** (AOU Ruggi) di Salerno riveste un ruolo rilevante in area riabilitazione (cod. 56), anche con l'assegnazione di nuovi posti letto di lungodegenza cod. 60. Il piano prevede la rimodulazione complessiva dei posti letto con una AFO Medica (Neurologia e Pneumologia) per 14 p.l., n. 56 posti letto codice 56 di riabilitazione intensiva in costanza di ricovero (sia per la MDC 8 che MDC1 che MDC5), n. 22

ATTO AZIENDALE

posti di neuro-riabilitazione con Centro risvegli, 15 di unità spinale e n. 30 posti di lungodegenza codice 60. Complessivamente, quindi, il sistema ospedaliero nella provincia di Salerno offre 15 punti di accesso alla rete emergenza urgenza così articolati:

- 1 DEA di II livello – AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona;
- 6 DEA di I livello – ASL Salerno;
- 6 Pronto Soccorso – AOU Ruggi/ASL Salerno.

Le Reti Assistenziali

Le reti assistenziali sono costruite secondo un modello organizzativo che deve assicurare la corretta presa in carico del paziente, correlando, in maniera coordinata, sulla base di una formale indicazione programmatica, l’insieme delle risorse (professionisti, strutture, tecnologie e servizi) per le singole patologie, assicurando la continuità dell’assistenza e l’appropriatezza in tutte le sue forme.

Partendo dai bacini di popolazione, dai contesti epidemiologici e dall’analisi dei fabbisogni e dal patrimonio edilizio reale esistente, in questo Atto Aziendale vengono declinate e formalizzate in maniera compiuta le principali Reti dell’Emergenza Urgenza, le Reti Tempo-dipendenti e le Reti cliniche per le principali Patologie.

Il disegno della rete costituisce il principale modello di governo del sistema e rende esplicita e comunica in maniera chiara la visione sanitaria complessiva, lo sviluppo del sistema dell’Emergenza/Urgenza e dell’assistenza in senso lato. Descrive, inoltre, i modelli di riorganizzazione del SSR per una migliore efficienza ed assistenza, sviluppa nuove forme di organizzazione e fornisce gli indirizzi per il miglioramento del sistema nel suo insieme.

La costruzione della Rete, nella sua dimensione di macroarea della provincia di Salerno e di intera regione, permette di rendere la sanità regionale il più equa possibile, nell’ordine principale della sicurezza e dell’appropriatezza delle cure.

Le reti non sono immutabili, per definizione devono risultare flessibili, nell’ambito di mutate esigenze o per sopravvenute criticità. Affinché la “rete” sia efficace, essa deve essere basata sull’esistenza di un PDTA regionale che definisce in maniera chiara ed inequivocabile il ruolo dei nodi della rete nel processo assistenziale, attraverso anche una adeguata formazione omogenea degli operatori della rete stessa.

Per alcune attività assistenziali ad elevatissima specialità e a bassa diffusione, o in particolari contingenze temporali, potranno essere organizzate equipe specializzate che si muovono nell’ambito della Rete.

Articolazione della Rete dell’emergenza-Urgenza

Premessa

All’interno dell’impianto della rete configurato sulla base dell’articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell’emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale, secondo le indicazioni del PRO, nonché il collegamento delle reti tempo-dipendenti alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete emergenza/urgenza;

ATTO AZIENDALE

- La rete ima;
- La rete ictus;
- La rete traumatologica;
- La rete delle emergenze pediatriche;
- La rete dell'emergenze digestive;
- La rete neonatologica.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli, per permettere, secondo le esigenze assistenziali del paziente, anche un cambio di setting assistenziale. Nei paragrafi successivi viene riportata l'articolazione della rete emergenza-urgenza, alla base della costruzione della rete ospedaliera, delle reti tempo-dipendenti e delle altre reti per patologia.

L'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale, appare oggi ancora un aspetto critico del sistema. È necessario ancora migliorare i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118.

Vanno previsti, nell'applicazione del presente Atto, adeguati sistemi di trasporto anche di tipo secondario, sia nell'ambito delle reti che tra stabilimenti di uno stesso presidio.

Le risorse del territorio, inoltre, vanno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico:

In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolte richiede:

- Un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- La creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- La formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- L'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati.

La Rete Territoriale Emergenza-Urgenza e il Sistema 118

Il Sistema Sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera". La prima è costituita dal sistema di allarme sanitario della Centrale Operativa del 118 e dalle Attività Territoriali di Soccorso. La seconda è costituita dai servizi e dai presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e organizzati in maniera gerarchica. Le due componenti operano in conformità ai contenuti del D.P.R. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di

ATTO AZIENDALE

assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.

La rete territoriale dell'Emergenza/Urgenza ed il sistema 118 devono agire in coerenza e nel rispetto dei nodi delle Reti Tempo-dipendenti e delle Reti cliniche.

La Centrale Operativa del 118

La C.O.T 118 ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processo delle chiamate, di identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento.

Essa inoltre:

- Coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza, gestisce operativamente tutti i mezzi di soccorso disponendo eventuali movimentazioni estemporanee, qualora se ne ravvedesse la necessità per situazioni contingenti che si possano presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza-urgenza (riduzione del free therapy interval, adeguata risposta alla richiesta di soccorso, ecc);
- Assicura le attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori di emergenza (vvf, protezione civile, ucr, ecc.) Ed il coordinamento delle emergenze locali intra ed extra-ospedaliere;
- È responsabile della programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio, in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale.
- È responsabile dell'appropriatezza del trasporto nella scelta, per i pazienti eleggibili per trattamenti specialistici, dell'ospedale più adeguato all'interno della rete in cui è prevista la specifica attività, nel rispetto dello specifico protocollo.

La Centrale Operativa opera in stretto collegamento funzionale con le altre strutture della rete, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero. In esse vi operano medici e infermieri con specifico addestramento in grado di effettuare una valutazione immediata del livello di urgenza della chiamata. Il personale al momento della risposta:

- **Localizza l'evento** tramite le informazioni ricevute al momento della risposta;
- **Valuta la gravità dell'evento**, ponendo alcune domande semplici al chiamante, e assegna alla richiesta una priorità di intervento attraverso l'attribuzione di un codice colore di gravità;
- **Invia i mezzi di soccorso** idonei all'emergenza e al suo livello di priorità. I mezzi generalmente utilizzati sono le **ambulanze** (che possono essere "*medicalizzate*", cioè con medico a bordo, "*infermieristiche*" con infermiere a bordo, oppure "*primo soccorso*", con soccorritori adeguatamente addestrati e formati all'intervento di soccorso e alle manovre di rianimazione con defibrillatore), l'**automedica** e l'intervento, quando ritenuto necessario, dell'**elisoccorso**;
- **Coordina lo svolgimento dell'intervento di soccorso**, assicurando l'efficace risposta extra-ospedaliera e raccordandosi con i presidi ospedalieri per assicurare idonee cure ai pazienti soccorsi;
- **Gestisce l'intera rete territoriale di emergenza-urgenza sanitaria**, compreso il trasporto di organi, se richiesto.

ATTO AZIENDALE

Per adempiere alle loro funzioni le Centrali Operative sono dotate di un sistema informatico, di applicativi per la geolocalizzazione dei mezzi di soccorso, sistemi radio e telefonici.

Solo la Centrale Operativa 118 può inviare mezzi di soccorso in risposta alle richieste di intervento, avendo questa il fondamentale compito di gestire la **Rete Territoriale di Emergenza Sanitaria**. La Rete di Emergenza Territoriale è composta da numerose postazioni, diffuse sul territorio di competenza, di ambulanze ed automediche e si integra con la Rete di Elisoccorso Regionale. La rete territoriale è integrata con i Presidi Ospedalieri affinché al giusto soccorso consegua il trasporto del paziente in un Ospedale idoneo e predisposto per il trattamento della specifica patologia. L'attività del 118 è regolata in particolare dal "Sistema Dispatch", un documento organizzativo che nasce dalla esigenza di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio regionale, ottimizzando l'operato dei sistemi 118 e garantendo la migliore assistenza sanitaria possibile in situazioni di emergenza/urgenza.

Il DM 70/15 prevede la ridefinizione dei bacini di riferimento delle centrali operative, definendo uno standard pari a una centrale per un bacino di riferimento non inferiore a 0,6 milioni e oltre di abitanti.

Le centrali operative, gestite dalle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, ridefinite sulla base del bacino d'utenza, ma anche delle condizioni di viabilità e orografiche sono state così programmate:

- COT Avellino
- COT Benevento
- COT Caserta
- COT Napoli 1 centro
- COT Napoli 2 ovest
- COT Napoli 3 est
- **COT Salerno**

Il fabbisogno di mezzi

Il fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuato in un mezzo di soccorso ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km². La Asl Salerno implementerà il numero di mezzi di soccorso avanzato mediante auto-mediche e mezzi di soccorso di base ed il numero complessivo di mezzi di soccorso base secondo le necessità in base al numero di interventi in codice verde. Di seguito si riporta il fabbisogno regionale come da DCA 103/2018 calcolato tenendo conto anche delle indicazioni riportate nel documento Agenas "Monitor 27 del 2011".

