

**Consiglio Regionale della Campania**

***Settore Segreteria Generale
Servizio Resoconti***

RESOCONTI: Sommario ed Integrale

*della seduta consiliare
del 26 Novembre 2008*

<<<<<<<<<<<<<<<<◇>>>>>>>>>>>>>>

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

INDICE	VIII Legislatura	26 Novembre 2008
---------------	-------------------------	-------------------------

INDICE

1. RESOCONTO SOMMARIO	pag.
2. RESOCONTO INTEGRALE	pag.
3. ALLEGATO A	pag.

Elenco Argomenti

a. ORDINE DEL GIORNO	pag.
b. DISEGNO DI LEGGE “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo” registro generale n. 390	pag.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Sommario**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

**RESOCONTO SOMMARIO
DELLA SEDUTA CONSILIARE
DEL 26 NOVEMBRE 2008**

INDICE degli argomenti trattati:

- Seguito esame del disegno di legge:
"Misure straordinarie di razionalizzazione
e riqualificazione del sistema sanitario
regionale per il rientro dal disavanzo" -
registro generale n. 390

**Presidenza della Presidente Alessandrina
Lonardo**

Indi del Vice Presidente Gennaro Mucciolo

Indi del Vice Presidente Salvatore Ronghi

Inizio lavori ore 15.04

**Seguito esame del disegno di legge: "Misure
straordinarie di razionalizzazione e
riqualificazione del sistema sanitario regionale
per il rientro dal disavanzo" registro generale
n. 390**

PRESIDENTE: comunica che la V Commissione consiliare permanente ha approvato a maggioranza nella seduta del 24 novembre 2008 il disegno di legge in esame e che la II Commissione consiliare permanente ha espresso parere favorevole a maggioranza nella seduta del 25 novembre 2008. Ricorda che nella seduta odierna si svolgerà la discussione generale sul testo, così come concordato nella Conferenza dei Capigruppo. Sospende la seduta per poche minuti, su richiesta di alcuni Consiglieri.

La seduta sospesa alle ore 15.07 riprende alle ore 15.11

PRESIDENTE: invita i Consiglieri regionali che intendono intervenire ad iscriversi a parlare al

banco della Presidenza. Augura buon lavoro al neo Consigliere Maurizio Chessa.

DIODATO (AN): sull'ordine dei lavori - chiede per propria documentazione che gli siano forniti gli atti richiesti al Direttore generale dell'A.S.L. Napoli 1, riguardanti gli elenchi degli Avvocati esterni con incarichi ricevuti dall'A.S.L. Napoli 1.

PRESIDENTE: comunica che appena possibile provvederà a trasmettere le notizie richieste.
MONTEMARANO, Assessore alla sanità: relaziona sul disegno di legge e precisa che si è trattato di una riforma organizzativa e strutturale del sistema sanitario assistenziale regionale, resa necessaria dall'emergere di nuove problematiche, nell'ambito di una logica di riqualificazione delle rete ospedaliera, anche a seguito della sottoscrizione del Piano di rientro siglato con il Governo nazionale, piano che prevede il rientro dal disavanzo ed un processo di riqualificazione e di razionalizzazione dell'intero Servizio sanitario campano.

Annuncia che i punti fondamentali dell'intervento di riorganizzazione richiesti dal Piano di rientro, si sostanziano in due capitoli complementari: la ristrutturazione della rete d'emergenza e la riconversione ovvero la dimissione di presidi ospedalieri.

**Alle ore 15.49 assume la Presidenza il Vice
Presidente Gennaro Mucciolo**

GIUSTO - Presidente della V Commissione consiliare permanente: ritiene che se il Piano ospedaliero regionale fosse stato attuato oggi ci troveremmo di fronte ad una situazione diversa. Sostiene che bisogna uscire dalla logica di una sanità concentrata sull'ospedalizzazione e bisogna riprendere i due disegni di legge iscritti all'ordine del giorno della Commissione sanità; annuncia che in questa direzione si muoverà la V Commissione.

Dichiara inoltre che gli elementi fondamentali di questo piano sono la riduzione delle A.S.L., dei distretti sanitari ed il ripristino di una procedura per l'accreditamento delle strutture private.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Sommario**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

D'ERCOLE - Rappresentante dell'opposizione: ritiene che l'intervento che si sta portando avanti è da ritenersi inutile ai fini degli obiettivi che l'Assessore e la Giunta regionale hanno indicato nella relazione, ovvero il rientro dal debito entro il 31 dicembre per evitare il commissariamento.

Annuncia, a nome dell'opposizione, non soltanto il voto contrario al piano così come predisposto, ma indica anche un diverso modello al quale ci si potrebbe ispirare, che prevede l'attribuzione ai Direttori generali delle A.S.L. di competenze in materia di medicina territoriale, nonché la Direzione generale degli ospedali di competenza sulla rete ospedaliera provinciale, impedendo che possano verificarsi nuovamente sovrapposizioni.

ERRICO - Popolari - Udeur: sostiene che la discussione su questo provvedimento rappresenta per la Regione un momento fondamentale, legato a scelte che servono per evitare il commissariamento della sanità campana.

Ritiene che il disegno di legge in discussione e il Piano di riorganizzazione allegato rappresentano un buon risultato, benché restino aperti numerosi questioni, come la necessità di approfondire l'argomento degli ospedali di comunità e l'organizzazione di una migliore rete dell'emergenza al fine di dare risposte uniformi su tutto il territorio.

Invita l'Assessore Montemarano a prestare particolare attenzione al monitoraggio delle spese dei prossimi mesi.

ROMANO (FI): ritiene che il piano non risponda alla logica di razionalizzazione della spesa ed a un miglioramento dei servizi, ma soltanto ad una logica di natura politica. Sostiene che l'unica scelta positiva è la riduzione delle A.S.L.. Occorre inoltre procedere ad una drastica riduzione delle consulenze. Preannuncia il voto contrario al piano.

CAMMARDELLA (PRC): preannuncia che il Gruppo di Rifondazione Comunista, dopo il contributo dato nel corso di questi anni all'operazione di risanamento, condivide la necessità di evitare la gestione commissariale che rende inagibile, dal punto di vista democratico e del confronto, la gestione della Sanità pubblica.

RIVELLINI (AN): invita a cambiare il sistema della sanità in Campania, auspicando che si recuperino le somme per evitare il Commissariamento.

IOSSA (PD): ricorda che le risorse che il Governo nazionale mette a disposizione non sono sufficienti per la Regione Campania ed invita a recuperarle mediante la razionalizzazione della macchina regionale.

Alle ore 17.58 assume la Presidenza il Vice Presidente Ronghi

GRIMALDI (Nuovo PSI): ritiene che questo Piano non si preoccupa di far lievitare le spese del sistema ed annuncia quindi il voto contrario del suo Gruppo.

D'ERCOLE, capo dell'opposizione: chiede spiegazioni all'Assessore Montemarano in ordine alle delibere amministrative, che la Giunta sta adottando, relative ai tagli in materia di farmaceutica ed afferma la necessaria presenza in Aula del Presidente della Giunta.

RIVELLINI (AN): propone la sospensione della seduta per svolgere una Conferenza dei Capigruppo in ordine al prosieguo dei lavori.

MONTEMARANO, Assessore alla Sanità: precisa che la Giunta sta adottando provvedimenti di natura amministrativa che non riguardano il disegno di legge in esame. Insiste perché si continui con l'esame e con la discussione del disegno di legge.

CIARLO (PD): condivide la precisazione dell'Assessore alla sanità di continuare l'esame e la discussione generale.

ROMANO (FI): dichiara di associarsi alla richiesta del Consigliere Rivellini di convocare la Conferenza dei Capigruppo.

D'ERCOLE, rappresentante dell'opposizione: ribadisce la necessità della presenza in Aula del Presidente della Giunta, al fine di dare chiarimenti in ordine ai provvedimenti amministrativi che la Giunta ha adottato in materia di debito sanitario.

PRESIDENTE: prende atto della richiesta di sospensione della seduta e comunica che in

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Sommario**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Conferenza dei capigruppo occorre stabilire le modalità del prosieguo dei lavori.

SENA (PD): invita ad osservare i tempi per l'approvazione del disegno di legge.

Alle ore 18.31 assume la Presidenza il Presidente Alessandrina Lonardo

MONTEMARANO, Assessore alla sanità: chiarisce che trattasi di provvedimenti di natura esclusivamente amministrativa.

PRESIDENTE: prende atto del consenso unanime dell'Aula in ordine alla richiesta del Consigliere Rivellini, convoca quindi la Conferenza dei Capigruppo e sospende la seduta.

La seduta sospesa alle ore 18.34 riprende alle ore 19.14 con il Vice Presidente Gennaro Mucciolo

PRESIDENTE: comunica che la Conferenza dei Capigruppo ha deciso all'unanimità di proseguire con la discussione generale e di riprendere i lavori alle ore 11.00 del giorno successivo con l'intervento del Presidente della Giunta.

ARENA (Udeur): preannuncia il suo voto favorevole al maxi emendamento perché ha salvaguardato gli sprechi economici e garantisce il diritto alla salute dei cittadini.

MOCERINO (Gruppo misto – UDC): ritiene che le misure per la razionalizzazione del Piano ospedaliero non risolvano i problemi della spesa sanitaria della Regione che risulta essere irragionevole rispetto ad un servizio pubblico insufficiente per garantire la salute dei cittadini.

MAISTO (IDV): informa l'Aula che il gruppo di Italia dei Valori ripropone in Aula gli emendamenti già presentati in V Commissione.
RAGOSTA (Verdi): informa che il mantenimento delle sette A.S.L., per la riduzione dei distretti sanitari rappresenta un punto qualificante e fa appello all'Aula affinché si mantenga fermo questa norma.

BRUSCO (MPA): dichiara di essere contrario al Piano poiché continua a far sopravvivere sprechi.

SARNATARO (PD): auspica che, a conclusione di questo percorso, il primo intervento da realizzare è quello di abbassare le aliquote IRPEF, IRAP e le tasse relative al sostegno della spesa sanitaria.

PRESIDENTE: comunica che i lavori riprenderanno il giorno successivo alle ore 11.00 e toglie la seduta.

I lavori terminano alle ore 19.55.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

**RESOCONTO INTEGRALE
DELLA SEDUTA CONSILIARE
DEL GIORNO 26 NOVEMBRE 2008**

INDICE degli argomenti trattati:

- **Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo dell'allegato piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedalieri Reg. Gen. n. 390**

Presidenza della Presidente Leonardo

Inizio lavori ore 15.04

PRESIDENTE: La seduta è aperta.

“Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo dell'allegato piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedalieri Reg. Gen. n. 390 ”

PRESIDENTE: La V Commissione consiliare permanente ha approvato a maggioranza nella seduta del 24 novembre 2008, il testo di legge. la II Commissione consiliare permanente ha espresso parere favorevole a maggioranza nella seduta del 25 novembre 2008 e ricordo che nella seduta odierna si svolgerà la discussione generale sul testo così come concordato con la Capigruppo riunita nella giornata di ieri. Il Presidente del Consiglio accoglie la richiesta di sospensione così come di prassi. La seduta è sospesa per cinque minuti.

La seduta sospesa alle ore 15.07 riprende alle ore 15.11

PRESIDENTE: Faccio appello ai consiglieri regionali che si vogliono iscrivere a parlare di farlo immediatamente, per poter fare una

scaletta tenendo conto delle rappresentanze dei partiti, dando la possibilità ad uno dell'opposizione e ad uno della maggioranza di intervenire. Questo è possibile soltanto se abbiamo tutti i nominativi degli iscritti a parlare, quindi vi esorto ad iscrivervi presso la presidenza. E' iscritto a parlare il Consigliere Diodato; ne ha facoltà.

DIODATO (AN): Grazie Presidente, anche perché la comunicazione è inerente alla materia che oggi iniziamo a trattare in Consiglio.

PRESIDENTE: Mi scusi, ma ci ha raggiunto per la prima seduta il Consigliere Chessa, al quale auguriamo buon lavoro.

