

**A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 1268 del 16 luglio 2009 – Modifica e integrazione alla DGRC 1570/2004 recante "Definizione dell'organizzazione regionale dei presidi di emergenza ed urgenza territoriale (118) di cui alla DGRC 2343/03 - disposizioni procedurali ed indirizzi operativi" - Indirizzi operativi per la riorganizzazione delle postazioni PSAUT e SAUT.**

**VISTO** il D.lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 – e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la Legge Finanziaria dello Stato 2005 n. 311 del 31/12/2004;

**VISTA** l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 in attuazione della Legge 311/2004;

**VISTA** la Legge Finanziaria dello Stato 2006 n. 266 del 23/12/2005;

**PRESO ATTO** del patto per la Salute di cui al protocollo d'Intesa Stato-Regioni del 28 settembre 2006;

**VISTA** la legge Finanziaria dello Stato 2007 n. 296 del 27 dicembre 2006, che conferma il quadro normativo definito dalle leggi Finanziarie statali degli anni 2005 e 2006;

**VISTI e RICHIAMATI** gli atti e i provvedimenti amministrativi e legislativi adottati per avviare il risanamento economico finanziario del settore;

**CONSIDERATO** che sulla base del suddetto quadro normativo, si è reso indispensabile elaborare con le modalità e nelle forme indicate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un articolato piano di interventi, azioni e misure di riorganizzazione e riqualificazione del SSR (Il Piano di Rientro) dirette – attraverso l'individuazione di specifici obiettivi di risanamento – a riportare entro l'anno 2010 il Servizio Sanitario Regionale in condizioni di equilibrio economico finanziario, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;

**ATTESO** che detto Piano di Rientro è stato approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20.03.2007;

**RITENUTO** per quanto sopra esposto, che è necessario dare attuazione, mediante adozione di atto deliberativo, all'intervento di cui alla lettera D) - Interventi progettuali, indicatori e fonti di verifica - punto 14) - Adozione del piano della razionalizzazione della distribuzione e delle attività dei punti di soccorso territoriali e dei presidi di continuità assistenziale;

**ACQUISITO** il parere positivo del Ministero della Salute rif. Nota Regione Campania-150-10/10/2007-0000019-A;

**ATTESO** che

- la Legge Regionale n. 16 del 28 novembre 2008 prevede "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale per il rientro del disavanzo" all'art. 6, comma 4 prevede un piano di rimodulazione della rete dell'emergenza da adottarsi con provvedimento della Giunta regionale;
- che con deliberazione n 505 del 20.03.2009, la Giunta Regionale ha definito gli ambiti territoriali delle nuove Aziende Sanitarie Locali istituite ai sensi del comma 1), lettera a) dell'art.2 della Legge Regionale 16/08.

**VISTA** la Delibera di Giunta regionale n. 1570/2004 recante " Definizione dell'organizzazione regionale dei presidi di emergenza ed urgenza territoriale (118) di cui alla DGR 2343/03 – disposizioni procedurali ed indirizzi operativi";

**INFORMATE** le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate;

L'Assessore alla Sanità propone e la Giunta in conformità a voto unanime,

## DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che costituiscono parte integrante della presente deliberazione:

- di approvare gli “Indirizzi operativi per la riorganizzazione delle postazioni PSAUT, SAUT” che, allegati alla presente deliberazione, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che i vertici delle Aziende Sanitarie Locali della Regione dovranno adeguare l’organizzazione delle postazioni PSAUT e SAUT, secondo le indicazioni contenute negli allegati Indirizzi Operativi, entro il termine di tre mesi dalla data di adozione della presente delibera mediante un piano aziendale di riorganizzazione approvato con provvedimento comprovante l’avvenuto adeguamento;
- di stabilire che gli organi di vertice delle Aziende Sanitarie Locali della Regione dovranno trasmettere all’AGC Assistenza Sanitaria detti provvedimenti di riorganizzazione delle postazioni PSAUT e SAUT, per le conseguenti verifiche;
- di trasmettere copia del presente atto, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. “Piano Sanitario Regionale”, “Assistenza Sanitaria” e “Gabinetto Presidenza Giunta Regionale”, al Settore proponente ed al Settore “Stampa e documentazione” per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario  
*D’Elia*