Fabbisogno regionale MSA per provincia DCA 103/2018			
	Km ²	Ab.	TOTALE
AV	2.806	421.523	9
BN	2.080	279.127	7
CE	2.651	923.445	14
NA	1.179	3.101.002	33
SA	4.954	1.101.763	19
TOTALE	13.671	5.826.860	82

ATTO AZIENDALE

La funzione di elisoccorso

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

Per il fabbisogno di basi operative di elisoccorso, il piano prevede i seguenti standard:

- **Per i mezzi diurni:** una base operativa per una previsione media di interventi compresi tra 400 e 600 all'anno; tale fabbisogno è motivato dalla numerosità dei mezzi a terra e alla definizione della rete ospedaliera.
- **Per i mezzi notturni:** una base operativa per una previsione media di interventi compresa tra 350 a 550 all'anno. Il servizio di elisoccorso deve essere integrato con il sistema di soccorso a terra, tramite adeguata reti di eli-superfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed eli-superfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate.

Considerata l'estrema lunghezza geografica della Regione Campania, e la presenza di 3 isole a grande impatto turistico, pur essendo le missioni attualmente svolte al di sotto delle 600 unità annue, viene programmato a livello regionale il mantenimento di 2 basi operative regionali Helicopter emergency medical service (HEMS) (Cardarelli, Pontecagnano). Di seguito si riporta la tabella delle elisuperfici, ed in particolare quelle attive nell'area della provincia di Salerno.

ATTO AZIENDALE

BASI OPERATIVE DELLE ELISUPERFICI		
Denominazione	Coordinate	Nota
Napoli A.O.R.N. "Cardarelli"	40°52,085 N – 014°13,556E	N
Aeroporto Pontecagnano	40°37,12N – 014°54,45E	N
ELISUPERFICI A SERVIZIO DI COMUNITA' ISOLATE		
Denominazione	Coordinate	Nota
Capri	40°35,525 N - 014°12,091 E	
Ischia Casamicciola	40°45,085 N – 013°53,924 E	N
Procida	40°44,60 N – 014°00,49 E	N
ELISUPERFICI OCCASIONALI INTERESSATE E NON INTERESSATE DA ATTIVITÀ SIGNIFICATIVA AREA SALERNO		
Denominazione	Coordinate	Nota
AGROPOLI (SA)	40°20,450 - 015° 00,100 - Campo sportivo	
AMALFI (SA)	40°37,930 - 014°36,180 - Estremità molo est	
BATTIPAGLIA	40° 36,430 - 014° 58,980 - Spazio antistante l'ospedale	
CAPACCIO (SA)	40° 25,050 - 015° 04,040 - Campo sportivo in terra	
CAVA DEI TIRRENI	40°42,010 - 014°42,230 - Stadio vicino al cimitero	
EBOLI	40°37,040 - 015°03,300 - Campo sportivo vicino autostrada	
MAIORI (SA)	40° 38,900 - 014° 38,100 - Molo parte terminale della diga	
MERCATO SAN SEVERINO (SA)	40° 46,600 - 014° 44,800 - Campo sportivo adiacente ospedale	
MINORI (SA)	40° 38,900 - 014° 37,650 – Pontile	
NOCERA INFERIORE (SA)	40° 44,800 - 014° 39,150 - Campo sportivo presso caserma	
OLIVETO CITRA (SA)	40° 41,400 - 015° 13,900 - Presso l'ospedale	
PAGANI	40°44'50,30 - 14° 36'52,77 -	
POLLA (SA)	40° 30,833 - 015° 29,633 - Campo sportivo	
POSITANO (MONTEPERTUSO) (SA)	40° 37,970 - 014° 29,636 - A NE del paese, in quota	
POSITANO (CARCARONE)	40°37,683 - 14° 29,116 - Piccolo quadrato in cemento pos. A valle ss 163 interno insenatura	
POSITANO (MOLO PORTO)	40° 37,683 - 14° 29,116 - Piccolo spazio a forma di triangolo, in cemento posto all'estremità N della spiaggia del paese	
ROCCADASPIDE	40°25'28,49 - 15° 11'30,60 - Terrazzamenti in asfalto area adiacente l'ospedale	
SALERNO	40°38,750 - 014°48,600 -	

La rete territoriale nel sistema di emergenza/urgenza

Il Sistema Emergenza Urgenza Territoriale 118 dell'Asl Salerno è gestito dall'UOC Emergenza – COT 118 e si compone di una Centrale Operativa unica (DCA 103/2018) nelle sue due componenti di Salerno e Vallo della Lucania, e di una parte territoriale composta da postazioni mobili diversamente composte.

La Centrale Operativa nelle sue due componenti di Salerno e Vallo della Lucania è composta da sei postazioni operatore, più altre postazioni con varie attribuzioni: gestione delle maxi-emergenze, telecardiologia ecc.

Ciascuna delle postazioni è dotata della strumentazione per i sistemi di telefonia, di telecomunicazioni, del server di gestione informatica (che utilizza un software per la gestione delle chiamate di soccorso, la registrazione delle chiamate, l'attivazione dei mezzi di soccorso e l'archiviazione con funzioni di segreteria degli interventi svolti sul territorio) e della strumentazione dedicata alla registrazione del flusso telefonico in entrata e in uscita sulla rete telefonica 118.

La strumentazione non consente la registrazione di conversazione telefoniche fra strutture sanitarie facenti parte del territorio interessato dal servizio operativo, quando la Centrale Operativa non sia coinvolta.

ATTO AZIENDALE

Organizzazione dei mezzi di soccorso

Sul territorio dell'ASL Salerno sono operativi vari mezzi di emergenza, che vengono implementati nel periodo estivo per far fronte agli aumentati afflussi nelle zone turistiche.

La dotazione dei mezzi di emergenza è, su scelta aziendale, normalmente omogenea, onde permettere una piena interscambiabilità degli stessi; tuttavia, essa può variare in particolar modo su mezzi speciali, come idro-ambulanze e moto mediche.

Gli equipaggi delle ambulanze e delle auto mediche sono costituiti da personale misto dipendente ASL e personale delle associazioni in convenzione con l'ASL Salerno e può variare a seconda delle esigenze del momento e delle risorse disponibili:

- Equipaggio 1- (Auto Medica) - Mezzi Soccorsi Avanzato – MSA:
 - 1 medico dipendente o convenzionato;
 - 1 infermiere;
 - 1 autista soccorritore.
- Equipaggio 2 – (Ambulanza) – Mezzo Soccorso Base - INDIA:
 - 1 infermiere;
 - 1 autista soccorritore.
- Equipaggio 3 – (Ambulanza) – Mezzo Soccorso Base – VICTOR
 - 1 autista soccorritore;
 - 1 soccorritore volontario

Ai mezzi di soccorso innanzi descritti si aggiungono l'elisoccorso, le idro-ambulanze e le moto mediche che offrono la possibilità di trasportare un'équipe specializzata in luoghi distanti e disagiati nei quali i mezzi convenzionali avrebbero maggiori difficoltà, riducendo anche i tempi di trasferimento dei pazienti critici negli ospedali più idonei.

Gli elicotteri hanno gestione prevalentemente regionale e vengono movimentati dalla centrale operativa regionale (CORE), le idro-ambulanze vengono attivate prevalente nel periodo estivo onde permettere di raggiungere via mare zone di difficile o impossibilitato accesso terrestre.

Le moto mediche permettono una migliore operatività in complesse situazioni di mobilità sia urbana che extraurbana e consentono di raggiungere tempestivamente aree disagiate e/o intensa mobilità, soprattutto nell'area ad elevato afflusso turistico.

Auto medica e protocolli operativi

L'automedica, classificata come un *Mezzo di Soccorso Avanzato* (MSA) è un mezzo di soccorso utilizzato per trasportare sul luogo dell'evento un'équipe sanitaria con competenze avanzate e la relativa attrezzatura medica ed un importante tassello nel sistema di emergenza territoriale, che permette un rapido trasporto di un'équipe sanitaria avanzata sul luogo di un evento sanitario critico, permettendo una maggiore flessibilità nell'impiego della figura medica sui soccorsi in emergenza.

L'attivazione dell'automedica avviene su esclusiva decisione da parte della Centrale Operativa competente, normalmente in associazione ad un mezzo di soccorso base (INDIA o VICTOR) su indicazione di un codice di gravità maggiore. Dopo la valutazione del paziente e l'erogazione delle prime cure, l'équipe può, in base alla

ATTO AZIENDALE

gravità del quadro clinico, accompagnare il paziente in ospedale a bordo dell'ambulanza oppure riprendere attività di automedica, affidando il paziente alle cure dell'equipaggio del mezzo congiuntamente intervenuto.

L'automedica può quindi, fornire supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse, oppure, a volte, intervenire per trattare direttamente un paziente che non necessiti del successivo trasporto in ospedale. Interviene generalmente solo su codici di maggiore gravità, lasciando tutti gli altri codici ai mezzi INDIA o VICTOR.

Fornisce quindi, un **supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base** in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse, oppure, a volte, interviene per **trattare direttamente un paziente** laddove la Centrale operativa ritenga necessario l'intervento di un medico.