DIODATO (AN): Da diversi mesi ed in ultimo per iscritto, il 14 ottobre scorso, ho chiesto al Direttore Generale dell'A.S.L. Napoli 1, l'elenco degli Avvocati esterni che avevano ricevuto incarichi dall'A.S.L. Napoli 1. Alla fine è stato costretto a rispondermi e mi ha detto che, in sostanza, questi dati sono sensibili, coperti dalla privacy. Siccome nella stessa nota mi ha detto che se mi occorrevo comunque avrei potuto rivolgermi alla Presidenza o al Consiglio regionale a cui sono stati già trasmessi in precedenza o potrei consultare il sito su cui sono stati inseriti questi dati ufficialmente. La cosa mi sembra contrastante con la mia stessa richiesta, ma soprattutto mi sembra, oltremodo, mortificante per il diritto all'accesso degli atti di un Consigliere regionale stabilito dallo Statuto della Regione e soprattutto per la responsabilità, anche contabile, che abbiamo. In attesa della risposta che arriverà, a me interessano gli atti, non le risposte, siccome ritengo leso questo diritto, lo faccio a tutela anche degli altri colleghi, nei confronti di qualunque Governo, di centro - destra e centro - sinistra, perché credo che questo sia davvero un diritto che non possa essere leso, da questo pomeriggio, Presidente, rimarrò in quest'Aula, con le luci accese, se le lasceranno, iniziando lo sciopero della fame e

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

della sete, finché non mi saranno dati gli atti che ho richiesto.

PRESIDENTE: Intanto lei mi ha scritto questa lettera alla quale sto dando seguito, non mi sono ancora fermata, quando ricevo delle lettere inviatemi dai Consiglieri, i quali hanno il controllo su tutti gli atti che si fanno nella regione Campania, sono molto attenta, quindi, la pregherei di soprassedere perché nel giro di due giorni avremo tutte quante le notizie. Quindi, la prego di tenere conto di questa situazione. E' iscritto a parlare l'Assessore Montemarano; ne ha facoltà.

MONTEMARANO Assessore alla Sanità: Grazie Presidente Onorevoli Consiglieri, sono particolarmente soddisfatto quest'oggi, perché la discussione sulle significative trasformazioni che stanno interessando la sanità campana, ritornano nell'alveo che le è istituzionalmente congeniale, vale a dire quello del Consiglio regionale della Campania. Nel rivolgermi a questa Assemblea, intendo, oggi, ripercorrere le tappe salienti di una riforma organizzativa e strutturale del sistema assistenziale regionale. Una riforma resa necessaria sia dall'emergere di nuove problematiche che necessitavano di un diverso approccio, sia dalla sottoscrizione del Piano di rientro siglato con il Governo a Roma. Un percorso di razionalizzazione quello avviato, sul quale in più occasioni mi sono un confronto con questa Assemblea, sia attraverso particolareggiate relazioni, sia attraverso i numerosi question time, ai quali credo che quest'Assemblea, me ne può dare atto, non mi sono mai sottratto. Onorevoli Consiglieri, sono certo che a nessuno di voi sfugga che siamo giunti ad un punto cruciale, un punto che sta determinando una svolta decisiva anche per il futuro del sistema deputato a garantire la salute dei cittadini campani, si tratta ora di percorrere l'ultimo tratto nella condivisione, avendo ben chiaro gli obiettivi strategici che intendiamo perseguire per migliorare sempre di più la nostra sanità. Tutto è

perfezionabile, ma sappiamo bene che non si può dimenticare da dove siamo partiti ed i grandissimi passi in avanti che abbiamo fatto. Passo quindi a tracciare una sintesi, mi auguro utile, del non facile percorso di riforma avviato e partito dalla deliberazione n. 460 del marzo 2007, un anno e mezzo fa, con la quale la Giunta regionale della Campania ha approvato l'accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione Campania e i Ministri della Salute, dell'Economia e delle Finanze, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 311 del 2004. Una delibera, la 460, complessiva dell'allegato piano triennale per rientrare dal disavanzo e del concordato processo di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario campano. Il Piano di rientro nasce dall'esigenza di promuovere la modifica dell'organizzazione e quantitativa del sistema sanitario regionale, per raggiungere l'obiettivo di contribuire all'equilibrio economico-finanziario, ma al tempo stesso nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Esso ha previsto, tra gli altri interventi progettuali, misure idonee per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera campana. I determinanti fondamentali dell'intervento di riorganizzazione richiesti dal Piano di rientro, si sostanziano, in effetti, in due capitoli complementari: ristrutturazione della rete d'emergenza, nel senso di un superamento del pronto soccorso attivi e la contestuale riclassificazione dei presidi ospedalieri da inserire nella rete dell'emergenza secondo le indicazioni contenute nel capitolo 4.2.3 dell'allegato Piano regionale ospedaliero; riconversione o dismissione dei presidi ospedalieri, ovvero il cambiamento e l'indicazione di compiti finalizzati al raggiungimento di un'effettiva produttività, riallocando le risorse in funzioni ospedaliere carenti o in quelle territoriali. Il Piano di rientro, inoltre, dando atto che il processo di riqualificazione, riorganizzazione e riconversione, determinerà un impatto progressivo, anche di tipo economico, nel senso

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

Resoconto Integrare

VIII Legislatura

26 novembre 2008

di una riorganizzazione delle risorse, ha individuato comunque un significato obiettivo di risparmio riconducibile ai principi programmatici innanzi esposti, valutando uno spostamento di oltre 1000 posti letto di acuti in R.S.A e la trasformazione di 900 posti letto di acuti in posti letto di riabilitazione e lungodegenza. Lo stesso provvedimento prevede importanti interventi di razionalizzazione volti a rendere più efficace l'azione amministrativa e complessivamente l'attività di coordinamento sul territorio. Da qui scaturisce la nostra proposta di riduzione del numero delle aziende sanitarie locali e quelle del numero di distretti sanitari. Analogo è il discorso sull'accreditamento istituzionale, che riceve dall'atto deliberativo un nuovo propellente per velocizzare l'iter burocratico. In attuazioni delle prescrizioni del Piano di rientro e delle procedure ivi previste, la Giunta regionale, con deliberazione 1854 e 1900, ha approvato le schede specifiche per ciascuna struttura sanitaria. Le schede contengono i dati e gli indicatori, collocano i vincoli specifici imposti dal Piano sanitario di rientro con quelli derivanti dal Piano regionale ospedaliero, ha fornito, ai Direttori Generali delle A.S.L. e delle Aziende Ospedaliere, le indicazioni a cui attenersi per l'elaborazione dei piani aziendali e di riorganizzazione. I Direttori Generali delle aziende sanitarie, hanno provveduto alla stesura dei piani aziendali che sono stati discussi insieme agli organismi di cui all'articolo 2 della citata legge regionale, i cosiddetti coordinamenti tecnico - provinciali. Bisogna, onestamente, riconoscere che in molti casi, le proposte dei Direttori Generali, favorevolmente accolte dai comitati tecnici, non sono risultate conciliabili con i vincoli previsti dal Piano di rientro dal disavanzo. Esso, infatti, impone scelte tali da non consentire l'espansione di posti letto e di funzioni della rete ospedaliera campana, così come disegnata dai piani aziendali, anche se essi risultavano rispettosi dagli standard previsti dal Piano regionale ospedaliero, un Piano che il

Governo centrale non ha approvato chiedendo provvedimenti più strettamente dipendenti, rispondenti ai dettami fissati dal Piano di rientro. Con il successivo provvedimento di Giunta, pertanto, è stata proposta la nuova configurazione della rete ospedaliera che ha recepito, per quanto compatibili i piani aziendali nel rispetto tuttavia, dei precisi vincoli programmatici imposti dal Piano di rientro. La proposta di ristrutturazione della rete ospedaliera campana, prevede a regime 3.064 posti letto per acuti per 1000 abitanti e 0.516 posti letto per le attività di lungodegenza e riabilitazione, uno standard complessivo di 3.580 posti letto per 1000 abitanti, si prevedono in totale 20.700 posti letto, sia pubblici che privati con una riduzione di quasi 700 unità. A tale risultato si perviene attraverso una serie di interventi imposti dai vincoli del Piano di rientro, che con una razionalizzazione della rete possono contribuire ad elevare l'efficienza nell'organizzazione dei servizi offerti con positive ricadute sulla loro qualità. Il Piano di rientro richiedeva interventi di ristrutturazione della rete dell'emergenza, nel senso di un superamento dell'attuale classificazione dei presidi pubblici e di inserire nella loro contestuale riclassificazione secondo le indicazioni contenimento nei capitoli 4.2 - 4.3 del Piano ospedaliero. I presidi ospedalieri pubblici della regione Campania tutti risultavano inseriti nella rete dell'emergenza e classificati almeno quali sede di pronto soccorso attivi, con assetto organizzativo e di personale nemmeno sostenibile da tutti gli ospedali. Inoltre, nella precedente configurazione erano previste 8 Day Hospital di secondo livello che rappresentavano il più alto livello della rete dell'emergenza ospedaliera. La proposta di riorganizzazione procede alla riclassificazione dei presidi pubblici aderenti alle linee guida del Piano regionale ospedaliero e si articola in tre livelli: gli ospedali di primo livello, che assicurano il primo soccorso e una diagnostica di base oltre a prestazioni in elezione

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

programmata di norma larga diffusione; gli ospedali sede di secondo livello erogheranno prestazioni caratterizzate da una maggiore intensità di recupero rispetto a quelli del primo livello; gli ospedali di terzo livello svolgeranno patologie non comprese nelle prime due, quali la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, le grandi ustioni e trauma center. Il modello programmato propone di potenziare tali centri, di collegarli in rete e renderli utilizzabili solo per le patologie acute elevando la qualità dei servizi ospedalieri e potenziando invece, le strutture territoriali per altri bisogni. Sulla base di tali principi è stata programmata la rimodulazione della rete dell'emergenza e la nuova classificazione degli attuali ospedali, prevedendo la riconversione di alcuni presidi di emergenza in strutture ospedaliere di elezione o a funzione riabilitativa. Si è anche prevista la riconversione di posti letto di alcune strutture per adeguarle alle funzioni che assumono i tre livelli della rete di emergenza. Tale operazione ha avuto come criterio base la collocazione territoriale delle strutture, la loro dimensione, il volume e la tipologia delle prestazioni erogate. In dettaglio, 6 ospedali per un totale di 450 posti letto sono convertiti a nuove funzioni ospedaliere; 10 presidi ospedalieri sono riclassificati quale rete di primo livello della rete dell'emergenza, vengono individuati sempre nella proposta della delibera di Giunta, 21 presidi come ospedali di secondo livello e sono classificati sedi di terzo livello, le 4 aziende ospedaliere provinciali, l'ospedale Cardarelli, il costruendo Ospedale del Mare della Napoli 1 e i presidi Umberto 1 di Nocera della Salerno 1 e San Luca di Vallo della Lucania, della Salerno 3. Il Piano di rientro ha richiesto effettuare azioni organizzative sugli ospedali per raggiungimento di un'effettiva produttività e una riallocazione delle risorse per funzioni ospedaliere oggi, carenti o per attività territoriali. A tal fine, si ritiene determinante il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle vigenti normative

nazionali e regionali, per questo è stata programmata la realizzazione di nuovi ospedali nei quali far confluire strutture già esistenti, la cui messa a norma risulterebbe troppo onerosa o addirittura impossibile. La riqualificazione della rete delle aziende ospedaliere, rappresenta un rilevante obiettivo della programmazione regionale. Pertanto nel Piano è previsto un potenziamento della dotazione di posti letto delle aziende ospedaliere con i seguenti obiettivi: fornire le migliori condizioni per il trattamento delle patologie che per gravità, complessità e intensità, non possono trovare adeguate risposte nell'ambito degli altri livelli di assistenza; assicurare la globalità e la continuità degli interventi assistenziali attraverso l'integrazione ed il coordinamento dei processi di cura all'interno delle singole aziende; assicurare una maggiore qualità del servizio e di umanizzazione dell'assistenza attraverso il pieno rispetto dell'unità e della dignità delle persone; garantire la coerenza delle linee produttive con i principi generali della pianificazione sanitaria regionale e provinciale, secondo le modalità organizzative che garantiscono un modello coerente e sostenibile di autosufficienza provinciale. Le aziende ospedaliere rappresentano i laboratori in cui portare avanti i principi del governo clinico, cioè, di un sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie e i professionisti si rendono responsabili del miglioramento continuo e della qualità dei loro servizi e della salvaguardia degli altri standard sanitari, creando un ambiente in cui possono svilupparsi l'eccellenza clinica e instaurarsi un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti organizzative e professionali, in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili delle attività. In questo modello organizzativo, le aziende ospedaliere per la loro necessità di alte tecnologie e di operatori altamente specializzati e per la conseguente impossibilità di essere capillarmente diffusi nel territorio, costituiscono i nodi dai quali attivare i percorsi

