

**Regione Campania***Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)***DECRETO n. 74 del 09.07.2012**

Oggetto: **Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli". Relazione della Commissione Tecnico-amministrativa istituita con decreto n. 15 del 21.2.2012. Determinazioni.**

**PREMESSO** che:

- a. con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";
- c. con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d. con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- f. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22.02.2012 dal Sub Commissario Dott. Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23.03.2012, i compiti ad esso attribuiti sono stati assegnati al Sub Commissario Dott. Mario Morlacco;

**RILEVATO** che:

- a. in relazione alla situazione determinatasi nel sistema di emergenza – urgenza nella città di Napoli con particolare riferimento all'Ospedale Cardarelli, al fine di acquisire elementi di approfondita conoscenza sulle condizioni che determinano l'elevato numero di pazienti ricoverati in barella, con decreto del Commissario ad Acta n. 15 del 21.2.2012 è stata istituita una Commissione

Tecnico-Amministrativa con il compito di esaminare il contesto organizzativo del Dipartimento di emergenza-urgenza e del relativo pronto soccorso del suddetto nosocomio, in raccordo con rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera;

- b. che al prot.n. 3117/C del 4.5.2012, è stata acquisita la relazione finale con la quale la Commissione Tecnico-Amministrativa, dopo aver preso atto delle iniziative già avviate dalla Regione per il superamento delle criticità rilevate e previa analisi del contesto organizzativo del DEA e del Pronto Soccorso dell'Ospedale, nonché dei dati disponibili sugli accessi al P.S., ha individuato le seguenti fasi che caratterizzano l'accesso e la presa in carico del paziente per l'assistenza in emergenza:
1. Accesso del cittadino al PS;
  2. Valutazione clinica e strumentale del paziente;
  3. Dimissione del paziente che non necessita di ricovero/osservazione;
  4. Organizzazione dell'area critica.
- c. che per ciascuna delle suddette fasi ha raccomandato l'adozione delle seguenti azioni, indipendenti ma complementari, con tempi di realizzazione differenti (immediato; breve; intermedio; lungo);
1. Azioni a brevissimo termine (*entro 3 mesi*)
    - Adozione di protocolli aziendali per le dimissioni a partire da linee guide internazionali di provata efficacia che garantiscano il paziente e tutelino l'operatore con criteri di "messa in sicurezza" (*fase 3*);
    - Mantenimento e pieno utilizzo dell'OBI 2, temporaneamente e sino all'adozione delle azioni prioritarie in precedenza indicate e comunque sino alla ristrutturazione degli ambienti dell'OBI 1 (secondo la progettazione esibita) (*fase 4*);
    - Favorire il trasferimento dei pazienti operati dalla Chirurgia d'Urgenza alle UU.OO. chirurgiche di elezione o nella OBI 2 fino all'adozione delle misure programmate a breve termine (*fase 4*);
    - Predisporre provvedimenti per limitare i ricoveri ordinari di elezione nei momenti di elevata "criticità barelle" (*fase 4*);
    - Aggiornamento e re-training del personale addetto al Triage al fine di aumentare l'appropriatezza nell'assegnazione del codice di gravità. Ciò, insieme alla misura indicata al primo capoverso del successivo punto 2, riporterà le percentuali dei singoli codici ai valori attesi secondo le medie nazionali (*fase 1*);
    - Campagna informativa sul corretto impiego del 118 per favorirne un più appropriato utilizzo (*fase 1*).
  2. Azioni a breve termine (*3-6 mesi*);
    - Attivazione di un ambulatorio di Continuità Assistenziale che accolga i casi di minore complessità, classificati come tali dal triage ospedaliero, in locali adiacenti P.S. da realizzarsi attraverso un protocollo d'intesa con l'Azienda Sanitaria competente per territorio (ASL Napoli 1 Centro); in tale ambulatorio dovrà essere disponibile un collegamento informatico per poter effettuare le prenotazioni di prestazioni presso gli ambulatori della ASL NA 1 centro in tempo reale (*fase 1*);
    - Riduzione dei tempi diagnostici (laboratorio/immagini), anche attraverso la dotazione al PS di apparecchiature per esami di laboratorio ed esami ecografici (point of care) (*fase 2*). In particolare si ritiene utile dotare il PS di apparecchiature per l'esecuzione degli esami bioumorali di base (emogasanalisi, emocromo, azotemia, glicemia, elettroliti sierici, CPK, troponina, amilasemia) per l'esecuzione di un'ecografia addominale e di un'ecocardiogramma.
  3. Azioni a medio termine (*6-12 mesi*)
    - Rimodulazione dell'accordo con Azienda dei Colli, Federico II e SUN, individuando percorsi per la partecipazione di tali ospedali alla rete dell'emergenza (a partire dagli attuali accordi che definiscono i p.l. resi disponibili nell'ambito di specifiche discipline, in particolare ridefinendo il concetto di "stabilizzazione" del paziente ed ampliando la fascia oraria per i trasferimenti, da H/6 ad H/12) (*fase 4*);
    - Riorganizzazione dei medici che lavorano in PS integrandoli con quelli dei Reparti di Degenza di Medicina d'Urgenza e Chirurgia d'Urgenza e con i medici dell'emergenza territoriale-118 (modello Medico Unico dell'Emergenza), favorendo l'adozione di accordi

interaziendali di dipartimentalizzazione integrata con la ASL Napoli 1 centro e utilizzando metodi di formazione sul campo (*fase 2*);