Oltre alla rete territoriale la configurazione dell'ASL Salerno prevede la riorganizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, disegnando una rete di presidi, a complessità crescente, che metta in relazione le componenti ospedaliere e territoriali. Dall'identificazione del ruolo assegnato ad ogni struttura, descritto per singole macroaree, ne deriva un disegno a matrice della rete dell'emergenza/urgenza ospedaliera e territoriale come di seguito riportato:

MODELLO A MATRICE EMERGENZA/URGENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA MACROAREA SALERNO						
HUB	SPOKE	OSPEDALE SEDE DI PRONTO SOCCORSO	OSPEDALE DI ZONA DISAGIATA	PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA	CENTRALE OPERATIVA	POSTAZIONI TERRITORIALI
DEA II LIVELLO	DEA I LIVELLO	PRONTO SOCCORSO	PRONTO SOCCORSO DISAGIATO	SENZA FUNZIONE DI EMERGENZA	118	EMERGENZA
A.O.U. RUGGI DI SALERNO	P.O. NOCERA	P.O. OLIVETO CITRA	P.O. ROCCADASPIDE	P.O. AGROPOLI	COT SALERNO	DS 60 - 1.Nocera Inferiore - 2.Nocera Superiore
	P.O. EBOLI					DS 61 - 3.Angri - 4.Scafati 1 - 5.Scafati 2
	P.O. BATTIPAGLIA	P.O. SCAFATI	P.O. CASTIGLIONE DI RAVELLO	P.O. PAGANI (stabilimento DEA Nocera ad indirizzo oncologico)		DS 62 - 6.Sarno - 7.Pagani - 8.San Marzano sul Sarno
	P.O. SARNO					DS 63 - 9.Cava dei Tirreni - 10.Vietrisul Mare - 11.Amalfi - 12.Maiori - 13.Positano
	P.O. VALLO DELLA LUCANIA	P.O. MERCATO S. SEVERINO (PO DELL'AO U RUGGI)		DA PROCIDA (stabilimento a indirizzo riabilitativo dell'AO U Ruggi)		DS 64 - 15.Eboli 16.Oliveto Citra 17.Buccino 18.Serre 19.Campagna
	P.O. SAPRI					DS 65 - 20.Battipaglia - 21.Bellizzi
	P.O. POLLA	P.O. CAVA DE TIRRENI (PO DELL'AO U RUGGI)				DS 66 - 22.Salerno1 - 23.Salerno2 - 24.Salerno3 - 25.Salerno4 26.Salerno5 - 27.Salerno6 28.Salerno7 - 29.Salerno8
						DS 67 - 30.Mercato San Severino 31.Fisciano - 32.Baronissi - 33.Siano
						DS 68 - 34.Pontecagnano - 35.Giffoni Valle Piana - 36.Acerno
						DS 69 - 37.Piaggine - 38.Bellosguardo - 39.Capaccio 1 40.Capaccio 2 - 41.Capaccio 3 42.Rocccadaspide
						DS 70 - 43.Agropoli 1 44.Agropoli2 - 45.Agropoli 3
						46.S.M. Castellabate - 47.Ascea - 48.Gioi - 49.Vallo della Lucania 1 50.Vallo della Lucania 2 51.Montano Antilia 52.Omignano
						DS 71 - 52.Centola/Palinuro - 53.Camerota Polcastro - 54.Casaletto Spartano - 55.Sapri DS 72 - 56. Padula/Montesano - 57.Teggiano - 58.Sanza - 59.Polla/Sant'Arsenio - 60.Sala Consilina

La rete degli ospedali nel sistema emergenza-urgenza

I livelli ospedalieri

La modalità di risposta all'emergenza-urgenza nell'ASL Salerno si articola su diversi livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica, tale da comprendere strutture ospedaliere di base, DEA di I° e II° livello. In particolare, la rete ospedaliera dell'emergenza è organizzata su diversi livelli di operatività:

- **Ospedali in zone particolarmente disagiate.** Sono presidi ospedalieri di base prevedibili in zone particolarmente disagiate (zone montane, isole, ecc), distanti almeno 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di P.S.) per bacini di utenza inferiori agli 80.000 abitanti. In questi presidi occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia ridotta con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e dotati indicativamente di:
 - un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
 - una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina;
- **Ospedali di base sede di Pronto Soccorso,** previsto per un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e numero di accessi superiore a 20.000. È deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso deve essere dotato di posti letto di osservazione breve intensiva (OBI) proporzionati al bacino di utenza ed alla media degli accessi;
- **Ospedali sede di DEA di I livello.** Esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II livello (hub) per livello superiore di cura. La struttura sede di DEA di I livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza;
- **Ospedali DEA di II livello.** Esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I° livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua le funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità (Centro ustioni, Centro Trapianti Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La struttura sede di DEA di II° livello serve un bacino d'utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza.

Organizzazione area assistenza emergenza

In ogni ospedale dotato di pronto soccorso è presente un'area di triage infermieristica, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, nel rispetto del principio che *“ad ogni livello, il triage è lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento”*.

ATTO AZIENDALE

I Posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono previsti nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I e nei presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiori a 20.000. L'OBI non è prevista nei Punti di Primo Intervento (PPI). La postazione OBI è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura nel rispetto della privacy e del confort. La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 6.000 accessi al Pronto Soccorso. Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S. Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non sono considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero. Le postazioni di OBI sono dotate di sistemi di monitoraggio multi parametrico del paziente.

In ogni presidio ospedaliero sede di DEA di I e di II livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 50.000, dovrà essere presente un reparto di medicina d'urgenza (a valere sui p.l. della disciplina di medicina d'emergenza e d'urgenza). Per la ASL Salerno, i presidi che rientrano nella fattispecie summenzionata sono il DEA di Nocera/Pagani/Scafati ed il DEA Vallo della Lucania. L'area del PS-OBI e della Medicina d'Urgenza a regime dovrà essere dotata di un organico unico e funzionalmente integrato sotto la responsabilità di un unico dirigente medico. Dovranno inoltre essere previsti percorsi diagnostico terapeutici integrati con le unità operative di Medicina Generale.

Il modello programmato complessivamente propone una organizzazione in rete in grado di realizzare un processo di razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, una comunicazione con il territorio con l'obiettivo di spostare il baricentro delle cure, ed elevare la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti. Sono previsti, per l'ASL Salerno, **n° 2 Ospedali in zone particolarmente disagiate**. Essi rispondono a particolari esigenze territoriali, oro-geografiche, di comunicazione, di ciclicità assistenziale legata a fenomeni turistici, esigenze che esigono comunque una risposta assistenziale in emergenza/urgenza finalizzata ad una presa in carico del paziente.

Esclusivamente nella sede del PO di Roccadaspide (PO afferente al DEA Eboli/Battipaglia/ Roccadaspide) viene garantita un'attività di pronto soccorso, con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto: l'accesso in urgenza/emergenza, l'osservazione, la stabilizzazione, la cura ove compatibile, o il trasferimento secondario ove necessario. La ASL Salerno sta predisponendo la modalità di presa in carico, procedure di assistenza e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza.

Di seguito la tabella della rete provinciale per l'emergenza/urgenza che pone in raccordo tutte le strutture ospedaliere identificandone il rispettivo ruolo nella rete, declinata per le singole aree geografiche per la cui articolazione è stato utilizzato il modello a matrice proposto da Agenas.

DCA 103/2018 - Rete dell'Emergenza-Urgenza nella Macro-Area della Provincia SA				
AREA	DEA II (HUB)	DEA I (SPOKE)	PS	Struttura In Zona Particolarmente Disagiata
ASL SA	AOU Ruggi di Salerno	P.O. Vallo della Lucania P.O. Nocera P.O. Eboli P.O. Battipaglia P.O. Sarno P.O. Polla P.O. Sapri	P.O. di Cava dei Tirreni P.O. Mercato S. Severino P.O. Oliveto Citra P.O. di Scafati	PO Italia Giordano di Castiglione di Ravello P.O. Roccadaspide

L'articolazione delle reti tempo dipendenti

La necessità di intervenire in situazioni di urgenza all'interno di definiti parametri temporali è universalmente riconosciuta come **gold standard** assistenziale, oltre che di buon senso e di logica. Le Evidenze Scientifiche raccomandano per le singole patologie, oltre la tempestività dell'intervento, l'adesione a protocolli e procedure, racchiuse ordinariamente nello strumento specifico del PDTA.

È perciò indispensabile, nel contesto di una programmazione di rete tempo dipendente, prevedere che il percorso assistenziale che procede lungo la traccia della rete, sia governato sotto il profilo clinico, da dichiarati e condivisi modelli esplicitati nei PDTA. Ove necessario, nel rispetto dell'equità di accesso alle cure, l'ASL Salerno potrà sottoscrivere accordi di confine per la gestione di eventuali criticità.

La rete cardiologica (rete ima): il DCA n.64 del 16.07.2018

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 di Terapia Intensiva Coronarica (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 Emodinamiche Interventistiche, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione.

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come per la gestione ottimale del paziente con IMA sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. Tale organizzazione rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza tra il territorio e ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione intraospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse, e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto "STEMI" pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- Ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- Utilizzare un sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- Assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- Ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;

ATTO AZIENDALE

- Migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- Razionalizzare l'impiego delle risorse.

La Regione con il DCA n. 64 del 16.07.2018 (a cui ci si richiama integralmente per i dettagli operativi) ha affermato l'esigenza di razionalizzare il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), improntata al superamento del modello di cure incentrato sull'Ospedale e sulla singola prestazione, puntando all'integrazione tra assistenza primaria, medicina delle comunità e servizi sociali. Partendo da parametri standard quali bacini d'utenza, volumi di attività ed esiti delle cure, la riprogrammazione ha assegnato nuovi ruoli specifici e modalità di integrazione secondo il modello dipartimentale e di intensità delle cure. Devono essere garantite, nell'ambito del medesimo dipartimento, azioni di riorganizzazione di elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti ospedalieri fino al raggiungimento di una riorganizzazione in "Rete", strumento per l'attuazione della continuità dell'assistenza nel percorso intra ed extra ospedaliero.

Poiché tale modello implica relazioni stabili, non di natura gerarchica ma di interdipendenza, tra i diversi nodi (intesi come punti di accesso) della Rete, ciascuno dei quali caratterizzato da autonomia decisionale e obiettivi istituzionali specifici e legati fra loro da relazioni e connessioni continue, occorre predisporre forme di cooperazione che, superando le tradizionali barriere istituzionali e facilitando gli scambi, puntino a livellare le disomogeneità, con l'obiettivo principale di assicurare alla popolazione un livello di assistenza garante del soddisfacimento dei LEA.