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

di collaborazione e di integrazione fra le strutture ospedaliere della rete provinciale per la piena realizzazione della continuità assistenziale. Tra i criteri ispiratori della riorganizzazione della rete ospedaliera, assume particolare rilevanza quello dell'organizzazione interna finalizzata e la realizzazione delle dipartimentalizzazioni, al superamento della frammentazione e duplicazione delle strutture esistenti, sia per le attività di ricovero che per le attività diagnostiche e dei servizi. La riorganizzazione delle aziende ospedaliere è stata programmata prevedendo la loro articolazione dipartimentale. Tale scelta risponde alla finalità di conseguire l'effettiva attuazione della dipartimentalizzazione, nonché quella di garantire comportamenti omogenei in ambito regionale sia pure con le necessarie differenziazioni dovute alle peculiari caratteristiche funzionali di ciascuna azienda. I presidi ospedalieri delle aziende sanitarie locali invece, sono stati configurati solo con i posti letto programmati per ciascuna specialità. Tanto si è reso necessario al fine di garantire la corretta applicazione del principio fissato dalla legge regionale 46 al punto 4.4.2. relativo al numero minimo di posti letto per il conferimento dell'incarico di struttura complessa. In fase attuativa, l'organizzazione dipartimentale in questi ospedali dovrà essere limitata a soli tre dipartimenti: medico, chirurgico e di servizio, con aggiunta del dipartimento di emergenza ed urgenza per i presidi del terzo livello non aziende ospedaliere. In ogni caso, il principio dell'organizzazione dipartimentale costituisce il vincolo per i direttori generali. Per specifici settori di attività, le aziende sanitarie potranno procedere alla costituzione di dipartimenti interaziendali, di norma su base provinciale. La nuova configurazione della rete di riabilitazione ospedaliera, si è sviluppata sulla base dei vincoli posti dal Piano di rientro dal disavanzo, tra cui primariamente quello relativo alla riconversione di 900 posti letto per acuti in altrettanti posti

letto di riabilitazione o lungodegenza. Il positivo risultato ottenuto si evince dal miglioramento dell'indice regionale di posti letto di riabilitazione per 1000 abitanti, che diventa 0.51, che risulta di essere superiore di quasi il 50% rispetto a quello dell'attuale configurazione. Tale finalità è stata raggiunta tenendo conto degli obiettivi di salute fissati dal Piano ospedaliero regionale, dall'offerta riabilitativa già presente sul territorio e dalla riconversione dei posti letto per acuti. La riorganizzazione della rete permetterà inoltre di ottimizzare rispetto all'attuale offerta, la distribuzione delle specialità riabilitative di primo, secondo e terzo livello nei rispettivi territori, attraverso la contestualizzazione dei coefficienti definiti dalla legge 24, al punto 7.2 nei relativi standard provinciali per posto letto riabilitativi derivanti dalla nuova configurazione. Un ulteriore risultato positivo, si realizza attraverso la regolarizzazione da alcune strutture presenti della rete ospedaliera campana dotate di oltre 800 posti letto per acuti e denominati ad indirizzo neuropsichiatrico. Tali presidi dovranno rientrare nelle tipologie previste dalla normativa nazionale e regionale per la riabilitazione, adeguando le loro strutture, i loro modelli organizzativi e quelli operativi alle modalità previste per la riabilitazione intensiva e multidisciplinare, codice 56 e per la degenza di base, codice 60. Il piano ospedaliero prevede inoltre che tali strutture possono proporre anche una riconversione delle attività di ricovero in attività residenziale e semiresidenziali coerenti con il modello operativo del dipartimento di salute mentale. Tenuto conto del regolamento n. 1 del 22 giugno 2007 e concernente le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, tali strutture possono accedere l'accreditamento istituzionale, subordinamento alla verifica di funzionalità con la programmazione regionale in strutture di ricovero di lungodegenza, di riabilitazione intensiva, ovvero in qualità di strutture

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

Resoconto Integrato

VIII Legislatura

26 novembre 2008

residenziale. Pertanto la riconversione in tali strutture dovrà avvenire attraverso lo strumento dell'accreditamento istituzionale, previo rilascio di una autorizzazione all'esercizio che dovrà riportare, sulla base dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici posseduti, la tipologia delle prestazioni erogabili in regime assistenziale e il relativo numero dei posti letto. Il programma di riorganizzazione della rete ospedaliera richiede un forte governo regionale nella fase attuativa, in gran parte demandata alle aziende sanitarie a garanzia che si realizzi l'effettivo cambiamento strutturale che si propone e nel contempo, ci è richiesto dal Piano di rientro. Per questo, la Regione, dovrà fornire alle aziende sanitarie precise indicazioni che le vincolano ad adottare i provvedimenti di competenza ed a fissare tempi certi per ciascuna delle fasi attuative. Il Piano prevede i tempi entro i quali mettere in atto le molteplici azioni di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera. E' questo un impegno importante che necessita di un monitoraggio costante. Nel Piano sono rigorosamente indicati i parametri a cui dovranno attenersi i direttori generali nel conferire gli incarichi di primariato. Questo permetterà di vietare un inutile e dannosa proliferazione di incarichi, privilegiando le aggregazioni dipartimentali, l'attivazione delle specialità e definite ragioni di un indice di occupazione dei posti letto superiore al 75%. Il ripetuto richiamo al Piano di rientro non è dovuto certo alla volontà di deresponsabilizzarci, scaricandovi addebiti non graditi, ci assumiamo in pieno la responsabilità delle nostre azioni politiche e tecniche insieme, ma questo non ci impedisce di ribadire, come qualche volta ci ricorda il Presidente, che qualcuno può chiamarci a difendere l'indifendibile. La situazione di grave crisi congiunturale, anche a carattere internazionale, impone una razionalizzazione dei costi che si può tradurre ed infatti, non si è tradotta in una contrazione dell'offerta sanitaria, nonostante i tagli imposti sono garantiti i livelli essenziali di

assistenza, e a ben vedere, anche qualcosa in più come dimostra una recente indagine Istat che attribuisce alla Campania le prime posizioni in termini di qualità percepita e vengo alle questioni più economico finanziarie del Piano di rientro. Sono questi i paletti dai quali non si può prescindere se si vuole costruire e soprattutto garantire, nel tempo, un'assistenza sanitaria concreta e calibrata sulla domanda di salute che giunge dai territori. La Regione Campania, sin dall'inizio del proprio mandato ha definito una precisa strategia per il risanamento del sistema sanitario, ma sempre nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. In sintesi, essendomi, in passato, già trattenuto più volte sull'argomento, la strategia individuata per raggiungere il risanamento, si è imperniata, sostanzialmente, su tre azioni complementari: consolidare i debiti maturati dalle aziende al 31.12.2005, ottenere un significativo riequilibrio in sede di riparto nazionale dei fondi per la Sanità, recuperare efficienza ed economicità nella gestione del sistema sanitario regionale. Tale azione si è dispiegata nel Primo Piano Triennale 2006 – 2008 di riequilibrio economico e finanziario che, previsto dalla Regione, è stato fortemente sostenuto da questo Consiglio e che ha consentito, nel 2006, di ridurre i costi del Sistema sanitario regionale del 5% a fronte di un incremento nazionale del 4%, in dettaglio, la Campania è passata da uno sfioramento di circa 1 miliardo e 800 milioni di euro nel 2005 ad una sostanziale parità nel 2006, grazie ai fondi integrativi votati da questo Consiglio, ad uno sfioramento di 74 milioni nel 2007 ed a 5 milioni di euro di risparmio nei primi 9 mesi del 2008. L'azione di risanamento avviata dalla Regione Campania nel 2005 ha creato, quindi, le condizioni per definire, con il Ministero dell'Economia ed all'epoca con quello della Salute, un serio Piano di rientro dal disavanzo 2007 – 2009, incentrato sulla ristrutturazione della rete ospedaliera pubblica, sulla razionalizzazione dell'assistenza distrettuale con l'obiettivo di giungere alla parità costi – ricavi

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

Resoconto Integrato

VIII Legislatura

26 novembre 2008

nel 2010, seguendo un percorso programmato di riduzione progressiva del disavanzo in un quadro predefinito di piena copertura dei residui e crescenti deficit 2007 – 2009. L'attuazione del Piano di disavanzo 2007 – 2009, stipulati il 13.03.2007 dal Presidente della Regione, con il Ministro dell'Economia e della Salute è stata ed è oggetto di ben 5 verifiche da parte del Governo sia a direzione del centro – sinistra che del centro – destra e ci apprestiamo alla sesta verifica di fine anno convinti di aver fatto fino in fondo il nostro dovere. Credo sia doveroso, da parte nostra, ribadire che alla luce delle recenti polemiche, anche riportate da diversi articoli di stampa, che il costo delle prestazioni sanitarie in Campania è tra i più bassi d'Italia e che la Regione Campania riceve ancora una quota pro capite che è la più bassa d'Italia, basta rifarsi alle apposite tabelle pubblicate nel sito del Ministero del Welfare per ricavare questi dati, infatti, il costo pro capite del sistema sanitario in Campania è inferiore alla media nazionale, 1.690 euro procapite, contro una media nazionale di 1.725, ed è fermo rispetto alla data del 2005. La Campania continua ad essere fortemente penalizzata dal reparto del fondo sanitario nazionale, ottenendo i livelli di finanziamento procapite più basso in assoluto, 74 euro inferiore alla Regione Lazio, 46 euro inferiore alla Lombardia, 128 euro in meno rispetto alla Toscana, 61 euro in meno rispetto alla Calabria, moltiplicato per 6 milioni di abitanti. Si pensa che qualora la Campania avesse lo stesso finanziamento procapite della Regione Lazio, otterrebbe un finanziamento ordinario corrente maggiore di 430 milioni di euro in più all'anno e risulterebbe, quindi, in equilibrio, anche dimezzando le attuali maggiorazioni di aliquote IRPEF ed IRAP, dati, peraltro, confermati anche da un'inchiesta de Il Sole 24 Ore, che lo scorso 8 settembre, laddove partendo dall'analisi della proposta di legge sul federalismo fiscale, finiva con l'individuare proprio la Campania tra quelle più vicine ai livelli ottimali dei costi delle prestazioni

sanitarie, questi i fatti reali ai quali mi sento solo di aggiungere, per la completezza dell'informazione, che nonostante le violenze di certe argomentazioni, le stesse vengono smentite da fatti reali, mi riferisco alla polemica montata ad arte sui numeri delle prestazioni erogate dalla Regione Campania. Tali dati sono confortati, come si evince dalla tabella relativamente al biennio 2006 – 2007, da quando si è avviato il processo di razionalizzazione dei costi e che vado ad illustrarvi. In Campania i ricoveri ordinari del 2006 sono stati 1 milione e 300.000, nel 2007 – 1 milione e 282.000, i ricoveri in Campania, di cittadini non campani, 27.500 nel 2006 e 27.557 nel 2007; i ricoveri extra Regione: 95.900 nel 2006 e 95.834 nel 2007; I pazienti di Pronto Soccorso: 2.618 nel 2006, 2.167 nel 2007; le prestazioni di Pronto Soccorso: 5 milioni 674.000 nel 2006 a fronte di 4 milioni 825.000 nel 2007; prestazioni specialistiche: 75 milioni 763.000 nel 2006, 75 milioni 888.000 nel 2007; prestazioni ambulatoriali e di riabilitazione: 2 milioni 954.000 nel 2006, 2 milioni 979.000 nel 2007, giornate di degenza, di riabilitazione semiresidenziale: 840.000 nel 2006 a fronte di 827.000 nel 2007; giornate di riabilitazione residenziale: 398.000 nel 2006 e 359.000 nel 2007. Dall'analisi 2006 – 2007 si evince una lieve riduzione dei ricoveri per acuti, nessuna variazione sostanziale per la compensazione attiva e passiva dei ricoveri per acuti, una riduzione sia del ricorso al Pronto Soccorso, mezzo milione in meno di prestazioni, sia delle prestazioni, quindi, indice, sicuramente di miglioramento dell'appropriatezza, una sostanziale parità delle prestazioni specialistiche, uno spostamento delle prestazioni di riabilitazione residenziali presso quelle ambulatoriali, anche questo è un dato di indice di maggiore appropriatezza. Nessuna contrazione delle prestazioni, quindi, è il dato, ormai, da poco più di un mese dalla fine dell'anno, sembra che questo dato sia confermato anche per il 2008. Concludo solo