Il Presidente  
*Bassolino*

**ALLEGATO: Indirizzi operativi per la riorganizzazione delle postazioni PSAUT, SAUT.****Premessa**

Ai sensi del Piano di Rientro (intervento n. 14), sottoscritto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed approvato con la DGRC n. 460/07, il presente documento costituisce lo strumento di programmazione utile alla ridefinizione della rete e della collocazione delle postazioni PSAUT, SAUT sul territorio della Regione Campania. In esso sono indicati i criteri direttivi ai quali le Aziende Sanitarie Locali dovranno attenersi per definire la nuova rete territoriale dei presidi PSAUT, SAUT prevedendo, di norma, che le sedi per tali funzioni non siano ubicate contemporaneamente, per quanto reso possibile dagli obblighi normativi, negli stessi comuni o distretti. I presidi PSAUT andranno collocati, di preferenza, in quei comuni sedi di Presidi Ospedalieri oggetto, secondo quanto previsto dall'allegato alla Legge Regionale n. 16/2008, di riconversione in quanto uscenti dalla rete dell'emergenza per assumere funzioni di elezione o funzioni riabilitative, o sedi di ospedali del territorio, contribuendo ad assicurare in tal modo, insieme al funzionamento del sistema 118, l'assistenza al cittadino in condizioni di emergenza-urgenza.

**Riorganizzazione della rete dei presidi dell'emergenza territoriale.**

L'Assessorato alla Sanità, utilizzando il Documento elaborato nel 2002 dal Comitato Regionale per l'Emergenza ex art. 43 L.R. 2/94, con deliberazione di G.R. n. 2343 del 18/07/2003, adottava le nuove "linee guida" per la organizzazione dei SAUT, i cui punti essenziali potevano essere così sintetizzati:

- I. Accorpamento e ricollocazione dei soli PSAUT, aperti 24 ore su 24, con conseguente dismissione e soppressione dei SAUT precedentemente attivati e non riconvertiti in PSAUT;
- II. Coinvolgimento dei medici dei PSAUT in attività sia territoriali che ospedaliere;
- III. Aggiornamento professionale obbligatorio dei medici e di tutti gli altri operatori impegnati in tali attività;
- IV. Una più puntuale determinazione della configurazione dei PSAUT e dei mezzi di trasporto (spazi, arredi, dotazioni etc.);
- V. Una più puntuale definizione delle modalità di collocazione dei medici convenzionati nel settore;
- VI. Una accelerazione delle procedure per il passaggio alla dipendenza dei medici aventi diritto.

A seguito di successivo Accordo, in data 06/08/2004, la Giunta Regionale con delibera n. 1570 adottava le nuove disposizioni procedurali e gli indirizzi operativi in merito alla problematica sopra descritta.

Tale deliberazione, nelle premesse, ribadiva che i presidi PSAUT dovevano essere localizzati lontano dagli ospedali ed in aree disagiate, mentre nelle aree metropolitane ed urbane ad alta densità ospedaliera si doveva attrezzare un numero minimo di PSAUT necessari.

Il PSAUT, così come indicato nella normativa regionale, viene individuato quale struttura di primo intervento in cui è prevista l'assistenza medica per casi di minore complessità, la osservazione medica breve e la piccola chirurgia. Tali interventi sono finalizzati alla stabilizzazione del paziente in fase critica e la eventuale attivazione del trasporto presso l'ospedale più vicino. È però necessario che l'utente che afferisce al PSAUT riceva la risposta più appropriata al proprio bisogno, il che comporta la capacità strutturale e organizzativa del presidio di offrire in loco le prestazioni adeguate al livello di urgenza richiesto, ricorrendo al trasferimento del paziente in ospedale solo nei casi

necessari, espletando così la propria funzione di primo filtro della domanda e contribuendo in tal modo a decongestionare i pronto soccorsi ospedalieri.

Inoltre, tenuto conto che l'utente bisognoso di soccorso urgente difficilmente riesce ad apprezzare la differenza tra "primo soccorso" e "pronto soccorso", ne consegue che il PSAUT può facilmente diventare luogo di equivoci sulle modalità di soccorso e fonte di possibili contenziosi. Eliminare questo rischio è impossibile, ma è necessario adottare ogni azione per ridurlo al minimo, soprattutto con il dotare il PSAUT di quanto necessario per garantirne l'ottimale funzionalità. Ciò si può ottenere anche mediante i seguenti accorgimenti:

- il PSAUT va attivato ed aperto al pubblico solo se risponde ai requisiti previsti dalle "Linee guida", con particolare riferimento alla idoneità dei locali, agli arredi, alle attrezzature, alle dotazioni di farmaci ed apparecchi clinico-diagnostici, all'abbigliamento del personale, ai mezzi di trasporto per l'eventuale ricovero;
- il personale medico ed infermieristico impegnato nel PSAUT deve essere in possesso di adeguata esperienza professionale svolta in pronto soccorso, di adeguati crediti formativi e di aggiornamento inerenti l'area di emergenza sanitaria. La dotazione di personale medico necessario per il corretto funzionamento del presidio, in considerazione delle necessarie turnazioni, è di 12 medici in totale per ciascun presidio, di cui 6 per attività PSAUT e 6 per attività su mezzo di soccorso.