Le Reti per l'Emergenza-Urgenza costituiscono un ambizioso banco di prova della riorganizzazione ospedaliera e sono designate al trattamento di patologie complesse "tempo-dipendenti", la cui efficacia si basa su tempestività, appropriatezza clinica, multidisciplinarietà ed integrazione professionale, operativa ed informativa.

Per ciò che attiene le reti tempo-dipendenti ed in particolare la rete per l'infarto, operata una prima ricognizione degli specifici nodi, sono stati individuati gli HUB rappresentati da DEA di II e I livello.

Si individuano 6 Centrali Cardiologiche (CC) per la refertazione dei tracciati ECG che hanno sede presso le UTIC delle seguenti Aziende: AO Colli-Monaldi di Napoli per le Macro-aree di Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, AOU Federico II per la Macro-area di Napoli 1 Centro, AO Sant'Anna e San Sebastiano per la Macroarea di Caserta, AO Rummo per la Provincia di Benevento, AO Moscati per la Provincia di Avellino, e AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona per la Macroarea di Salerno.

La Rete IMA è concepita allo scopo di facilitare l'accesso rapido di un paziente affetto da STEMI in atto all'Emodinamica del Centro HUB attivo nel bacino d'utenza nel quale si opera il soccorso. Il DCA 64/2018 mira a costituire riferimento per un percorso omogeneo se non uniforme, eventualmente superando precedenti logiche locali.

Secondo il più volte citato DM 70/2015, un Centro HUB deve servire un bacino di 300.000-600.000 persone, il che, per l'ASL Salerno ha comportato l'individuazione di 3 HUB.

L'assetto ideale di un centro HUB secondo requisiti specifici che, in sintesi, riguardano l'operatività dell'Emodinamica H24, 365/365 giorni, volumi di prestazioni adeguati (minimo 250, ottimale 400 interventi di angioplastica/anno, il 30% dei quali per "angioplastiche primarie", da un minimo di 100/anno), almeno 3 operatori medici esperti (ottimale 5) ed una dotazione strumentale di 2 angiografi (di cui almeno 1 fisso, dedicato) e la disponibilità del contropulsatore aortico, oltre che una elevata expertise clinica dell'UTIC (monitoraggio pressorio cruento, ultrafiltrazione continua, gestione di cateteri venosi centrali,

ATTO AZIENDALE

ecocardiografia trans-esofagea).

La Tabella che segue riporta, in un disegno a matrice, i centri HUB individuati per l'area della provincia di Salerno:

	HUB RETE CARDIOLOGICA	SPOKE RETE CARDIOLOGICA
Macroarea SALERNO	AOU RUGGI PO NOCERA PO EBOLI PO VALLO DELLA LUCANIA	PO POLLA PO SARNO PO SAPRI PO FUCITO - MERCATO S. SEVERINO PO DELL'OLMO - CAVA DE TIRRENI

La rete ictus (rete stroke): il DCA n.63 del 29.07.2019.

L'ictus cerebrale è una patologia grave e disabilitante che, nel nostro Paese, rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Circa 150.000 italiani ne vengono colpiti ogni anno e la metà dei superstiti rimane con problemi di disabilità anche grave. In Italia, le persone sopravvissute con esiti più o meno invalidanti sono oggi circa 800.000, ma il fenomeno è in crescita sia perché si registra un invecchiamento progressivo della popolazione, sia perché tra i giovani è in aumento l'abuso di alcool e droghe.

La Rete STROKE è concepita allo scopo di facilitare l'accesso di ogni paziente verso il più vicino Ospedale attrezzato ("ready") per la cura dello Stroke, nell'ambito del bacino d'utenza nel quale il soccorso avviene, nel minor tempo possibile dall'esordio della patologia e costituisce il riferimento per un percorso omogeneo, se non uniforme, superando eventuali precedenti logiche locali, a cominciare dalla prassi del trasporto del paziente con sospetto di Stroke al pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

La mancanza di una rete di emergenza Stroke costruita secondo il modello HUB e Spoke è la prima causa per la quale meno pazienti ricevono un trattamento ripercussivo. Data l'ampia variabilità riscontrata nella pratica clinica corrente, scopo di questo modello organizzativo è quello di incrementare il numero delle Trombolisi (TL), la cui rapida erogazione è più probabile qualora il paziente, ai primi segni di ictus in atto, allerti il sistema dell'Emergenza Territoriale per il trasporto diretto ad una Stroke Unit (SU). Circa la fase ospedaliera, in accordo a quanto indicato dalla European Stroke Organization (ESO) nel piano di azione 2018-2030 per l'Ictus, l'organizzazione dei servizi rientra tra gli obiettivi, mirando prioritariamente al trasporto primario del paziente acuto ad un ospedale pronto all'erogazione immediata del trombolitico (bypassando altri ospedali eventualmente più vicini), al fine di ricoverare almeno il 90% dei pazienti colpiti da ictus in una Unità Neurovascolare Stroke Unit (SU), quale primo livello di cura.

In tal senso, diversamente dal modello descritto nel Piano Regionale Ospedaliero (PRO), il DCA 63/2019 ritiene di confermare l'identificazione, adottata dal DM 70/2015, dei nodi della Rete in: Stroke Unit di secondo livello (SU2L), centri di cura omnicomprensivi, e Stroke Unit di primo livello (SU1L), centri connessi ai precedenti, dotati di diagnostica avanzata, autorizzati alla cura trombolitica H24.

A questi centri di cura si devono funzionalmente collegare altri Ospedali con posti di degenza neurologica strutturati, definiti Spoke, destinati a decongestionare le SU quando necessario, assicurando la continuità di ricovero in ambito neurologico prima della fase di riabilitazione.

ATTO AZIENDALE

RETE STROKE MACROAREA SALERNO			
Macro Area	Stroke Unit II Livello SU2L	Stroke Unit I livello SU1L	Spoke (Neurologie e P.L.)
SALERNO	A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	P.O. Umberto I - Nocera Inf.*	
		P.O. S. Luca - Vallo della Lucania	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli
		P.O. Luigi Curto - Polla	
* Individuata come SU2L fino ad attivazione nuovo HUB ASL Napoli 3 Sud			

Macro Area	Unità di Riabilitazione (Cod 56)	PL	Unità Lungodegenza (Cod 60)	PL	TOTALE P.L.
SALERNO	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida – SA	56	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA	30	279
	P.O. Scafati	40	A.O.U. Ruggi, P.O. Cava dei Tirreni	25	
	P.O. Agropoli	60	P.O. Scafati	20	
			P.O. Agropoli	20	
			P.O. Sapri	16	
			P.O. Roccadaspide	12	

Il più volte citato DM 70/2015 ha dettagliato l'assetto ideale delle SU di I e II Livello secondo requisiti specifici.

Le **SU1L** si caratterizzano per la presenza minima di:

- Competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure neuronologiche di eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici e di procedure ecocardiografiche, incluse o esistenti nel contesto della struttura);
- Almeno un neurologo dedicato per turno lavorativo e personale infermieristico esperto;
- Possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- Terapia fibrinolitica endovenosa h24/7;
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico tele-diagnostico);
- Disponibilità h24 di TC cerebrale e/o Angio-TC con apparecchio volumetrico multistrati ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, Angio-RM;
- Collegamento operativo con le SU2L per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- Collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

Oltre a quanto previsto per le SU1L, le **SU2L** devono garantire i seguenti standard:

- Unità di norma a conduzione neurologica;
- Personale dedicato h24/7;

ATTO AZIENDALE

- Neuroradiologia h24/7 con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale;
- Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto per rapida effettuazione;
- Sala di interventistica endovascolare con Angiografo digitale (h24/7 o reperibilità);
- Neurochirurgia (h24/7 o reperibilità);
- Chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità),
- Trombectomia meccanica (urgenza), stenting extra ed intracranico;
- Embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (urgenza ed elezione);
- Endoarterectomia (urgenza);
- Craniotomia decompressiva;
- Clipping degli aneurismi.

L'adeguata programmazione della dotazione organica, propedeutica alla effettiva implementazione della Rete, è stata definita a livello regionale con l'emanazione di specifici decreti ai quali si rimanda, e ciò vale anche per quanto attiene l'adeguamento della dotazione strumentale.

Dal momento che accorciare il tempo di trasporto del paziente è un fattore fondamentale, l'individuazione della SU deve anche rispondere al criterio della competitività temporale, attraverso la sua "centralità" nei vari territori.

La programmazione della Rete STROKE è l'occasione per fornire opportune soluzioni per il riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate, attraverso una riconfigurazione tesa a soddisfare, nella offerta territoriale, la domanda corrispondente. I Bacini di competenza sono stati disegnati sui Distretti Sanitari così come definiti dal DM 99/2016 che, salvo rare eccezioni, diventano Unità territoriali di base. Di seguito l'organizzazione della macroarea Salerno ed il ruolo dell'ASL Salerno nella rete.