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

dicendo che non credo, nel modo più assoluto che in questo sistema essenziale tutto vada nel migliore dei modi, trattiamo, oggi, solo un adeguamento della rete ospedaliera al patto di affiancamento, ma dobbiamo andare avanti in questo scorso di legislatura. Agli atti del Consiglio è in discussione un'importante legge sull'organizzazione delle aziende sanitarie ospedaliere con la quale si introduce il concetto di separazione dell'erogatore di prestazioni da chi le acquista, macroaziende ospedaliere e A.S.L. territoriali, che noi vediamo positivamente. facciamo voto perché il Consiglio possa, nei primi mesi affrontare e concludere questo iter legislativo. C'è anche la regolamentazione degli ospedali di comunità o case della salute, quindi, infine, una riorganizzazione operativa del 118; questa riorganizzazione del 118 prevede un potenziamento qualitativo e quantitativo del servizio, infatti, si prevede un'implementazione del numero dei presidi di primo soccorso, dei mezzi di soccorso e trasporto delle piste di atterraggio degli elicotteri, il miglioramento qualitativo si otterrà sia attraverso interventi di formazione continua del personale, sia con importanti provvedimenti organizzativi, quale la dotazione di tutti i presidi di primo soccorso e delle ambulanze, delle attrezzature per la trasmissione di dati clinici per via telematica che permetterà di inviare dati clinici per via elettronica presso l'ospedale di riferimento. Questo modello organizzativo permetterà agli specialisti ospedalieri di fornire consulenze in tempo reale ed assumere notizie cliniche del paziente da ospedalizzare in tutte le fasi del suo corso territoriale, nel presidio territoriale, durante il soccorso sul trasporto o durante il trasporto in ospedale, in questa maniera sarà possibile ridurre i tempi di presa in carica presso il Pronto Soccorso al minimo indispensabile e avviare il paziente presso le strutture di cure intensive o nel reparto operatorio. Tante cose possono sicuramente essere migliorate, sono, però, convinto che la strada intrapresa, così

come ci sta consentendo di uscire dalle strette di un'eredità pesante, ci consentirà di completare l'opera rilanciando al meglio tutta la rete dell'assistenza. L'investimento oculato di oggi si tradurrà domani nella possibilità di mantenere gli attuali standard assistenziali. Di questo ne sono assolutamente certo. Grazie!

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Giusto; ne ha facoltà.

Alle ore 15.49 assume la Presidenza il Vice Presidente Mucciolo

GIUSTO (SD): Signor Presidente, onorevoli colleghi, tenterò di non parlare solo di Sanità, ne parlo, forse, da troppo tempo, anche inascoltato. Vorrei approfittare di questa occasione per aprire una discussione un po' più ampia, di ordine generale sulle condizioni del Mezzogiorno, sulle condizioni della classe dirigente del nostro paese.

Ormai non è più di moda parlare di queste cose, il Mezzogiorno è fuoriuscito dall'agenda politica ed è ricomparsa prepotentemente la questione settentrionale. Viene fuori, a mio giudizio, anche per questa via, la nostra crisi, che a mio giudizio, si configura come la crisi del sistema politico e che rappresenta parte dello stesso declino italiano. Il Mezzogiorno è privo di lavoro, di speranza, luogo di violenza, territorio occupato dall'antistato e dalla malavita, terra da cui si parte e in cui non si arriva più. E' tempo, se ci fosse una classe dirigente, di aprire una riflessione su questa condizione. Ampi territori non reggono la sfida, non è in crisi solo la politica, è in crisi un intero sistema, c'è una decadenza di civiltà, una crisi di cittadinanza, una vera emergenza democratica. Imprenditori, intellettuali, professionisti, chiesa, partiti, istituzioni, famiglie, hanno perso il loro ruolo, non rappresentano più nulla e da solo questo Mezzogiorno non può farcela, occorrerebbe puntare innanzitutto, come abbiamo detto da tempo, sulle proprie forze, ma puntare solo su di

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrare**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

esse, rinunciare a definire un contesto di ordine nazionale ed europeo non ci porta da nessuna parte. Lasciarci andare da soli può far esplodere i particolarismi, i campanilismi che trovano lievito, spesso, in un'espressione colorata di cui abbiamo abusato tutti, il cosiddetto sviluppo dal basso, ma in particolare ha fatto scomparire la speranza, ha ridotto tutto al qui ed ora, un insieme di egoismi, corporativo, territoriale, familiare, che rappresenta la morte del bene comune. Il meridionale si trova, così, come quel pugile che combatte con un solo pugno, dobbiamo avere la forza di invertire questa modalità. La politica, a mio avviso, è forte quando mobilita speranze ed energie, non quando distribuisce consulenze, gettoni o merendamenti, pratica di cui quest'Aula è abbastanza ad uso, avvezza, è in questo contesto che voglio rassegnarvi le mie sensazioni, un senso di disagio che ho provato e che provo, soprattutto dopo questa ultima esperienza, questo lungo cammino delle audizioni sul testo in esame oggi, perché avverto una sorta di inadeguatezza nostra ad affrontare il tempo che sta di fronte a noi. In questa decadenza di civiltà, di cittadinanza, di caduta di stile, vorrei parlare di questo riordino. Ho rivisto scene dolorose già viste durante la crisi dei rifiuti: vescovi, preti, sindaci che protestano, manifestano, parlano contro. La mia storia in politica è lunga, anche io ho fatto migliaia di iniziative, ho tentato di protestare per qualcosa, non contro qualcuno. Proviamo a vedere di cosa si tratta, partendo da due esempi che sono lì limpidamente di fronte a noi. Che cosa è successo in Irpinia, in Altirpinia, che cosa è successo ad Agropoli, ma è il segno di una tendenza che ha invaso tutta la Regione. Se mettiamo in confronto l'attuale configurazione, l'ospedale dell'Altirpinia con quello che viene fuori dall'ipotesi licenziata da questa Commissione, parlo del Plesso di Sant'Angelo dei Lombardi, non c'è perdita di nulla, non c'è conferma di nessun taglio o sottrazione, eppure, in quel territorio muove un girotondo, una

manifestazione e una protesta. ancora oggi, in queste ore e in tanti urlano contro i tagli, contro la sottrazione di un'assistenza ai cittadini dell'estrema periferia dell'impero.

E' capitato così anche Agropoli, ma potrei dire di Polla, di Sapri, l'attuale configurazione ad Agropoli è di 48 posti letto, la proposta licenzia un testo con 33 posti letto in più, arriviamo ad 81, eppure, il prete di Agropoli canta messa contro Napoli, la Provincia del salernitano aumenta 42 posti letto nei nostri ospedali, ma corre sul filo un tam tam contro la Regione. Quo usque tandem (Cicerone). Fino a quando? Dove vogliamo arrivare? Fino a quando possiamo reggere un impianto di questa natura, dove bisogna protestare sempre, a prescindere. Mi ha colpito moltissimo un Sindaco di un territorio che è venuto in audizione e ha posto una questione: "devo portarmi qualcosa?" Sindaco non perdi nulla, tutti i tuoi dipartimenti sono in aumento, ma lui protestava: "devo portare qualcosa, altrimenti non conto". Torna, dopo un secolo, il qualcosismo che Nitti denunciava nel 1903. Non dobbiamo muoverci per fare qualcosa, ma per fare la cosa giusta. Attenti, colleghi, per questa via penso che non andremo da nessuna parte, ci può essere solo l'implosione, una resa senza condizioni, uno Tsumami su di noi, sulla classe dirigente di questo mezzogiorno. Quando il chirurgo ha di fronte un malato grave che ha una cancrena ad una gamba, si trova di fronte ad un bivio, i familiari di questa persona aspirano a chiedere che quel medico salvi l'arto a quella persona, ma vi è, in quel tragico bivio, anche la responsabilità di un medico che anziché salvare una gamba che può pregiudicare la vita di una persona, ha il dovere di salvare la vita, ecco, dunque, il dovere di amputare, in quel caso, che è più responsabile all'insulto di un imbroglio, di una manovrina che non risolverebbe molto. C'è un altro fenomeno che non voglio sottacere. C'è un tentativo abbastanza esplicito, di sovvertire i ruoli. Le vittime che diventano carnefici e il contrario, un tentativo di modificare la storia

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

immaginando, per questa via, di cambiare la verità. Ho letto, come tanti di voi, in queste ore, esponenti importanti della prima Repubblica, penso all'ex Ministro Zecchino, già Senatore, Presidente di una Commissione di questo Consiglio regionale che protesta perché Ariano non è tutelata, Ariano cresce di posti letto. Ho letto anche un'altra importante personalità, già Presidente del Consiglio, Segretario nazionale del più grande partito del Paese, è contro il Piano. E' un po' paradossale, uomini che hanno costruito anche una parte del consenso elettorale, seminando ospedali, costruendo un sistema sanitario di un certo tipo, sembrano marziani che tornano sul luogo terra, scoprono che le cose non funzionano. Vi è un turbamento: vuoi vedere che le ho determinate io queste condizioni di difficoltà? So quanto sia difficile, quanto sia doloroso agire oggi in tempi di vacche magre, ma sta di fronte a noi il problema delicato di non mettere in Discussione la qualità delle prestazioni, di agire salvando il bene comune della salute delle persone, facendo anche scelte che devono essere di un certo tipo. Ecco, allora, come intenderei prendere atto di un doveroso processo di riorganizzazione, di prendere atto che alcuni rami secchi ed insicuri non servono a testimoniare la nostra funzione, battiamoci insieme per la qualità della Sanità e per i Lea. Bauman, in questo secolo ha parlato di una modernità liquida, ci ha ricordato spesso quanto sia più utile guidare un processo per il bene comune, anziché assecondare la realtà delle piccole questioni, in questo binario stretto penso che ci siamo mossi, dobbiamo continuare a muoverci sapendo ascoltare, fin dove è possibile, tagliando e rammodernando dov'è necessario. Non so se questo sforzo che ci apprestiamo a compiere sia sufficiente ad evitare il commissariamento, ma so che esso, a prescindere dalle sorti di questa Regione, è necessario, è obbligato, sarebbe abbastanza curioso, non l'ho visto fino ad oggi, do atto e merito ai colleghi del Polo, che si sono sottratti ad una pur facile polemica, in un contesto dove

mille argomenti indurrebbero a farlo. Ma dove ci porterebbe la strategia del tanto peggio, tanto meglio che a volte anima anche pezzi di questa maggioranza? Ci porterebbe a perdere una quota sostanziale di risorse che il Piano di accompagnamento ci consegna? Quindi, ad avere meno soldi per la salute delle persone e ci porta ad un aumento meccanico di IRPEF ed IRAP, con addio definitivo per il nostro sistema imprenditoriale e con una ripresa di un esodo biblico dalle nostre contrade che non troverà riscontro in nessuna epoca della nostra storia, perderemmo anche la speranza di uno sviluppo possibile. Credo che questo non giovi a nessuno, non è, questa considerazione, la strada per ammacchiare nulla, per evitare critiche, per impedire, ad ognuno di noi, analisi, proteste, accuse, indicazioni di responsabilità. Sapete che non mi permetterei mai di chiedere questo a nessuno, però, penso, quando la casa brucia, è più utile prendere il secchio, aprire la pompa e fare il proprio dovere. Superato questo pericolo, non di una maggioranza, superato il tempo dove ad ognuno è chiesta l'etica della responsabilità individuale, verrà il tempo di porre, ognuno di noi, a partire da Montemarano, di fronte al Tribunale della verità e delle responsabilità. Ognuno di noi, siate pur certi, farà la sua parte, senza sconti. E' tempo, come ho cercato di dire in questa lunga prolusione, di agire, ascolto - dialogo, ascolto - dialogo, ma, poi, decisione. Guai a sottrarsi da questo dovere e far riprendere, solo nel fumoso orizzonte, lo stesso percorso della vicenda dei rifiuti. Questo sistema ospedaliero lo avevamo affrontato, organizzato già nella legge del 2006, da due o anni quel Piano resta lì senza aver prodotto nulla, questi ritardi, che pure ci sono, sono frutto anche di un ruolo sbagliato, oltre che della gestione, onorevoli colleghi, di chi ne ha la responsabilità, anche dei cosiddetti CTP. Dico al collega Sagliocco, i CTP furono un'invenzione che ho introdotto io in questa legge, con la stessa responsabilità ho indotto il principio di abolirli, non per una mancanza di democrazia,

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrale**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

perché abbiamo voluto e dovuto verificare che in quel luogo, dove non si effettuava la programmazione, ma bisognava gestire la programmazione che il Consiglio aveva dato per una confusione di parti, per un accompagnamento dello stesso Assessore, ci siamo trovati di fronte a Sindaci, come in queste ore, a partire da casa loro proponevano nuovi posti letto, nuovi ospedali. Ecco perché con estrema sincerità Montemarano ha detto "gli atti aziendali che sono fuoriusciti da questi tavoli non sono stati presi in considerazione dal Governo" e come poteva fare un Governo più o meno serio a valorizzare atti che proponevano aumenti di migliaia di posti letto nelle province, se non addirittura la costruzione di nuovi ospedali.