- Attivazione della “Discharge Room”, anche attraverso l'utilizzazione degli spazi attualmente destinati all'OBI 2, di cui è proposto il ridimensionamento (*fase 4*).
- 4. Azioni a lungo termine (*oltre i 12 mesi*)
  - Creazione di un “filtro” territoriale con la collaborazione della Medicina Generale secondo il progetto di “medicina di gruppo” di attività H12 (*fase 1*);
  - Valutazione di fattibilità di attivazione di “dimissioni protette” attraverso la valorizzazione di percorsi interni, quali i trasferimenti di pazienti nei p.l. di lungodegenza post-acuzie (appositamente istituiti), o esterni, come il coinvolgimento dei MMG e dell'assistenza socio-sanitaria territoriale (*fase 3*).

d. la Commissione, inoltre, ha raccomandato di organizzare l'area di PS secondo le previsioni del Decreto commissariale 49/2010, vale a dire in maniera da riportarne la responsabilità ad un unico dirigente di Unità complessa, comprendente al suo interno l'area triage, l'unità di OBI, il Pronto soccorso, la Medicina d'urgenza. La Unità complessa di Chirurgia d'urgenza deve affiancare funzionalmente tale struttura per le attività di Pronto Soccorso chirurgico;

**DATO ATTO** che per mitigare il consistente afflusso di malati all'osservazione del P.S. del Cardarelli, sono state adottate le seguenti misure:

- sono stati resi disponibili posti letto dell'Ospedale dei Colli, dell'AOU “Federico II” e dell'AOU “Seconda Università” per trasferimento dal Cardarelli;
- con decreto commissariale n. 17 del 2.3.2012 è stata aumentata la dotazione di posti letto con trenta unità di lungodegenza postacuzie;
- l'Azienda è stata autorizzata ad attivare ulteriori 30/40 posti tecnici di osservazione breve intensiva (OBI 2) fino al 30.4.2012, poi prorogato al 31.8.2012, termine entro il quale l'Azienda stessa aveva previsto il completamento dei lavori per la realizzazione della nuova astanteria (c.d. *open space*) per consentire una migliore organizzazione delle attività di PS e favorire il decongestionamento degli ambienti dalla presenza impropria di barelle;

**VISTA** la nota di prot.n. 3921 del 21.6.2012, con la quale il Direttore Generale dell'Azienda Cardarelli ha rappresentato che a causa del protrarsi del tempo entro cui si stimava l'ottenimento degli occorrenti permessi edilizi, il termine del 31 agosto non può essere rispettato e, pertanto, ha chiesto l'autorizzazione a mantenere attiva l'OBI 2 fino all'ultimazione dei lavori;

**VISTO**, altresì, il parere dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze n.191-P del 11.6.2012 e precisato che, con riferimento al personale autorizzato per assicurare il funzionamento delle suddetta struttura, l'Azienda ha fatto ricorso a forme di reclutamento tramite tipologie di rapporto di lavoro flessibili, di carattere temporaneo ed eccezionale, senza che sia stato attivato il procedimento di cui all'art. 1, comma 23 bis del D.L. 138/2011, anche in ragione del sostanziale rispetto degli obiettivi di risparmio della spesa del personale da parte dell'Azienda ospedaliera medesima;

**RITENUTO** di dover disporre le misure indispensabili a fronteggiare, nell'immediato, i problemi dell'enorme afflusso dei pazienti al P.S. ed il correlato “problema barelle”, nonché quelle necessarie a garantire l'attivazione delle azioni individuate dalla Commissione Tecnico-Amministrativa ed analiticamente riportate in premessa;

**TENUTO CONTO** che il decreto commissariale n. 57 del 14.06.2012 avente ad oggetto <<Decreto Commissariale n. 45 del 20 giugno 2010 “Programma operativo 2011-2012 – Approvazione intervento 3.1- Riqualficazione rete emergenza – urgenza>> reca linee di indirizzo regionali per l'attuazione operativa di alcune delle misure quali quelle relative alla dipartimentalizzazione integrata, al triage ospedaliero ed all'osservazione breve intensiva (OBI), peraltro oggetto di raccomandazioni formulate dalla Commissione Tecnico-Amministrativa e che l'adozione del previsto piano attuativo dell'emergenza-urgenza da parte del Direttore Generale dell'Azienda Cardarelli dovrà consentire la realizzazione delle azioni raccomandate;