MACRO AREA SALERNO DATI DCA 63/2019

Popolazione	1.101.763
Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti)	955
Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti)	463
Estensione territorial (Kmq)	4.954,00
Distretti sanitari	13
Comuni	158
Bacini operativi	4
COT	Salerno
Stroke Unit di II Livello *Individuata come SU2L fino ad attivazione nuovo HUB ASL Napoli 3 sud	A.O.U. S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona *P.O. Umberto I – Nocera inf.
Stroke Unit di I Livello	P.O. di Polla
	P.O. S. Luca – Vallo della Lucania
Centri Spoke	
	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli
Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 – 60 – 75)	A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA

ATTO AZIENDALE

	P.O. di Polla e Sant'Arsenio
	A.O.U. Ruggi, P.O. Cava de' Tirreni
	P.O. Roccadaspide
	P.O. Agropoli
	P.O. Scafati
	P.O. di Sapri

BACINI UTENZA RETE STROKE A REGIME						
PROVINCIA	DISTRETTO	DISTRETTO LOCALITÀ	B12	B13	B14	B15
			PO NOCERA	AOU RUGGI	PO POLLA	PO VALLO D/L
			387.440	501.011	135.285	190.426
SA	60	NOCERA INFERIORE	93.000			
SA	61	ANGRI/SCAFATI	96.327			
SA	62	SARNO/PAGANI	88.682			
SA	63	CAVA/COSTA D'AMALFI		93.224		
SA	66	SALERNO		145.802		
SA	67	MERCATO SAN SEVERINO		70.343		
SA	68	GIFFONI VALLE PIANA		80.219		
SA	64	EBOLI (COMUNE DI EBOLI)		40.146		
SA	64	EBOLI (ALTRI COMUNI)			63.042	
SA	65	BATTIPAGLIA		71.277		
SA	69	CAPACCIO ROCCADASPIDE			5.639	49.711
SA	72	SALA CONSILINA/POLLA			66.604	
SA	70	VALLO DELLA LUCANIA				96.313
SA	71	SAPRI				44.402
NA	58	POMPEI	109.431			

Rispetto a tale assetto “a regime”, nelle more dell’attivazione del secondo HUB della Macroarea Napoli 3 Sud, che nell’attuale Piano è programmato nel DEA di I Livello San Leonardo di Castellammare di Stabia, la popolazione residente nella zona a sud- ovest del Vesuvio (400.000 residenti circa), viene “in prima applicazione” ripartita tra gli HUB dei Bacini confinanti: Ospedale del Mare, in deroga al bacino Massimo previsto dalla Legge 70/2015, e **P.O. Umberto I di Nocera Inferiore (SA)**. Tale rimodulazione assegna la connotazione al **P.O. Umberto I di Nocera Inferiore (SA) di Stroke Unit di 2 livello**.

La rete per il trauma

Premessa

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni. Riguarda prevalentemente fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale, con residue condizioni invalidanti. La rilevanza del tema è stata evidenziata anche per l'interessamento della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità su indicazione del Ministro della Salute con la produzione di un documento nel quale si affronta la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso:

- la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
- la connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione.

Questi aspetti sono stati affrontati anche nell'ambito dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002 sulle "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione. Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra- intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT.

Il **Centro Traumi** è organizzato secondo il modello di un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un ospedale ("Trauma Team"), con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario, convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi. La vittima di un trauma maggiore si giova non solo di una gestione multidisciplinare in urgenza/emergenza volta al trattamento delle lesioni prodotte dal trauma, ma anche di una tempestiva presa in carico da parte degli specialisti di riabilitazione che deve iniziare già in fase acuta con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale, finalizzato al recupero del grado di funzione il più elevato possibile. L'introduzione nel Trauma Team degli specialisti di riabilitazione consente la valutazione precoce dei pazienti destinati ad un percorso riabilitativo e la messa in atto immediata di provvedimenti che favoriscono il successivo recupero funzionale.

Sistema integrato per assistenza al trauma (SIAT)

ATTO AZIENDALE

L'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati "Trauma System" o Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) consente una riduzione dei decessi evitabili per trauma. La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre-ospedalieri di severità, possono afferire all'ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT. Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118).

Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori. Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia di lesioni alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio, avvalendosi di tecnologie per la trasmissione di immagini e dati.

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari. Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare, motivo per il quale la neurochirurgia entra nella rete del SIAT.

L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in:

- **Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS):** afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del craniocervicale, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni). **Il CTS individuato per la provincia di Salerno è il CTS Campania Sud - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno**, per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Salerno;
- **Centri traumi di zona (CTZ):** individuati presso DEA di I o II livello che garantiscono H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. **I CTZ individuati presso l'ASL Salerno ed afferenti al CTS Campania Sud** sono:
 - CTZ - PO Umberto I di Nocera;
 - CTZ - PO S. Luca di Vallo della Lucania.

ATTO AZIENDALE

- **Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST):** individuati in tutti gli altri DEA di I livello e presso gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso generale, che garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore sono.
 - PST Sarno
 - PST Sapri
 - PST Battipaglia
 - PST Oliveto Citra
 - PST Polla

Requisiti dei nodi della rete

I nodi della rete del Sistema Integrato di assistenza al trauma devono avere i seguenti requisiti:

- **Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST):** devono essere disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Tale struttura si identifica con un Pronto soccorso generale;
- **Centro traumi di zona (CTZ),** deve essere collocato in una struttura sede di DEA di I o di II livello e avere:
 - disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza, Ortopedia;
 - una logistica e una dotazione tecnologica appropriate alla gestione delle emergenze-urgenze;
 - un laboratorio d'urgenza e un Centro trasfusionale attivi 24 ore su 24;
 - due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia generale d'urgenza e Chirurgia ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato.
- **Centro traumi ad alta specializzazione (CTS):** oltre alle caratteristiche di minima definite per i CTZ devono essere disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche poli-distrettuali. Tali centri devono registrare un volume di attività per trauma non inferiore ai 400- 500 casi/anno e con una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Nell'attuale ordinamento il CTS è collocabile presso un DEA di II livello in cui siano presenti anche specialità quali neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica.

ATTO AZIENDALE

LA RETE TRAUMATOLOGICA AREA SALERNO			
AREA	CTS	CTZ	PST (*)
SALERNO	AOU Ruggi	PO Vallo della Lucania PO Nocera Inferiore	PO Battipaglia PO Sarno PO Polla PO Sapri PO Oliveto Citra

Reti per patologia

La rete dell'emergenza pediatrica

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria: infatti, pur essendo la regione Campania una regione caratterizzata da classi di età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica.

A tal fine occorre procedere:

- alla definizione di una **rete dell'emergenza pediatrica** attraverso un modello hub-spoke con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure;
- alla definizione di reti per le **sub-specialità pediatriche e per la post-acuzie pediatrica**, valorizzando le diverse eccellenze presenti sul territorio; sono già preliminarmente definite in questo documento, nelle specifiche sezioni, la rete post-acuzie, la rete oncologica, la rete delle malattie rare, la rete della terapia del dolore e delle cure palliative;
- alla definizione del **modello di integrazione ospedale-territorio per le cure pediatriche**, anche alla luce delle nuove forme di organizzazione delle cure primarie, finalizzate alla riduzione dell'ospedalizzazione del bambino, del ricorso inappropriato al pronto soccorso, della continuità e coerenza dei percorsi assistenziali.

La rete dell'emergenza pediatrica è strutturata attraverso il modello "hub e spoke".

Il DM 70/2015 prevede che i posti letto della disciplina di Pediatria (codice 39) siano allocati solo in DEA di primo o secondo livello. Pur tuttavia, tenendo conto della numerosità della popolazione pediatrica e della distribuzione territoriale di tale popolazione, la Regione Campania, in deroga, ha deciso di allocare la disciplina Pediatria anche presso alcuni ospedali sedi di P.S., articolando in due diversi livelli di complessità assistenziale la funzione spoke, come appresso specificato.

I livelli sono pertanto così definiti:

Livello hub:

- Centro della Grande Emergenza e dell'Emergenza Specialistica presso l'AO Santobono-Pausilipon nel quale sono presenti tutte le attività di alta specialità. Per le grandi ustioni e i grandi avvelenamenti l'AO Santobono-Pausilipon si configura spoke dell'HUB Regionale AO Cardarelli. Per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche l'AO Santobono-Pausilipon, si configura spoke

ATTO AZIENDALE

dell'HUB Regionale AO dei Colli – PO Cotugno ove sono presenti UU.OO. di Malattie infettive per adulti e dove è possibile isolare pazienti pediatriche;

- Centro dell'Emergenze Pediatriche presso l'Ospedale del Mare che gestisce le emergenze pediatriche dell'area sud-regionale nell'ambito del polo materno-infantile.

Livello spoke II: pediatria (posti letto codice 39) ubicata negli Ospedali sedi di DEA. Gli spoke di II livello devono essere stabilmente inseriti nel percorso dell'emergenza e devono avere risorse strutturali e tecnologiche adeguate e devono avere le seguenti caratteristiche:

- Devono essere ubicate in Ospedali sedi di DEA;
- Devono essere in rete con l'HUB di riferimento;
- Devono disporre di una consulenza pediatrica in P.S. h24 e di una Osservazione Breve Intensiva.

Livello spoke I: Spoke di I Livello ubicati negli Ospedali sedi di PS. In questo livello vengono inserite strutture di pediatria che pur non essendo inserite in ospedali sedi di DEA sono indispensabili per assicurare assistenza pediatrica a pazienti acuti in aree ad alta densità abitativa o lontani da DEA o particolarmente disagiate. Le caratteristiche degli Spoke di I livello sono le seguenti:

- Possono essere ubicati presso gli ospedali sedi di PS;
- Fanno capo al DEA più vicino;
- Devono disporre di una consulenza pediatrica in P.S. h 24 e di una Osservazione Breve Intensiva.