Dobbiamo tenere conto anche che questa surrealtà che veniva fuori la dobbiamo governare meglio con l'atto che sta di fronte a noi. Il Piano ospedaliero, dicevo, si era già mosso sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza, aveva affrontato il problema dei posti letto per acuti riducendone la portata, si poneva il problema del riequilibrio della riabilitazione tra pubblico e privato. Se quel piano avesse avuto un percorso attuativo penso oggi ci troveremmo di fronte ad una situazione profondamente diversa.

Dopo questi provvedimenti di urgenza, allora colleghi, che ci vedono agire su una fetta della riforma che serve credo che occorrerebbe continuare sulla strada; dobbiamo uscire dalla logica di una sanità tutta concentrata sull'ospedale, costruire la medicina del territorio, le case della salute, le RSA riprendere quei due disegni di legge già all'ordine del giorno della Commissione sanità perché non possiamo continuare a parlare in sanità solo di tagli lanciando messaggi negativi e sbagliati al paese e al sistema delle nostre comunità, ma dobbiamo con un virtuosismo generoso cominciare a rivoltare il calzino.

Ed è, mi avvio a concludere, in questa strategia che ci siamo mossi, ne ha parlato diffusamente

l'Assessore non ci torno, vorrei poter ricordare l'evoluzione che gli atti in discussione hanno subito. Ci siamo trovati di fronte a un primo documento Montemarano, un atto istruttorio interno dove il problema veniva risolto in una maniera non accettabile, perché si caricava e scaricava il costo di una riforma e di una riorganizzazione sulle aree interne, sugli ospedali della periferie che fuoriuscivano da quella ipotesi dalla rete degli ospedali. Siamo arrivati dopo questa prima fase di ascolto complessa e delicata al primo documento ufficiale la delibera di Giunta del 30 ottobre che compie una prima scelta importante spalmando meglio i sacrifici sull'intera Regione.

Compare per la prima volta in questo documento una scelta di grande valore che in queste ore può essere messa in discussione, lo dico perché il piano ha meno valore se facciamo marcia indietro su questo, sulla riduzione delle AA.SS.LL., sulla riduzione dei distretti, sul ripristino di una procedura per l'accreditamento che è senza fine, se si torna indietro su questo piano e vedo in giro movimenti che possono riportarci allo status quo ante credo che facciamo un atto sbagliato nei confronti della Regione, nei confronti di un processo di verità che dobbiamo aprire anche con il Governo.

Sono procedure non richieste dal Governo che generosamente la Regione mette a disposizione di un percorso per renderlo più credibile rispetto alla sola manovra della modificazione delle tabelle e scatta per questa via, in questo contesto il terzo elemento che è il lavoro fatto nella Commissione, il terzo documento quello emendato ed arrivato in Aula senza voler presentare pasticci, dirò che il primo documento in termini di valore economico, per quello che può valere, perché i posti letto hanno un costo fisso determinato intorno al 60% dal personale, ma se con lo schema di chi ha elaborato su questa ipotesi di 185 milioni di euro la delibera di Giunta ne valeva 173 il testo che arriva in Aula ne vale 196 nessun banchetto dunque meno che mai nella Commissione sanità dove a

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrale**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

partire da due principi abbiamo tentato di mettere in campo una forte capacità di ascolto. Il primo principio è di ridurre a tre posti letto per mille i posti ordinari e a 0,5 quelli per acuti. È una percentuale costante e quando sentirete dire per gli anni che verranno, se ciò passa, che gli sprechi prodotti da Napoli li pagheranno le aree interne questa verità che era vera negli anni passati non può essere più contestata oggi, perché distribuiamo in maniera egualitaria su un piano orizzontale Napoli e le aree interne, poi vi è un problema tra la città di Napoli e la provincia che resta irrisolto, che resta ancora aperto.

Completiamo questo percorso riducendo mille posti da ordinari verso il riabilitazione, si restituiscono ai territori più marginali, a quel territorio dell'alto casertano che soffriva nelle ipotesi precedenti, penso a Teano al Sindaco, alla zona nord di Caserta, Sessa Aurunca a quell'alto territorio che confina con il Lazio, ma penso anche a tutto il Vallo di Diano. La battaglia con che i colleghi di Salerno anche in maniera irruenta hanno imposto alla discussione del tavolo, ma penso soprattutto al Fortore, al Sannio, all'Alta Irpinia, abbiamo restituito a questi territori il diritto di esistere, la compatibilità con la rete dell'emergenza e la riorganizzazione degli ospedali di secondo e terzo livello.

Colleghi insieme manteniamo ognuno le proprie idee, ma non buttiamo benzina sul fuoco, abbassiamo i toni queste processioni di santi di cartone contro il nulla fanno danno alla nostra Regione e alla sua classe dirigente, perché si protesta senza conoscere le cose che stiamo decidendo, il 90% delle proteste che sento in giro non hanno ragione di essere, perché risolte abbondantemente da due settimane.

Amiamola un po' di più questa Regione, non possiamo farne parlare solo in termini negativi e sbagliati.

Ecco perché dobbiamo avere questa tensione, non vi chiedo omertà sulle cose che ognuno di voi deve dire, ma è il senso di una tendenza, di

un percorso, di un tratto di strada che siamo costretti a fare insieme per salvare il più universale dei diritti che è quello della salute. Consentitemi di chiedervi questa testimonianza, non funziona più la sindrome del Nimby, non possiamo dire che è vero che bisogna fare la riforma, però si può fare solo nel giardino del vicino, purché non si tocchi nulla a casa mia, perché per questa via non andiamo da nessuna parte e non nel mio giardino e dove bisogna farlo? Questo è un giardino fiorito in tutte le sue parti, bisogna distribuire allora responsabilità e dovere della decisione e trovare la forza in noi stessi di cambiare pagina.

Concludo colleghi ritornando da dove sono partito, sono fortemente preoccupato per la nostra terra, per il Mezzogiorno e nei prossimi mesi dovremmo reggere un urto fortissimo non solo e non tanto quello della mancata crescita, della recessione, siamo stati abituati a questo, non sarebbe un grave danno, ma ciò che sarà più drammaticamente di fronte a noi è la capacità di reggere l'urto del federalismo fiscale.

Come fa questo Mezzogiorno che per lunghi anni, almeno per mezzo secolo, è stato abituato all'assistenza, al consumo, ai piccoli privilegi, al cappello in mano, a competere con la macchina del federalismo fiscale e cioè con una sfida a dover camminare da soli.

Sono terrorizzato, come facciamo a reggere questo compito con un armamento istituzionale del tutto medioevale, la Lombardia ha 9 milioni di abitanti e 4 mila dipendenti, noi ne abbiamo meno 6 milioni di dipendenti e abbiamo 8 mila dipendenti, ma voi pensate che questi costi chi li pagherà se non la nostra comunità? Come reggiamo la sfida della competizione nello sviluppo globale se i termini di confronto sono questi? Se poi a scalare hai province, città metropolitane, comunità montane, consorzi, società miste, ASI, A.S.L., IACP, noi possiamo soccombere a un sistema di questa natura, abbiamo il dovere insieme, altro che delega agli enti locali, la predichiamo dall'epoca delle Bassanini '97, '98, abbiamo il dovere di

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

costruire una Regione amica, una sfida qui anziché riaprire la pasticceria notturna dei merendamenti sul bilancio, sciogliamo un po' di queste questioni per ridare una speranza in più alla nostra Campania, al nostro Mezzogiorno, qui insieme, da soli, ma apriamo una sfida di competizione di questo tipo. Ciò sarebbe ancora più drammatico onorevoli colleghi sulla sanità, perché qui errori di una classe dirigente, errori nostri verrebbero pagati dai cittadini e questo non sarebbe tollerabile. Perdonatemi lo sfogo, anche la passione che metto dentro, porto rispetto a tutti voi, non ho voluto in questa relazione né fare teatro, né portarvi sulle toppole delle contrade della mia terra. Ho tentato, invece, con l'attenzione etica che ho dentro di porre un problema un po' più grande, anziché fare qualcosa per galleggiare è giunto il momento di agire sapendo che ogni nostra azione può far stare meglio i nostri cittadini. Spero che ci muoveremo con questa attenzione.

PRESIDENTE: Prima di dare la parola, avverto la necessità di riferire all'Aula che ci sono oltre 18 iscritti a parlare. La Conferenza dei Capigruppo ieri stabilì che oggi avremmo dovuto dalle 15 alle 20 esaurire la discussione generale. Possono parlare tutti, invito tutti a contenere i tempi degli interventi, diversamente saremo costretti...

RIVELLINI: Dobbiamo parlare tutti.

PRESIDENTE: Sto dicendo ai Consiglieri se è possibile contenere gli interventi, per trovarci nei tempi così come ha stabilito la Conferenza dei Capigruppo. È iscritto a parlare il Consigliere D'Ercole; ne ha facoltà.

D'ERCOLE (**Rappresentante dell'Opposizione**): Parto dalle ultime parole del collega Giusto, per dire che lo condivido, chiaramente è stato influenzato positivamente dalla dottrina "brunettiana" e, dunque, crediamo di poterne condividere i contenuti. Naturalmente parto in maniera così flebile perché è necessario poi addentrarsi in un tema come quello della sanità nel quale noi dell'opposizione la vogliamo fare in maniera seria, incisiva,

produttiva di effetti. Giusto apprezzò molto la tua onestà intellettuale, però devo dirti che le tue lamentazioni in ordine a ciò che non va e che questa classe dirigente dimostra di non sapere affrontare è qualcosa che in questo momento storico che, peraltro, non è di breve momento, che si trascina dai tempi, è ascrivibile ad una responsabilità di Governo che è tutta del centro – sinistra. Voglio partire da questo per motivare le ragioni per le quali questa sera stiamo qui e abbiamo ascoltato la relazione dell'Assessore Montemarano e abbiamo aperto questo dibattito. Se siamo qui a discutere di questo è perché siamo vittime tutti di un fallimento gestionale che ha qualcosa di epocale. La Regione Campania ha dimostrato di non saper gestire la sanità, così come in un altro settore aveva dimostrato di non saper gestire la raccolta dei rifiuti, ci troviamo oggi ad affrontare un'emergenza, perché di emergenza si tratta, in quanto il Governo regionale non è riuscito ad affrontare tempestivamente questo problema. Devo dire, prendendo le ultime parole dell'Assessore, che trovo singolare le sue affermazioni laddove afferma che negli ultimi 2 anni sostanzialmente abbiamo raggiunto gli obiettivi di pareggio, perché se questo corrispondesse al vero non ci troveremmo nella necessità di discutere questa sera e forse ci saremmo dedicati questa sera ad altra discussione per risolvere altri problemi di questa nostra Regione, tant'è vero che in altre regioni d'Italia questo dibattito non si sta svolgendo, lo facciamo qui perché qua abbiamo questo problema. Ho ascoltato con molta attenzione l'Assessore Montemarano, il quale ci ha fornito una serie di dati, ritengo che la sua relazione sarà distribuita, ha indicato dei numeri, posti letto, percentuali di posti letto per abitante, per acuti, per lungo degenti, ci dobbiamo ricordare, cari colleghi, che abbiamo fatto la stessa discussione non più di un anno e mezzo fa, nel 2006, per fare un altro piano ospedaliero che aveva gli stessi obiettivi, sostanzialmente, non ci trovavamo sotto la spada di Damocle del