**DECRETA**

1. di autorizzare l'A.O.R.N. Cardarelli alla proroga dell'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI 2) per il tempo necessario al completamento dei lavori di realizzazione della nuova Astanteria del Pronto Soccorso (c.d. *open space*) e, comunque non oltre il 31.12.2012;
2. di demandare al Direttore Generale dell'Azienda Cardarelli l'adozione delle seguenti azioni da completare nei termini per ciascuna di esse indicati:

*2.1 Entro tre mesi dalla data del presente decreto:*

- Adozione di protocolli aziendali per le dimissioni a partire da linee guide internazionali di provata efficacia che garantiscano il paziente e tutelino l'operatore con criteri di "messa in sicurezza";
- Garantire il mantenimento e pieno utilizzo dell'OBI 2;
- Adottare percorsi per favorire il trasferimento dei pazienti operati dalla Chirurgia d'Urgenza alle UU.OO. chirurgiche di elezione o nella OBI 2 fino all'adozione delle misure programmate a breve termine;
- Adottare specifici provvedimenti per limitare i ricoveri ordinari di elezione nei momenti di elevata "criticità barelle" (*fase 4*);
- Aggiornamento e re-training del personale addetto al Triage al fine di aumentare l'appropriatezza nell'assegnazione del codice di gravità;

*2.2 Entro sei mesi dalla data del presente decreto:*

- Adozione dei provvedimenti atti a ridurre i tempi diagnostici (laboratorio/immagini), anche attraverso la dotazione al PS di apparecchiature per esami di laboratorio ed esami ecografici (point of care). In particolare il PS dovrà essere dotato di apparecchiature per l'esecuzione degli esami bioumorali di base (emogasanalisi, emocromo, azotemia, glicemia, elettroliti sierici, CPK, troponina, amilasemia) per l'esecuzione di un'ecografia addominale e di un'ecocardiogramma;
- Attivazione di un ambulatorio di Continuità Assistenziale che accolga i casi di minore complessità, classificati come tali dal triage ospedaliero, in locali adiacenti P.S. da realizzarsi attraverso un protocollo d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro; in tale ambulatorio dovrà essere disponibile un collegamento informatico per poter effettuare le prenotazioni di prestazioni presso gli ambulatori dell'ASL in tempo reale;

*2.3 Entro 12 mesi dalla data del presente decreto:*

- Rimodulazione, in raccordo con le competenti strutture regionali, del protocollo con l'Azienda dei Colli e le AA.OO.UU. "Federico II" e "Seconda Università" con ridefinizione del numero di p.l. resi disponibili nell'ambito di specifiche discipline, nonché del concetto di "stabilizzazione" del paziente, prevedendo l'ampliamento della fascia oraria per i trasferimenti, da H/6 ad H/12;
- Procedere alla riorganizzazione dei medici che lavorano in PS integrandoli con quelli dei Reparti di Degenza di Medicina d'Urgenza e Chirurgia d'Urgenza e con i medici dell'emergenza territoriale-118 (modello Medico Unico dell'Emergenza), favorendo l'adozione di accordi interaziendali di dipartimentalizzazione integrata con la ASL Napoli 1 centro e utilizzando metodi di formazione sul campo;
- Attivare la "Discharge Room", anche attraverso l'utilizzazione degli spazi attualmente destinati all'OBI 2;

*2.4 Entro 18 mesi dalla data del presente decreto*

- Realizzazione di un "filtro" territoriale con la collaborazione della Medicina Generale secondo il progetto di "medicina di gruppo" di attività H12;
- Attivazione di "dimissioni protette" attraverso la valorizzazione di percorsi interni, quali i trasferimenti di pazienti nei p.l. di lungodegenza post-acuzie (appositamente istituiti), o esterni, come il coinvolgimento dei MMG e dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

3. di demandare all'A.G.C. 20 ogni azione di impulso e monitoraggio delle azioni indicate ai precedenti punti;
4. di inviare il presente provvedimento all'A.G.C. 20, al Direttore Generale dell'A.O.R.N. "Cardarelli", al Commissario Straordinario dell'A.S.L. Napoli 1 Centro, ai Direttori Generali dell'A.O.R.N. "Dei Colli" e delle AA.OO.UU. "Federico II" e "Seconda Università", per quanto di rispettiva competenza, all'A.G.C. 19, nonché al Settore Stampa e Documentazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole  
Il Sub Commissario  
Dott. M. Morlacco

Il Coordinatore AGC 19  
Dott. A. D'Ascoli

Il Coordinatore AGC 20  
Dott. M. Vasco

Il Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera  
Dott. R. Pizzuti

Il Dirigente del Settore Ruolo Personale SSR  
Dott. A. Postiglione