In sede di redazione dei protocolli e delle regole di funzionamento della rete andranno inseriti i seguenti criteri generali:

- Ove necessario, il trasferimento fra centro Spoke e centro Hub va effettuato sempre dopo la stabilizzazione del bambino;
- All'interno della rete va raccomandato il back-transport verso l'ospedale trasferente o di prossimità, nel caso in cui il bambino, una volta conclusi i trattamenti di esclusiva competenza dell'Hub, debba completare, in regime di ricovero ordinario, il percorso assistenziale;
- Per ridurre la durata della degenza vanno individuate modalità concordate per la dimissione protetta al domicilio e per l'affidamento in continuità assistenziale al Pediatra di Famiglia;
- Per ridurre l'accesso al pronto soccorso vanno attivati tutti gli strumenti previsti dalle norme sulla pediatria di famiglia;
- Va incentivato l'utilizzo dell'OBI pediatrica per:
 - le patologie acute che possono essere rapidamente stabilizzate (esempio asma bronchiale, laringospasmo, vomito incoercibile, diarree acute con modica disidratazione, etc.);
 - le patologie di media gravità o non chiaramente definite ma che necessitano di ripetute valutazioni (sospetta appendicite, dolore toracico, trauma cranico moderato/politrauma lieve nel bambino <3-5 anni, cefalea/emicrania, convulsioni e/o recidive in bambino con epilessia, sospetta assunzione impropria farmaci/tossici, etc.);
 - le situazioni di disagio socioeconomico/emarginazione e per le quali è incerta la compliance alle

ATTO AZIENDALE

misure terapeutiche o difficile la rivalutazione del paziente nei giorni immediatamente successivi.

Tali premesse permettono di declinare la rete per l'emergenza pediatrica nella macroarea di Salerno nella configurazione illustrata in tabella.

DISTRIBUZIONE NODI RETE EMERGENZE PEDIATRICHE			
AREA	HUB	SPOKE II	SPOKE I
SALERNO	A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON POLO MATERNO INFANTILE OSPEDALE DEL MARE	AOU Ruggi PO Nocera Inferiore PO Vallo della Lucania	P.O. Sarno P.O. Polla P.O. Battipaglia P.O. Sapri

La rete neonatologica e i punti nascita

Con deliberazione della giunta regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiori a 1000 parti/ anno. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un maggior afflusso verso le restanti strutture, il percorso nella ASL Salerno non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti con volumi di soglie inferiori al previsto. In sintesi, si dovrà valutare la redistribuzione e la programmazione anche in relazione al D.M. dell'11/11/2015.

Al tema dei punti nascita è strettamente collegato anche quello della assistenza neonatale e del servizio di trasporto neonatale. La Regione Campania in tal senso con DCA n.62/2018 ha emanato le Linee di Indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e dello STAM.

La concentrazione dei punti nascita e delle unità neonatali e di terapia intensiva contribuirà efficacemente a contrastare la morbilità e mortalità neonatale. A tal fine col presente atto mantenuti i punti di accesso per neonatologia e T.I.N.

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di riqualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN. Tale riqualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria e la neonatologia. Infatti, pur essendo la Regione Campania una regione ancora caratterizzata da classi di età molto giovani, necessita di azioni di miglioramento del sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica e neonatale. Va sicuramente rafforzato il modello di integrazione ospedale-territorio per le cure pediatriche con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure e che, per la fase post-acuzie deve essere invece sviluppata un'ampia e agile articolazione tra ospedale e territorio, il tutto sempre ispirato a moderni principi di appropriatezza clinica e organizzativa.

L'elaborazione di nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area neonatologica e pediatrica si basa sul cosiddetto "sistema a rete" con lo schema hub & spoke.

Tale sistema si pone l'obiettivo di:

ATTO AZIENDALE

- Garantire la centralità del bambino e della sua famiglia nel sistema;
- Garantire la libertà di scelta nella ricerca delle diagnosi e cure;
- Favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli utenti presso la sede di residenza;
- Individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse.

I Punti Nascita

Nel prosieguo del processo di adeguamento della rete dei Punti Nascita nell'ASL Salerno si sta procedendo all'applicazione della normativa vigente con l'obiettivo di raggiungere il nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1000 parti/annui.

PUNTI NASCITA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI ASL SALERNO		
PUNTI NASCITA		N° PARTI
PUBBLICI	P.O. BATTIPAGLIA	< 1000
	P.O. NOCERA	> 1000
	P.O. POLLA	< 1000
	P.O. SAPRI	< 1000
	P.O. SARNO	< 1000
	P.O. VALLO DELLA LUCANIA	< 1000
PRIVATI ACCREDITATI	CDC VILLA DEL SOLE - SALERNO	> 1000
	ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO - ICM - AGROPOLI	< 1000

La riorganizzazione della rete neonatologica e delle terapie intensive neonatali

Nell'attuale situazione della Regione Campania si registrano alcune discrasie che riducono l'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell'1,5%).

Il DCA 103/2018 prevede dunque una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integri quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" con le disposizioni del DM 70/2015. I livelli di assistenza neonatale sono due:

- **Livello 1:** Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane.
- **Livello 2:** TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Di seguito si riporta la programmazione prevista dal DCA 103/2018 per l'ASL Salerno per le discipline di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale:

Il sistema dello sten e dello stam: il DCA 62 del 05.7.2018

Sistema Trasporto Materno Assistito – STAM

Il superamento delle precedenti criticità nei sistemi STEN e STAM viene garantito dall'adozione del DCA 62 del 5.07.2018, avente per oggetto approvazione linee di indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e l'attivazione dello STAM in Regione Campania.

L' accordo del 16 dicembre 2010 tra Governo e Regioni sul documento “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” (G.U. Serie Generale, n.13 del 18 gennaio 2011) ha sancito l'impegno a procedere a una riorganizzazione regionale del percorso nascita.

Tale accordo ha indicato che: “è necessario, in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita, si proceda all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN)” e che, nel processo di ridefinizione della rete di assistenza materna e neonatale sia espressamente prevista e realizzata “l'attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasporto assistito (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine, nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (inborn), hanno maggiore sopravvivenza ed outcome rispetto ai nati outborn, che hanno avuto, pertanto, necessità di trasferimento. Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del trasporto in utero, universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata.

Il sistema di trasferimento in emergenza della gestante con gravidanza a rischio, che richiede assistenza di un livello superiore (HUB), non erogabile nel punto nascita di ricovero (SPOKE), è stato indicato quale uno degli strumenti irrinunciabili per la migliore assistenza della gestante.

Il sistema mira ad ottenere un collegamento funzionale tra le strutture di diverso livello (HUB e SPOKE), in modo da erogare le cure ostetriche e perinatali appropriate secondo il livello di necessità, rispettando i principi di appropriatezza, di utilizzo ottimale delle risorse, e della sicurezza materno/fetale

Ogni anno in Campania vengono trasferiti più 1600 neonati. L'indice di trasferimento neonatale Campano è di 2,5%, ben lontano da quello ideale che si attesta all'1,5%. I dati di attività nazionali fanno rilevare che la percentuale di nati che necessitano di trasporto in un Centro di II livello per cure intensive e/o semintensive, oscilla tra lo 0,7 e il 2,8%. La Campania si colloca nella dimensione percentuale più alta, esprimendo come già evidenziato, una disfunzione della rete assistenziale che dovrà essere corretta.

Di seguito si riporta la programmazione dei posti letto cod. 62 e cod. 73, comprensivi dei PL della AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona che viene individuata quale centro HUB, destinato allo STAM per la provincia di Salerno:

PROGRAMMAZIONE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEOANATOLOGIA				
Azienda	Denominazione struttura	Cod. 62	Cod. 73	Totale
207	P.O. S.LUCA VALLO LUCANIA	6	0	6
	P.O. S.M. SPERANZA BATTIPAGLIA	8	4	12
	P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE	10	6	16

ATTO AZIENDALE

Totale ASL SA		24	10	34
904	AOU SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	20	8	28
Totale		44	18	62

Sistema trasporto neonatale d'emergenza – sten

Secondo i dati CEDAP (certificati di assistenza al parto) 2015, in regione Campania si sono registrati 3.094 parti pretermine su un totale di 52.270 parti/anno, pari al 6,03% del totale. I nati con severa prematurità (<32 settimane) ammontano a 473 rappresentando lo 0,92% del totale⁹.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine, nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (inborn), hanno maggiore sopravvivenza ed outcome rispetto ai nati outborn che hanno avuto, pertanto, necessità di trasferimento. Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del trasporto in utero, universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata. Non sempre, però, questa modalità risulta attuabile, in quanto, pur nelle migliori condizioni organizzative e sanitarie, alcune complicanze gravi insorte durante il travaglio non risultano prevedibili. Inoltre, circa l'1-2% dei nati a termine da parto eutocico necessita di assistenza alla nascita e, una quota di questi ha bisogno di ricovero in centri di terapia intensiva neonatale (T.I.N.) in modo del tutto inatteso. In tali condizioni, si rende indispensabile il trasporto del neonato dal punto nascita ad una struttura dotata di T.I.N.

Il Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza mira a rappresentare l'anello di congiunzione tra i numerosi punti nascita della regione Campania e i centri di Terapia Intensiva Neonatale, rispettando i principi di appropriatezza e di utilizzo ottimale delle risorse.