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Commissariamento, ma la Regione Campania nel suo Governo avvertiva la necessità di un'inversione di tendenza, avendo capito che Soresa, mutui, swap, ricontrattazione non bastavano per risolvere il problema e bisognava invertire la tendenza, dunque si apre una discussione e si approva un nuovo Piano ospedaliero. Dice l'Assessore Montemarano che questo piano ha prodotto i suoi effetti in questi 2 anni, ascoltiamo il Presidente della Commissione sanità che afferma nella sua relazione esattamente il contrario. Sono propenso ad ascoltare ed a condividere l'opinione del Presidente Giusto, perché è difficile credere nel fatto che quel piano abbia prodotto gli effetti indicati dall'Assessore Montemarano, nel momento in cui ci troviamo di fronte ad un Piano che non è stato attuato o se è stata tentata l'attuazione è stata tentata un'attuazione peggiorativa per i conti della sanità, perché se fossero andati in porto le previsioni contenute all'interno di alcuni atti aziendali ci saremmo trovati di fronte ad una situazione organizzativa estremamente dispendiosa che non avrebbe prodotto alcun effetto benefico in risposta ai bisogni di sanità di questa nostra Regione. Ecco perché riteniamo che l'intervento che si sta portando avanti è un intervento assolutamente inutile ai fini dell'obiettivo che l'Assessore, la Giunta regionale hanno indicato. Dobbiamo rientrare dal debito entro il 31 dicembre per evitare di essere commissariati. Questo è l'obiettivo, cerchiamo di andare alla sostanza del problema, crediamo davvero concentrando la nostra attenzione sulla riforma della rete ospedaliera i cui effetti economici, se tutto andrà bene, si produrranno nel 2010, noi riusciremo ad "accontentare" il Governo centrale e quindi evitare che si possa commissariare la sanità in Campania? E' davvero difficile rispondere positivamente a questa domanda, è per questa ragione che questa opposizione, a nome della quale io parlo questa sera, ritiene di dover non soltanto esprimere la propria contrarietà al Piano

così come predisposto, ma ritiene anche di dover indicare il diverso modello al quale noi ci vogliamo ispirare.

Intanto dividiamo le due cose, rientro della spesa sanitaria entro il 31/12/2008 e Piano sanitario. Questo Piano sanitario non ha nessuna necessità di essere approvato con il cappio alla gola, così come sembra dobbiamo approvarlo insieme alle altre determinazioni per il termine ultimativo del 30 novembre, poi l'Assessore ci dirà che questo termine è ugualmente perentorio noi riteniamo che non lo sia e non lo è sia in relazione alla nostra normativa regionale il cui termine del silenzio assenso è previsto per ipotesi diverse da quelle di cui stiamo ragionando questa sera, sia per il termine posto dallo stesso Governo centrale che ovviamente ha sempre l'obiettivo del rientro dalla spesa e dunque non indica specificamente i fatti che dobbiamo compiere, ma dice i risultati che dobbiamo conseguire. Ecco perché ritengo che intorno ad un Piano ospedaliero che davvero investe tutto il territorio regionale è necessario discutere con la serenità che deve distinguere decisioni di questa portata, anche perché si tratta di decisioni che una volta assunte non potranno essere così agevolmente modificate, dunque riteniamo che se stralciamo il Piano ospedaliero e lo discutiamo con maggiore serenità nelle prossime settimane non compiamo nessun gesto grave rispetto agli obiettivi che vogliamo raggiungere.

Rispetto al piano ospedaliero naturalmente farò delle osservazioni successivamente, perché la proposta è quella di stralciarlo, ma poi nell'ipotesi questa proposta non dovesse essere accolta, riteniamo di dover dire la nostra in ordine a quel Piano. Altra questione di natura culturale che poniamo è quella di una diversa utilizzazione delle aziende ospedaliere, delle aziende sanitarie. Siamo dell'idea che le aziende ospedaliere si debbano occupare di ospedalità, le aziende sanitarie si debbano occupare di medicina del territorio sono due campi completamente diversi e complementari che non

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

possono essere confusi, ci troviamo, invece, in una situazione nella quale numerose aziende sanitarie gestiscono anche gli ospedali.

Questa per quanto mi riguarda è una situazione non ottimale dal punto di vista dell'organizzazione del sistema sanitario che andrebbe rivista attribuendo ai Direttori generali delle A.S.L. competenze in maniera di medicina territoriale e istituendo una direzione generale, magari provinciale degli ospedali che avesse competenza sulla rete ospedaliera provinciale, in modo che possa avere la responsabilità anche di rendere efficienti i diversi plessi ospedalieri facendoli diventare complementari l'uno all'altro e impedendo che si possano invece verificare le sovrapposizioni che normalmente si sono verificate per il passato. Questo è un altro modello di sanità che noi vogliamo immaginare. E' chiaro che all'interno di questo modello i Direttori generali devono avere il potere di istituire i servizi all'interno sia della medicina del territorio, sia della medicina ospedaliera, in modo tale che sia il territorio ad individuare le esigenze vere, materiali che nascono dall'indagine epidemiologica che ogni territorio può fare senza alterare il budget che a quel territorio viene assegnato sulla base ovviamente di un'indagine epidemiologica di livello regionale. E' un diverso modello di sanità che immaginiamo, rispetto al quale andiamo avanti, proseguiamo per la nostra strada, insistiamo perché questa Regione ne prenda atto, ne inizi a discuterne, voglia aprire un confronto con questa minoranza, se però su queste nostre proposte non ci dovesse essere disponibilità alcuna di discutere, allora andiamo al merito delle questioni. Rispetto alla rete ospedaliera che è stata rielaborata dalla Commissione perché la proposta di Giunta è stata totalmente rielaborata, ha ragione Giusto quando dice che ci sono troppe influenze localistiche, però noi siamo anche conoscitori, dico di essere stato semplice spettatore, di una forma di sanità cosiddetta democratica.

Quando ero ragazzo e andavo a scuola ogni volta che sentivo l'aggettivo democratico rispetto a un sostantivo mi insospettivo, non perché fossi avverso alla democrazia, ma perché la democrazia è talmente insita in tutto ciò che noi condividiamo, la nostra cultura che metterci l'aggettivo democratico vicino a qualsiasi iniziativa a me sembrava cosa assolutamente impropria. Ancora più improprio mi sembra quando si voglia attribuire questo aggettivo alla sanità, perché possa essere una sanità democratica, sinceramente, mi sembra piuttosto improbabile, voglio una sanità efficiente, che naturalmente sia quella che è capace di rispondere ai bisogni di coloro che non si sentono bene. Certo, da questo punto di vista i tentativi di appropriarsi di reparti, di ospedali, ampliamenti, sono tentativi impropri, diciamolo, anche se umanamente comprensibili perché ogni il sindaco, ogni realtà locale cerca di attrarre a se qualcosa, ma perché questa cultura possa essere modificata, possa essere contrastata, è necessario che da questi banchi parta un messaggio convincente in questo senso e a me sembra che tentativi di questo non ne sono stati compiuti, anzi, qualcosa di contrario è stato compito e lo dico proprio in relazione a quanto ha affermato il Consigliere Giusto poco fa. Dice che Ariano Irpino si lamenta perché ha avuto 10 posti in più, non lo so quanti, quindi, faccio l'esempio di Ariano Irpino perché è quello che più conosco direttamente perché vivo, ma se poi notiamo che ad Ariano Irpino vengono tolti giusto i 5 posti per reparto per impedire che quell'ospedale abbia dei primari e vengono portati in un altro ospedale, parlo sempre della Provincia di Avellino, che sta a 5 minuti esatti, 5 minuti di automobile, dall'ospedale provinciale Moscati, per creare tanti altri reparti di primariati in quell'ospedale, parlo di quello di Solofra, a me sembra che si tratti di una scelta che contraddica l'esigenza di evitare che ci sia la cosiddetta sanità democratica, perché qualche attrazione particolare Solofra deve aver avuto se è riuscita a portarsi i posti letto che stavano ad

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Ariano da quell'altra parte per poter garantire i posti di primario a Solofra e toglierli ad Ariano Irpino, e non voglio dire di che colore sono le amministrazioni di Ariano Irpino e di Solofra, evito di dirlo. Allora, qualcosa probabilmente va corretta, ma lo facciamo qua? Lo facciamo evidentemente con la convenzione di fare il nostro dovere, di confrontarci in maniera serena senza nessun tipo di prevenzione e pregiudizio. La questione fondamentale e finale che voglio affrontare è questa, e naturalmente è posta sotto forma di quesito all'Assessore, ne ha fatto cenno anche il Presidente Giusto: quantificare il risparmio con questo Piano ospedaliero, credo che da questo punto di vista, i dati che ci sono stati forniti, Assessore, non sono convincenti. Mi spingo anche oltre nel dire che sono parzialmente d'accordo quando si afferma che questa Regione ha una certa penalizzazione nel riparto dei fondi nazionali, anche se tu sai bene che questa penalizzazione non è voluta da qualcuno, ma determinata da scelte fatte in tempi lontani dal Governo centrale che certo non era un Governo di centro - destra. Dunque, quel provvedimento che purtroppo è il provvedimento originario di tutti i guai, è un provvedimento che è difficile scalfire, abbiamo tentato di modificare di volta in volta, qualche miglioramento c'è stato e tuttavia, sono indotto benevolmente ad accogliere le osservazioni che hai fatto in ordine al riparto, non è completamente così, naturalmente, i dati non sono questi, perché anche la configurazione demografica della realtà della nostra popolazione ha un suo rilievo ai fini dell'attribuzione dei fondi. Però pensare che davvero l'attuale sistema rete ospedaliera così come configurata, qualche tentativo di razionalizzazione c'è stato, sicuramente, ne prendiamo atto, possa determinare quel risparmio, a me sembra un auspicio di natura esclusivamente aritmetica, ma che poi nella realtà si possa verificare è piuttosto difficile. Basterebbe, per argomentare, affermare che quando noi tagliamo posti letto non tagliamo

posti di lavoro e non possiamo ovviamente, tagliare posti di lavoro e poiché il costo del posto letto per l'80-70% è determinato dal costo del posto di lavoro, è difficile, pensare, che tagliando un certo numero di posti letto si possa tagliare la cifra che avete indicato nei vostri propositi. Sotto questo profilo credo che ci sia ancora da lavorare, molto da lavorare e soprattutto, ritengo che all'esito di questo dibattito, anche quando dovesse risultare approvato il piano per il quale noi ribadiamo la nostra contrarietà, difficilmente questo documento potrà vietare alla regione Campania l'ulteriore schiaffo del commissariamento.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Errico; ne ha facoltà.

ERRICO (UDEUR): Grazie Presidente. La discussione odierna su un provvedimento importante e strategico come l'approvazione del disegno di legge avente ad oggetto misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo e dell'allegato Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera rappresenta per la nostra regione un momento fondamentale seppure legato a scelte che adesso debbono essere assunte sotto la pressione di un eventuale, e mi auguro non applicato, commissariamento della sanità campana. E' opportuno ricordare a questo proposito alcune cifre, che come sottolineava l'Assessore Montemarano, sono la base di partenza del nostro discorso. Per una modalità ingiusta ed irraguardosa, ci siamo trovati al 31 dicembre 2005 ad avere un deficit di 16.000 miliardi di vecchie lire perché avvenendo fino ad allora il finanziamento regionale sulla base di parametri fondamentalmente legati all'anzianità della popolazione, la Liguria nel 2006 ha avuto 1.550 euro pro capite e la Campania 1.350 euro, in definitiva 149 euro in meno che moltiplicati per sei milioni di abitanti per sei anni ha portato a quella cifra enorme di 16.000 miliardi di vecchie lire.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Ecco le ragioni per cui abbiamo dovuto aderire al Patto di affiancamento, sottolineiamo che al 31 dicembre 2006 il deficit, grazie a questo Patto ed alla determinazione con cui fu rimodulata la quota capitaria si era azzerato (voglio ricordare per inciso che fu proprio in un convegno organizzato a Telese Terme durante la festa nazionale del nostro partito, presente l'Assessore Montemarano e l'allora Ministro della Salute Storace, che ponemmo con forza la necessità di questa rimodulazione ed il Ministro Storace prese formale impegno a modificare la quota nonostante la resistenza bipartisan di numerose regioni che avevano interesse a non cambiare).