Sulla base delle precedenti indicazioni, al fine di non disperdere risorse ed evitare rischi per i cittadini il numero totale dei PSAUT dovrà essere limitato e la loro attivazione o la conferma all'apertura, ove già avvenuta, va autorizzata:

1. solo se risponde ai previsti requisiti di idoneità dei locali, degli arredi, delle attrezzature, delle dotazioni di farmaci ed apparecchi clinico-diagnostici, di adeguata esperienza professionale del personale addetto, dei mezzi di trasporto per l'eventuale ricovero;
2. di norma per bacini di utenza che prevedano un numero di prestazioni non inferiori alle 25.000 per anno;
3. se la collocazione geografica è lontana dai Pronto Soccorso ospedalieri;
4. se è possibile mettere a disposizione delle ambulanze medicalizzate di soccorso avanzato perfettamente equipaggiate.

Sulla base dei criteri e delle considerazioni sopra esposte si indica in **tabella 1** il numero di PSAUT attivabili per singola ASL.

Il presidio **SAUT** coincide fisicamente con le postazioni di soccorso avanzato dove sono ubicate le ambulanze medicalizzate.

Tali postazioni possono essere mantenute o attivate solo sulla base del rispetto dei seguenti criteri:

- I. distanza congrua dai presidi ospedalieri facenti parte della rete dell'emergenza sulla base delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della rete viaria di collegamento;
- II. tempi medi di intervento previsti dalla normativa nazionale.
- III. dotazione di personale necessario per il corretto funzionamento del presidio, tenuto conto delle necessarie turnazioni (6 medici in totale per ciascun presidio)

Sulla base dei criteri e delle considerazioni sopra esposte si indica in **tabella 1** il numero di postazioni SAUT attivabili per singola ASL al di fuori dei presidi ospedalieri e comprensivi delle postazioni per le ambulanze presenti nei PSAUT.

Saranno possibili variazioni del numero di PSAUT e SAUT all'interno di ciascuna ASL, tenuto conto del vincolo delle rispettive dotazioni di personale medico per il corretto funzionamento dei presidi; tali possibili variazioni non potranno in alcun caso superare l'utilizzo del limite del numero di medici programmato per ciascuna ASL e riportato in tabella alla colonna 3 (Medici programmati) della successiva tabella 1. In ogni caso non si potranno comunque prevedere costi superiori a quelli

quantificabili sulla base del numero massimo di PSAUT e SAUT programmati per ciascuna Azienda.

Riguardo al personale medico destinato alla rete dell'Emergenza è necessario, in previsione della completa attuazione di quanto previsto dalla Legge Regionale 24/2006 per quanto attiene la figura del Medico Unico della Emergenza Sanitaria, favorirne il più possibile l'utilizzo sia in ambito preospedaliero che, soprattutto, in ambito ospedaliero (presso il Pronto Soccorso/Area critica-DEA). All'interno dell'area di attività del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale ed Ospedaliera (punti di stazionamento dei mezzi per il soccorso avanzato-SAUT, PSAUT, Area critica-DEA e CO), il contingente di dirigenti medici individuati in colonna 5 della tabella 1, preferibilmente quelli transitati alla dipendenza, deve essere collocato a rotazione prioritariamente nelle strutture a complessità maggiore, a partire dalle strutture di III livello ai quelle di II livello.

In relazione al complesso ed articolato programma di riorganizzazione dei servizi SAUT e PSAUT si ribadisce la necessità di completare il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati dell'Emergenza Sanitaria da considerare, ai sensi di legge, quale conversione del rapporto convenzionale in rapporto di dipendenza. Tali assunzioni potranno essere confermate solo previa positiva verifica da parte delle amministrazioni Centrali dell'effettiva riduzione del personale dipendente e convenzionato prevista nel Piano di Rientro e comunque nei limiti fissati nel suddetto piano per gli anni 2008 e 2009.

Ciò determina la trasformazione dei posti in convenzione, e del relativo costo, in posti della dirigenza medica; **conseguentemente i posti interessati alla trasformazione non potranno essere in alcun modo utilizzati a motivazione per la pubblicazione di carenze per nuovi rapporti convenzionali in tali aree di attività.**

## TABELLA 1

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

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