Lo STEN è il servizio dedicato al trasporto dei neonati critici/patologici dai centri nascita ai centri di II livello dotati di TIN e/o di Patologia Neonatale, al fine di assicurare la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità. In Europa i modelli organizzativi più utilizzati sono il:

- **Servizio dedicato:** ovvero un sistema dedicato esclusivamente al trasporto neonatale con organico e strutture proprie. Tale modello deve essere utilizzato in aree ad elevata intensità abitativa oppure a bassa intensità abitativa ed estesa, con la presenza di punti nascita distanti tra loro. La numerosità dei trasporti da effettuare (almeno 300/400 anno) definisce le risorse necessarie. L'esclusività dell'attività dovrebbe consentire tempi di attivazione di pochissimi minuti
- **Servizio attivabile su richiesta:** costituito da medici ed infermieri non dedicati. In tal caso le UTIN di maggiori dimensioni, funzionalmente collegate ai centri HUB di una determinata area, effettuano attività di trasporto oltre la normale attività assistenziale. E' una modalità organizzativa generalmente adatta a grandi aree con relativamente bassa concentrazione di abitanti dove si presuppone che la numerosità di neonati potenzialmente a rischio generi un numero relativamente basso di trasporti/anno. Questa modalità organizzativa ben si adatta alla copertura di ampi territori favorendo il rapido intervento dell'equipe di trasporto. Il volume è pari a 100 trasporti/anno. Va definita una modalità organizzativa che consente un tempo di attivazione massimo di 30' ottenibile h24.

In regione Campania sono stati previsti 4 servizi di Trasporto Neonatale che, per bacino d'utenza, saranno

⁹ Fonte DCA 103/2018

ATTO AZIENDALE

tutti servizi dedicati.

Per il territorio della provincia di Salerno ed Avellino (bacino di utenza circa 12.000 parti/anno) è previsto lo **STEN AORN San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona**.

Lo STEN prevede le seguenti tipologia di trasferimento assistito:

- Trasporti primari: trasferimenti effettuati dai centri di I livello, non in grado di erogare le cure necessarie, ai centri di II livello;
- Trasporti inter-secondari: trasferimenti effettuati tra centri di II livello al fine di eseguire accertamenti diagnostici urgenti, non effettuabili in loco, e/o interventi di particolare rilievo in regime di urgenza, quindi non programmabili, presso strutture di alta specializzazione (Cardiochirurgia, Chirurgia Pediatrica, Neurochirurgia etc) oppure per la mancanza di posti letto in un centro di II livello, nel rispetto delle indicazioni per l’attivazione del servizio (criterio dell’emergenza-urgenza);
- Back-transport: trasferimenti presso l’ospedale di provenienza di neonati che non necessitano più dell’assistenza intensiva o subintensiva, per favorire il ricongiungimento al nucleo familiare e ridurre il carico del lavoro delle TIN.

Nel documento tecnico allegato al DCA 62/2018 all.2 sono descritte modalità di attivazione, indicazioni all’attivazione, equipe di trasporto, mezzi e attrezzature, tempi di adeguamento, modalità di acquisizione del consenso informato.

La rete per le emergenze gastroenteriche

Con oltre 878.000 ricoveri nel 2014 le malattie dell’apparato digerente rappresentano la seconda causa di ospedalizzazione in Italia e il 10% di tutti i motivi di ricovero, con un trend in aumento. La Campania è al secondo posto in Italia, dopo l’Abruzzo, per ricoveri a causa di patologie gastroenterologiche. Nella regione, infatti, queste malattie sono responsabili di oltre 135.800 ricoveri, di cui 89.600 ordinari e 46.100 in day hospital. Rappresentano l’8,7% di tutti i ricoveri ogni anno. Queste patologie, inoltre, sono causa della morte di più di 5 uomini ogni 10.000 ogni anno mentre tra le donne il dato scende a circa 3,5 su 10.000.

Le malattie gastroenterologiche sono dunque responsabili di una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull’organizzazione della rete dell’emergenza/urgenza.

L’emorragia digestiva è la più grave delle emergenze gastroenterologiche: essa risulta essere più frequente al sud Italia: le Regioni del Sud Italia mostrano per questa patologia una mortalità superiore (8,1%) rispetto ad altre zone della nazione: Nord (6,6%) e Centro (4,1%).

Risulta evidente la necessità di creare una rete regionale per le urgenze gastroenterologiche per consentire a tutti i pazienti una prestazione appropriata, sia per il setting assistenziale, sia per la garanzia dell’accesso alla rete nella adeguata tempistica. È anche oggettivo rilevare che un livello di cura ospedaliero non specialistico aumenta la mortalità intraospedaliera e allunga le giornate di degenza.

L’organizzazione della rete

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali

ATTO AZIENDALE

clinici e strumentali, in particolare endoscopici.

Il Decreto 70/2015 non fornisce indicazioni in merito ai requisiti per gli Hub e Spoke di una rete per le emergenze gastroenterostinali. Pertanto, si individuano i seguenti criteri:

- Nei punti Hub, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, sono presenti:
 - Un DEA di II o I livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate;
 - Tutte le funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva;
 - La partecipazione alle attività di ricerca e di didattica.
- Nei punti Spoke, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno, comunque, di una assistenza specialistica, sono presenti le seguenti funzioni:
 - Un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi;
 - Almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'AFO di Medicina.

Una Rete territoriale di presa in carico del paziente per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza. Una forte correlazione con la Medicina Generale sarà la base per una buona integrazione Ospedale-Territorio.

È rilevante provvedere alla costruzione della Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche. Questa sarà improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale", con il fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti.

La rete per le emorragie digestive sarà composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub e Spoke come indicato in tabella:

RETE EMERGENZE GASTROENTERICHE		
Area Salerno	HUB Emergenza Gastroenterologiche	SPOKE Emergenza Gastroenterologiche
	AOU Ruggi d'Aragona	PO di Nocera Inferiore
		PO di Vallo della Lucania

La rete nefrologica

La malattia renale cronica (MRC) è uno dei maggiori problemi di salute pubblica, rappresentando un peso clinico rilevante e di notevole impatto sociale. Secondo l'OMS è una pandemia a livello mondiale. Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention" indicano la MRC come una delle priorità in ambito epidemiologico. L'attenzione globale alla MRC è attribuibile a 5 fattori:

- il rapido incremento nella sua prevalenza;
- è la punta di un iceberg di malattia nascosta;
- il suo riconosciuto ruolo nell'aumentare il rischio di malattia cardiovascolare;

ATTO AZIENDALE

- la scoperta di efficaci misure di prevenzione della sua progressione.
- l'enorme costo del trattamento.

Dalle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute il costo per l'erogazione delle attività ambulatoriali nefrologiche è al 4° posto per significatività, rappresentando il 9.3% dei costi totali. La stima della prevalenza dei primi stadi di MRC e il trend evolutivo sono centrali per il management della malattia e la programmazione della prevenzione.

Da qui la necessità della creazione di una rete nefrologica Campana.

Attualmente in Campania abbiamo una popolazione dialitica di circa 4900 pazienti, di questi circa il 2% pratica dialisi peritoneale; la restante popolazione pratica emodialisi per un totale in percentuale 863/pmp. Mediamente ogni anno abbiamo un incremento pari al 2% della popolazione dialitica, con un'età media superiore ai 65 anni e di questi il 60% è costituito da uomini.11

La riorganizzazione della rete

L'attività della Nefrologia in Campania è così strutturata:

- Strutture operative: 27 strutture pubbliche di Nefrologia e/o Dialisi e 114 strutture private per un totale di 141 strutture con un rapporto medio di 24 centri per milione di popolazione;
- Medici specialisti in nefrologia.

Prendendo in esame la totalità dei pazienti in dialisi, risulta che le 114 strutture private effettuano l'85% del numero di dialisi complessivo.

La rete deve necessariamente essere estesa tra Ospedale e Territorio. Anche in questo caso, le attività di diagnosi e cura ad elevata complessità possono giovare dell'organizzazione in rete di strutture e servizi al fine di:

- Favorire la diffusione di conoscenze e competenze tra i professionisti;
- Consentire loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate;
- Facilitare l'accesso e la tracciabilità del paziente, permettendo al malato di orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di elevata complessità.

Per far ciò ed assicurare la continuità dei percorsi degli assistiti nella rete devono essere coinvolti i Medici di Medicina Generale i quali dovranno condividere i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie con i medici specialisti in nefrologia delle strutture pubbliche.

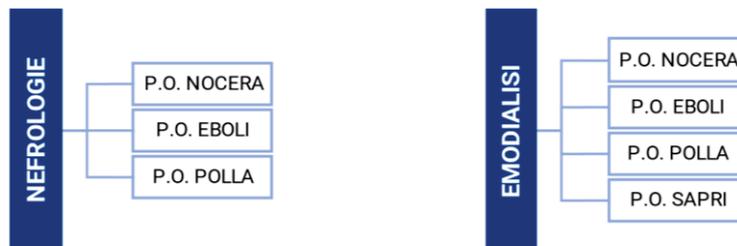
La necessità di creare questa rete di conoscenze e di supporto al settore nefrologico campano, tra i vari soggetti interessati, dovrà svilupparsi per diversi motivi sia di ordine economico che gestionale:

- Decongestionare e diminuire le problematiche relative a situazioni di urgenza e ricovero presso le strutture pubbliche, dato che i pazienti con problematiche nefrologiche una volta seguiti e tenuti sotto controllo, verranno automaticamente e preventivamente indirizzati verso il percorso più idoneo, sia per quanto concerne un percorso di cura e prevenzione sia in caso di dialisi;
- Allungare i tempi di ingresso del paziente in dialisi, che comporta un notevole risparmio economico,

ATTO AZIENDALE

tenuto conto che la vita media del paziente nefropatico ha una durata nettamente maggiore rispetto al passato;

- La scelta di cure appropriate e tempestive, con una diminuzione di esami a volte inutili ed un notevole risparmio relativamente alla spesa farmaceutica;
- Un miglioramento della qualità di vita del paziente dialitico che ha una elevata disabilità;
- Un aumento delle dialisi peritoneale;
- Un maggior coordinamento e sviluppo dell'attività dei trapianti;
- Raccogliere una serie di informazioni strutturate al fine di descrivere l'epidemiologia della malattia renale nei suoi vari stadi iniziando dai pazienti in trattamento sostitutivo e di trapianto.