Nel dicembre 2006, questo Consiglio regionale approvò il nuovo Piano ospedaliero rimasto peraltro per gran parte inapplicato ed oggi sotto la spinta di un'ipotesi di commissariamento che mi auguro venga scongiurata perché è preferibile, come avviene nelle nostre comunità locali al miglior commissario anche un Consiglio diviso.

Ci apprestiamo ad approvare un disegno di legge con un Piano di riorganizzazione allegato che rappresenta a nostra giudizio, il meglio che si poteva fare considerato il breve periodo di tempo che ognuno ha avuto a disposizione.

Restano aperti numerosi capitoli, vi è la necessità di approfondire anche tematiche presenti in questo Piano come l'area critica e gli ospedali di comunità, vi sono da mettere in campo strategie vere e per costruire una rete territoriale dell'emergenza per cui chi ha necessità abbia risposte pressoché analoghe ed uniformi su tutto il territorio.

Questo piano per molti versi dà risposte che vanno in questo senso.

Certo aprire nuovi ospedali avrà dei costi, costi che non potranno essere ammortizzati nel breve dalla chiusura di altre strutture, ma l'impostazione che ci viene dai tavoli tecnici governativi purtroppo ci spinge a fare queste scelte.

Debbo in ogni caso sottolineare che si è fatto in rapporto al tempo ed alle disponibilità un lavoro serio e di questo va dato atto all'Assessore Montemarano, al Presidente della V Commissione, Giusto, ai gruppi politici di maggioranza e anche di minoranza, che ben consapevoli, seppure da angolazioni separate, hanno dato e stanno dando un importante contributo. Questo Piano non è, per quanto ci riguarda il migliore Piano, ma è un Piano che ci consente di portare ai tavoli tecnici romani dati significativi: vi è una riduzione di 685 posti letto con una media regionale di 3.581 posti letto divisi in 3.063 per acuti e 0.518 per riabilitazione. E se consideriamo che il costo di un posto letto è stimato intorno a 200 mila euro, vi sarebbe un risparmio di 135 milioni di euro.

Un risultato che ha portato indubbiamente ad una sofferenza territoriale notevole.

Comprendiamo le proteste dei sindaci, delle amministrazioni locali, delle istituzioni tutte, che spesso sono scese in campo per sostenere legittimamente opzioni territoriali serie al di là di campanilismi che pure ci sono stati.

Su queste ognuno di noi essendo espressione dei territori ha lavorato per coniugare esigenze legittime con le possibilità attuative reali del Piano.

Voglio però sottolineare un concetto che nel Piano rappresenta una condizione importante: creare una rete territoriale soprattutto per quanto attiene l'emergenza, rete ulteriormente rafforzata dalla espressa previsione dell'elitransporto all'art. 8 del disegno di legge.

Mi auguro che questa previsione legislativa trovi una piena corrispondenza nella fase attuativa con una gestione condivisa tra la sanità ed i trasporti anzi, addirittura allargandola perché l'elitransporto deve essere h24 mentre fino ad oggi nella stragrande maggioranza dei casi è h12 (mi pare che su questo faccia eccezione Napoli e Salerno dove durante la notte si utilizza un'eliperficie messa a disposizione da una società privata).

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Questa condizione farebbe uscire dall'isolamento e non solo sanitario anche e soprattutto le zone interne e più decentrate che potrebbero in questo modo superare quel gap che gli organi di informazione talvolta evidenziano per casi di ritardi nei soccorsi.

Un piano dicevamo che stabilisce anche rapporti con il territorio laddove si parla di ospedali di comunità. Parlare di ospedali di comunità per la regione Campania è indubbiamente innovativo anche se queste esperienze in altre regioni sono già presenti pur sotto sigle diverse. E noi, cari colleghi, dobbiamo riempire di contenuti queste strutture che possono rappresentare per il futuro una maggiore umanizzazione della medicina, in condivisione con la capacità di coinvolgimento della medicina territoriale che spesso non viene adeguatamente considerata anche e soprattutto come capace di indurre risparmi sulla spesa sanitaria visto che purtroppo di questo stiamo parlando e che questi cambiamenti oggi, avvengono sulla spinta soprattutto di scelte economiche. Su questo riteniamo di sottoporre al Consiglio qualche considerazione operativa: nell'ospedale di comunità dovranno trovare posto tra gli altri servizi diagnostici strumentali e di laboratorio, degenze territoriali per malattie croniche a carico dei principali apparati, un centro unico di prenotazione, ambulatori di prima assistenza ed ambulatori specialistici, aree della riabilitazione e dei servizi sociali, centri diurni e residenze assistenziali, un primo soccorso con l'erogazione di prestazioni urgenti da parte del personale del 118, un contatto continuo e costante con i medici di medicina generale che potranno seguire i propri pazienti che non abbisognano di ricoveri in strutture per acuti. Questo porterebbe ad una condizione di risparmio non indifferente.

Altro elemento sul quale è utile fare qualche considerazione è la costituzione delle aree critiche che indubbiamente vanno adattate ai singoli territori con diversità di strutturazione e sulle quali dovrà essere messo in campo dall'Assessorato alla Sanità un

approfondimento condiviso utilizzando anche la metodologia di un confronto aperto con la Commissione consiliare. Voglio infatti sottolineare come ad esempio la questione di un'area critica di un ospedale delle zone interne nella sua strutturazione è necessariamente diversa da quella all'interno di un ospedale di una città metropolitana dove vi sono nel breve raggio altre strutture capaci di analoghe prestazioni. Il modello al quale dovremo guardare è quello di dotare le aree critiche degli ospedali delle zone interne di qualche posto di UTIC e di UTIR in modo da poter dare risposte immediate ad esigenze che necessitano di un pronto intervento medico, chiaramente laddove vi siano le condizioni attuative. In definitiva un piano che rappresenta rispetto alla stesura iniziale elementi importanti e migliorativi sui quali ognuno di noi ha cercato di dare un contributo nei limiti imposti dal quadro economico. Ritengo nel complesso che questo Piano risponda meglio di quello iniziale seppure con qualche limite che dovrà essere prima verificato e poi eventualmente corretto.

Particolare attenzione, caro Assessore Montemarano, dovrà essere rivolta al monitoraggio nei prossimi mesi, nella fase di passaggio, dei livelli essenziali di assistenza dove peraltro già oggi abbiamo notizie, ancora non supportate da reali documentazioni, di strutture, soprattutto nel privato, che si preparerebbero a tagliare posti letto approfittando di questa condizione.

Essendo pagati a budget la invito, caro Assessore, a monitorare con attenzione questo fenomeno ed a prendere i necessari ed opportuni provvedimenti nel caso venissero accertati.

Non possiamo indubbiamente scaricare alla fine sui cittadini e sui cittadini malati una condizione che appartiene ad un diverso livello di responsabilità e di scelte.

Un'ultima considerazione: mi auguro che il lavoro messo in campo per arrivare a varare queste norme non venga vanificato da scelte governative legate a logiche diverse e

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

soprattutto mi auguro che i tagli e la riorganizzazione della rete ospedaliera e delle A.S.L. possa rappresentare un valido motivo per una valutazione positiva del trend messo in essere dalla regione Campania alla luce anche delle notizie apprese dalla stampa di un deficit presuntivo per l'ultimo trimestre del 2008 nettamente inferiore a quello ipotizzato dal Governo. In questo modo, con notevoli sacrifici, avremmo contribuito ad evitare un commissariamento della sanità che come dicevo prima, rappresenterebbe un vulnus notevole anche rispetto a considerazioni fatte in maniera quasi unanime in questa Aula rispetto ad altre strutture commissariali delle quali ed a giusta ragione se ne invoca la fine.

Cerchiamo di evitare, se possibile, che una nuova storia commissariale inizi per la regione Campania pur con tutti i limiti che indubbiamente possono essere legati a questo Piano.

Oggi in caso il territorio campano si appresta a sopportare scelte dolorose.

Riteniamo importante sollevare qui anche la questione dei Policlinici Universitari.

Secondo i dati Arsan riferiti al 2005 il Policlinico di Napoli rappresenta 730 posti letto con un indice di occupazione media del 50% e la Federico II presenta 1245 posti letto con un indice di occupazione del 56,8%. Chiediamo che in sede di rinnovo degli accordi di convenzione vi sia una rivisitazione dei posti letto facendo sì che una parte del recupero economico venga in futuro rideterminata anche su questi posti.

Così come invito fortemente questo Consiglio a varare la normativa già licenziata dalla Quinta Commissione sulle norme gestionali sperimentali in sanità dove condividendo azioni comuni di pubblico ed il privato potrebbero interagire e determinare nuovi livelli qualitativi. Grazie.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Romano; ne ha facoltà.

ROMANO (FI): Innanzitutto, vorrei mettere in evidenza come una discussione così importante che ormai riguarda la nostra Regione viene portata avanti ormai da mesi, anche dagli organi di stampa, ma soprattutto per la delicatezza e l'importanza di questo settore, facciamo questa discussione generale, sicuramente con la presenza dell'Assessore, ma sicuramente con l'assenza del Presidente Bassolino. Non vorremmo, anche rispetto a quello che leggiamo sugli organi di stampa, che mentre noi ci affaccendiamo, soprattutto la maggioranza si è affaccendata, a trovare una quadratura rispetto anche alle cose che si diceva, e che tra poco ci ritornerò, di trovare una quadratura insieme ai riferimenti del Governo nazionale, cosa che sappiamo, e che potrebbe avvenire solo ed unicamente se questo piano venisse approvato nella maniera giusta e se questo piano dovesse contenere al proprio interno quelle misure che sono necessarie, ma che rispetto a quello che la Commissione ha partorito ed approvato, sicuramente non possono assolutamente rientrare nel ragionamento di efficacia, efficienza e di risparmio della sanità. L'Assessore ha cercato di intraprendere la strada delle quote procapite, dovremmo mettere anche in evidenza quella che è la qualità dei servizi, faccio un esempio per tutti quella che è la qualità del servizio della Regione Lombardia e della Regione Campania. Penso che tutti noi, almeno noi Consiglieri regionali abbiamo avuto modo di fare queste verifiche. Rispetto a quello che diceva il Presidente della V Commissione che ho ascoltato in maniera molto attenta il suo intervento, molte cose penso che riguardavano la maggioranza di cui lui fa parte, in quanto se si è aperto un mercato, se si è aperto un ragionamento nel prendere in considerazione tutta una serie di cose che venivano sollecitate, anche dai territori, se è iniziato il mercato delle vacche, nelle senso che hanno cominciato a rilevare tutta una serie di emendamenti, certamente questo non ha riguardato noi, in particolare noi Forza Italia, perché fin dal primo