Rete per la terapia del dolore

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP;
- centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore.

La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisioterapia, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico.

Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete come segue:

**DISTRIBUZIONE RETE TERAPIA DEL DOLORE
TERRITORIO SALERNO**



Rete oncologica

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati “I tumori in Italia”, portale dell’epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto v.b. Superiore di Sanità, si stima un’incidenza di neoplasie maligne per l’anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde. Come di recente pubblicato da Fusco M. et al.3 per il sesso maschile, si stima che i siti maggiormente colpiti da neoplasie maligne siano stati nel 2012 (dato più recente) polmone e prostata, rispettivamente con 2811 e 2773 nuovi casi, seguiti da colon e retto, con 2275 nuovi casi totali. Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente con 3675 nuovi casi, seguito da colon-retto (1694) e polmone (818). Il tasso di mortalità più elevato per il sesso femminile si è riscontrato per il tumore mammario (31/100.000), invece per il sesso maschile il tumore al polmone ha fatto registrare il maggiore tasso di mortalità (80/100.000). Nelle donne il tumore a maggiore prevalenza è il carcinoma della mammella (34.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dal cancro del colon-retto. Per gli uomini la maggiore prevalenza si riscontra per il tumore alla prostata (18.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dai tumori del colon-retto (22.000 casi totali viventi fra entrambi i sessi nel 2012).

I tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale. La sopravvivenza relativa a 5 anni è una stima della percentuale di pazienti che ci si aspetta che sopravviva a 5 anni dalla diagnosi di tumore rispetto alla popolazione non colpita da tumore comparabile per età e per sesso. Da un’analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto, emerge chiaramente come il Sud Italia sia gravato dai tassi di sopravvivenza più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) rispetto alle macro regioni del Nord Est, Nord Ovest ed Italia Centrale. In Campania, questo rilevante dato negativo trova una sua spiegazione nell’ancora troppo scarsa partecipazione della popolazione ai programmi regionali di screening, attualmente in fase di potenziamento, con conseguente riduzione delle diagnosi precoci e delle possibilità di cura. Un’altra fondamentale spiegazione va ricercata nell’eccessiva dispersione territoriale dell’assistenza in Chirurgia Oncologica. Obiettivo dichiarato e ultimo della Rete Oncologica della Campania (ROC) è l’aumento della sopravvivenza oncologica in Regione Campania ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da cancro. È evidente che tale obiettivo, misurabile in

ATTO AZIENDALE

tempi medio-lunghi ed influenzato anche da altri fattori, quali introduzione di nuove tecnologie diagnostiche ed avanzamenti della ricerca e della pratica clinica, necessiti di un work in progress nella programmazione ed attuazione, su base regionale, di una serie di processi operativi finalizzati.

Strutturazione della rete oncologica regionale

La strutturazione della Rete Oncologica Regionale, che ha preso avvio con il DCA n. 98 del 28/09/2016 ed è proseguita con numerosi altri Decreti attuativi, inizialmente da parte del Commissario ad Acta e successivamente della Direzione Generale Tutela della Salute e Programmazione del S.S.R. campano, poggia da un lato sulla definizione e condivisione, su base regionale, di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici per sedi tumorali e dall'altro nella identificazione di standard regionali assistenziali di riferimento, tra cui l'individuazione delle strutture in possesso di dimostrata expertise abilitate alla gestione chirurgica dei tumori.

In tale ottica, il DCA 58/2019 aveva:

- Individuato il triennio 2019/2021 quale “**fase di transizione monitorata**” in cui si sarebbe dovuto passare dalla fase di polverizzazione totale dei percorsi sanitari in oncologia, sia intra che extra regionali, ad uno stato di governance piena del sistema stesso, con miglioramento degli standard assistenziali misurabili e significativi miglioramenti degli indicatori di esito da valutare;
- Definito i criteri relativamente ai quali valutare l'expertise delle strutture da abilitare alla gestione chirurgica dei tumori, criteri sostanzialmente legati ai volumi minimi effettuati di attività chirurgica specifica (interventi/anno/sede);
- Individuato un primo gruppo di strutture abilitate ad operare nell'ambito della Rete Oncologica Regionale per il periodo di transizione indicato.

A causa della pandemia intervenuta nel 2020 e 2021, nel pieno del periodo di attuazione del DCA 58/2019, il SSR, come avvenuto su scala nazionale, ha dovuto stravolgere totalmente la propria attività per far fronte alle urgenze poste dall'epidemia da Covid 19, per cui è risultato impossibile attuare pienamente il decreto ed evitare, come programmato, la polverizzazione dei percorsi oncologici di diagnosi e cura. A tal proposito con DGRC 477/2021 e DGRC 272/2022 fermi restando i principi ispiratori e gli obiettivi posti dal DCA 58/2019, è stata spostata in avanti la fase di transizione.

I criteri indicati per la realizzazione di tale nuova fase attuativa sono:

- **Periodo di transizione da monitorare:** anni 2022/2024, con verifiche annuali e valutazione finale triennale (Allegato 3 DGRC 477/2021);
- **Codici di diagnosi e procedure con i quali valutare i volumi chirurgici:** quelli già decretati dal DCA 58/2019 per le prime tredici neoplasie ivi indicate e quelli approvati dal Gruppo Tecnico di Lavoro della ROC nella seduta del 30/12/2020, per le altre nove neoplasie da inserire in Rete, per un totale di diciannove neoplasie. La valutazione dei volumi chirurgici sede specifici effettuati avverrà sulla scorta delle SDO fornite e la valutazione dei volumi chirurgici sarà riferita al numero dei pazienti trattati e non al numero dei ricoveri effettuati.

1) Standard strutturali/operativi preliminari delle strutture: le strutture, pubbliche e private accreditate, che intendono entrare nella ROC devono indicare:

- La neoplasia, anche più di una, per la quale si richiede l'ingresso nella ROC;

ATTO AZIENDALE

- Il Presidio Ospedaliero individuato nell'ambito delle Aziende Sanitarie;
- La ASL di riferimento territoriale (per le Strutture private accreditate);
- L'equipe chirurgica specifica identificata (almeno primo chirurgo);
- Il Centro Regionale di Riferimento Polispecialistico/ Centro Regionale di Riferimento Polispecialistico Universitario (CORP/CORPUS) e Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) di riferimento specifico per neoplasie per le quali si richiede l'ingresso nella ROC;
- Il laboratorio di anatomia patologica di riferimento, purché l'attività di refertazione di quest'ultimo sia in linea con quanto prescritto dall'allegato 28 del DD 221 del 23/06/2021" PDTA Anatomia Patologica Regione Campania 2021 e da successivi aggiornamenti dello stesso PDTA;
- Le strutture di riferimento per i trattamenti di radioterapia e/o chemioterapia;
- Partecipazione alle sedute dei GOM di riferimento e presa in carico i pazienti per i trattamenti specifici, in osservanza delle tempistiche e delle procedure previste dai relativi PDTA.

VOLUMI MINIMI CHIRURGICI DGRC 477/2021

Allegato 3 DGRC 477/2021					
RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA					
VOLUMI MINIMI CHIRURGICI SEDI SPECIFICI INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA - FASE DI TRANSIZIONE					
SEDE TUMORALE	VOLUMI CHIRURGICI DI RIFERIMENTO - n°pazienti		VOLUMI MINIMI FASE DI TRANSIZIONE *** n.° pazienti		
	CUT OFF RIFERIMENTO *	CUT OFF ridotto (20%) **	1° anno - 2022	2° anno - 2023	3° anno - 2024
			50% - n°	70% - n°	100% - n°
MAMMELLA	150	120	60	84	120
COLON	50	40	20	28	40
RETTO	30	24	12	17	24
STOMACO	30	24	12	17	24
PANCREAS	15	12	6	8	12
POLMONE	100	80	40	56	80
MELANOMA	50	40	20	28	40
PROSTATA	30	24	12	17	24
RENE	30	24	12	17	24
VESCICA	20	16	8	11	16
CERVICE	15	12	6	8	12
OVAIO	30	24	12	17	24
TESTICOLO	20	16	8	11	16
ENDOMETRIO	15	12	6	8	12
TESTA COLLO	20	16	8	11	16
SNC	30	24	12	17	24
FEGATO CHIRURGIA.	30	24	12	17	24
FEGATO NON CHIRURGIA	20	16	8	11	16
TIROIDE	20	16	8	11	16

*I CUT OFF DI RIFERIMENTO INDICATI PER SINGOLA PATOLOGIA SI RIFERISCONO AL NUMERO OTTIMALE DI PAZIENTI CHE OGNI STRUTTURA DOVREBBE TRATTARE CHIRURGICAMENTE OGNI ANNO PER LA PATOLOGIA ONCOLOGICA INDICATA

** CUT OFF DI RIFERIMENTO RIDOTTI DEL 20% . COSTITUISCONO IL RIFERIMENTO SU CUI VENGONO CALCOLATI I VOLUMI CHIRURGICI MINIMI INDICATI PER LA FASE DI TRANSIZIONE.

*** CALCOLATI SUI CUT OFF RIDOTTI