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

momento abbiamo rilevato che non saremmo entrati in alcun modo nella vicenda del Piano ospedaliero. Riteniamo che non era lì che bisognava fare un ragionamento di tagli, ma, probabilmente, in altri settori. Fin da quando è stato approvato il Piano ospedaliero 2006 siamo stati critici verso questo Piano, poiché ritenevamo che non rispondeva ad una giusta logica di razionalizzazione della spesa e dei servizi, ma rispondeva più ad una logica politica. Rispetto a quello che si sta verificando avevamo ragione e rispetto alle osservazioni in mostra dal Governo centrale, osservazioni che indicavano di provvedere immediatamente a quello che era un serio accorpamento delle strutture, soprattutto ad un maggior rigore sotto l'aspetto occupazionale, all'interno del comparto della Sanità, tanto è vero che la situazione negli ultimi anni è precipitata. La Giunta, rispetto anche alle osservazioni mosse, all'ultima verifica che c'è stata tra Stato – Regione, ha provveduto, in maniera anche abbastanza frettolosa, al nuovo riordino della rete ospedaliera, un nuovo riordino improntato su sacrifici indispensabili e sui soliti tagli dei posti letto, al quale non si poteva muovere una virgola rispetto a quello che la Giunta aveva approvato, infatti, non è stato modificato di una virgola, ma ha subito 4 – 5 cambiamenti che hanno reso ancora più debole il Piano che era stato fatto dalla Giunta. Come al solito, nelle versioni che si sono susseguite, si è cominciato a dare spazio alle esigenze clientelari e politiche, abbandonando i buoni propositi di un'ottima razionalizzazione e di una forte economicità che le verifiche chiedevano. Faccio alcuni esempi: Il Governo centrale, l'ultima verifica Stato – Regione, accorpamento delle strutture, per non usare la Regione il settore della Sanità come ammortizzatori sociali. Se si deve tener conto di questi parametri, penso che si debba tener conto di questi parametri, non penso che l'Assessore si sia inventato qualcosa, ma è stato frutto di un ragionamento fatto insieme agli esponenti del Governo nazionale,

penso che questa sera ci stiamo prendendo in giro, perché assolutamente, questo è un Piano, almeno quello uscito, ci auguriamo che non venga approvato in questo modo, sicuramente non risponde a questi requisiti. Si spostano posti letto da un ospedale all'altro per mantenere quei 15 posti letto, quindi, mantenere le parti, quindi, continuare a mantenere una miriade di primari, la dispersione delle università su tutto il territorio, il continuare a penalizzare il settore del privato, poi vorremmo anche capire in quale modo e percentuale devono essere ridimensionate in questo settore. Riduzione delle A.S.L.. Sicuramente è un fatto positivo, una delle poche note positive, ma bisogna, rispetto alla riduzione delle A.S.L., fare una forte riflessione, di che cosa è successo all'interno di queste strutture, i vari progetti, consulenze pagate a peso d'oro, sono queste le cose che si devono e si sarebbero dovute evitare, quindi, fare un'analisi approfondita, capire che cosa si verifica, guardi caro Assessore, togliere e tagliare solo qualche manager è ben poca cosa, il vero risultato a cui ci siamo sempre dichiarati favorevoli è quello di evitare gli sprechi che negli ultimi anni sono avvenuti nel settore della Sanità e soprattutto nel settore delle A.S.L.. Ci saremmo aspettati, da parte del Presidente Bassolino, dell'Assessore, che si sarebbero slegati dai soliti lacci e laccioli di una maggioranza di centro – sinistra che pone i soli veti come li ha posti, negli anni passati, sulla questione dei rifiuti e, poi, tutti quanti ci siamo accorti dove siamo andati a finire; lacci e laccioli, come abbiamo sentito e letto da alcuni organi di stampa stamattina, ci rendiamo conto che il Presidente Bassolino non vuole sganciarsi assolutamente, perché, vede, Assessore, se oggi dovesse essere proposto un Piano serio, fatto soprattutto su quei comparti, per portare avanti un forte e serio accorpamento delle strutture, soprattutto evitare e porre in essere tutte quelle cose che possono evitare gli sprechi che sono stati fatti all'interno di questo settore, ma con cose serie, cose efficaci, bene, eravamo pronti e

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

saremo stati sicuramente pronti a dare il nostro contributo in termini positivi, ma noi, conoscendo i vizi e le abitudini di questo centro – sinistra, possiamo già affermare che questo di Piano, almeno in quest'Aula, stasera, non verrà mosso niente, quindi, il nostro voto sicuramente sarà sfavorevole.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Cammardella: ne ha facoltà.

CAMMARDELLA (PRC): Presidente, Assessore, colleghi Consiglieri, in questi giorni, il movimento contro i tagli del Governo alla scuola e all'università, ha coniugato un efficace slogan "La crisi non la paghiamo!" e in queste settimane, girando tra le proteste al Piano di riorganizzazione ospedaliera e di rientro dal disavanzo, abbiamo ascoltato, dalle popolazioni, lo stesso slogan "Noi la crisi non la paghiamo!". Il diritto alla salute è inalienabile, fondamentale, costituzionale, universale, non può essere considerato un affare né rispondere a logiche di profitto. Dopo la bella stagione del 1978, anno della legge 833, grande conquista sociale, seguita dalla legge 194, dalla 180. La legge 833, purtroppo, non è mai stata attuata del tutto, ma, progressivamente, ha visto modificare alcune sue parti, ancora, ha visto una curva sempre più discendente, con l'inserimento, al sistema pubblico di numerosi elementi di privatizzazione: il concetto di aziendalizzazione ed i sistemi di finanziamento alle strutture private, i professionisti a prestazione, le esternalizzazioni, le sperimentazioni pubblico – private e così via. Dico questo perché tali scelte non hanno prodotto una maggiore qualità della spesa sanitaria, ma hanno prodotto maggiori costi e bisognerebbe, in un quadro di maggiore serenità economica, ripensare al contrario, aumentando la capacità di spesa, sapendo che una maggiore spesa sanitaria, indirizzata verso la prevenzione, dalle statistiche europee, si relaziona con una maggiore sopravvivenza, una maggiore qualità della vita. Occorrerebbe, infatti, che il sistema sanitario paghi la salute piuttosto che la malattia. Secondo questo mio

ragionamento dovrebbero modificarsi, dunque, letteralmente le politiche sanitarie nazionali e la spesa ad esse indirizzate. Ma, invece, anche la legge sul federalismo fiscale riduce le speranze di cambiamento, anzi, saranno aumentate le differenze tra il centro – nord e il sud d'Italia (cittadini di serie A e cittadini di serie B) nonostante paghiamo l'IRPEF più alta d'Italia. In Campania lo squilibrio economico – finanziario è dovuto, innanzitutto ai criteri di ripartizione dei finanziamenti del sistema sanitario nazionale che ci hanno visto, per tanti anni, ultima Regione d'Italia per quota pro capite; ma anche da una mancata organizzazione del servizio che ha prodotto sprechi e mancato controllo della spesa, nonostante le riforme che abbiamo votato in Consiglio: il Piano ospedaliero, il regolamento per l'accreditamento, tante altre leggi quadro, votate da noi, le delibere di tagli, i tetti di spesa, l'affiancamento, abbiamo fatto anche grandi passi dal punto di vista economico; ma questo ultimatum, in questi giorni, ci dice quanto è strumentale questo Governo, questa strumentalità non vede lo stesso trattamento per la Regione Sicilia, che sta nelle nostre stesse condizioni. Al tempo stesso dobbiamo dire anche che tutte le leggi che abbiamo votato qui in Consiglio non sono state attuate, gli sprechi si perpetuano ancora, le consulenze, in particolare quelle legali, sono ancora numerose, c'è un ricorso ancora altissimo alla specialistica ambulatoriale. Ha continuato, in Campania, ad essere leso il diritto dei cittadini e dei lavoratori, particolarmente quei precari che, nonostante le leggi di stabilizzazione nazionale e regionale non riescono ancora a vedere un futuro di certezze nella loro vita. Il gruppo di Rifondazione Comunista ha contribuito, nel corso di questi anni, all'operazione di risanamento con non poca sofferenza nel quadro politico e, nel partito, condividiamo la necessità di evitare la gestione commissariale che rende inagibile, dal punto di vista democratico e del confronto, la gestione della Sanità pubblica. Il

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

Commissariamento rappresenterebbe anche un'offesa per il Consiglio stesso che, invece, ha operato bene, nel senso del miglioramento dell'offerta, con rigore e con responsabilità alta. Il nostro gruppo, però, non concede deleghe in bianco. Il Piano di rientro che è arrivato oggi in Aula, è il frutto della collaborazione della Giunta e del Consiglio, con le parti sociali, è soprattutto un lavoro di ascolto dei territori, dei territori particolarmente penalizzati. E' un ulteriore sforzo che vogliamo compiere insieme. Perché il Piano di rientro prevede, finalmente, numerose riconversioni, finalmente vede chiudere quella vergogna delle case di cura neuropsichiatriche che si convertono in RSA; riduce le unità complesse con il modello dipartimentale; riorganizza, attraverso la riduzione delle A.S.L.; avvia uno sviluppo dei servizi di prossimità territoriale, dell'integrazione socio - sanitaria e c'è un'inversione di tendenza della riabilitazione verso il pubblico, purtroppo non proprio nella città di Napoli, la realizzeranno gli hospice, finalmente, (si può morire con dignità in Regione Campania); inoltre c'è la novità dell'istituzione delle case di salute o ospedali di comunità, come vogliamo chiamarli, c'è la valorizzazione delle eccellenze, delle alte professionalità, la specializzazione di alcune realtà ospedaliere che possono far ridurre l'emigrazione sanitaria verso altre regioni, la riorganizzazione del 118 e della rete dell'emergenza. Certo, molto era già previsto nel Piano ospedaliero votato nel 2006, oggi, ripeto, facciamo un ulteriore sforzo. Abbiamo presentato, come gruppo, numerosi emendamenti, molti sono stati accolti ed inseriti nel testo. Avevamo chiesto di lasciare coordinamenti tecnico - provinciali come elemento di democrazia e di confronto, sappiamo che non hanno funzionato o che non sono stati fatti funzionare. La democrazia, per noi, è confronto, partecipazione, non è esercizio distorto del potere. Abbiamo supplito, in questi giorni di audizioni a questa carenza. Nominiamo

il decentramento, ma continuiamo a centralizzare, il nostro emendamento è stato bocciato, si cancelleranno i coordinamenti tecnici provinciali, però, pensiamo a trovare delle forme di democrazia per ascoltare i territori altrimenti avremo sempre le solite proteste e chi grida di più, forse, ha maggiore ascolto. Abbiamo voluto dare la priorità a quelle realtà che sono state colpite anche dai tagli sulla scuola, dal dimensionamento, a quei piccoli centri interni e lontani di confine, se tagli la scuola ed il diritto alla cura vuol dire che l'istituzione, lo Stato non c'è più, con esso anche i diritti di cittadinanza. La solitudine di alcune realtà non ci può lasciare indifferenti. Allora, il fatto che le funzioni di emergenza rimangono a Sant'Angelo dei Lombardi a Sapri, per noi rappresenta un punto forte di avanzamento. Si realizzano, finalmente, le unità spinali, si dedicano alcuni posti letto in alcune realtà ospedaliere alla procreazione medicalmente assistita, le donne campane potranno realizzare il desiderio di maternità senza dover ricorrere all'estero o ad un privato che le usa come carne da macello. Tutti questi avanzamenti ci danno la possibilità, la consapevolezza, come gruppo, di avere un approccio positivo verso questo Piano di rientro. Vediamo, inoltre, con i tempi certi, che abbiamo indicato per l'accreditamento definitivo, una riduzione del peso e l'importanza che il privato ancora detiene nel panorama della Sanità campana, in particolare in quella napoletana e salernitana. Se non vi saranno sostanziali cambiamenti, il nostro gruppo voterà a favore del documento, ancora una volta. Ma la tutela dei cittadini, della salute dei cittadini, diritti dei lavoratori saranno salvaguardati solo se questi atti coraggiosi che ci accingiamo a proporre, saranno, con fermezza, volti a ridurre drasticamente gli sprechi e la gestione clientelare del potere della Sanità campana. Da domani vogliamo aumentare la spesa in Sanità, perché vogliamo una Sanità campana pubblica, gratuita e di qualità.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Rivellini; ne ha facoltà.

RIVELLINI (AN): Grazie Presidente, onorevoli colleghi, permettetemi di iniziare il mio intervento con una constatazione: Assessore l'hanno lasciato solo, è solo con l'Assessore alle Politiche sociali, è stato lasciato solo dalla Giunta regionale. Forse lei è lasciato solo, caro Assessore, perché siamo arrivati al big bang della Sanità, una terra che viene mortificata, da quando voi governate, non da problematiche, ma dall'emergenza. Emergenza rifiuti, emergenza ambientale, emergenza lavoro, emergenza sicurezza, emergenza sanitaria. L'hanno lasciato solo perché lei nella sua introduzione ha detto delle non verità e nello stesso momento in cui lei diceva delle non verità, il suo Presidente della Giunta che non si è seduto accanto a lei, ha fatto un comunicato stampa, che dopo le darò, in cui prevede, per evitare il Commissariamento, ulteriori misure, perché, caro Assessore, quello che lei prima ha affermato, non corrisponde al vero, i dati non sono quelli e dopo ritornerò su questi dati, con un po' di numeri e le ricorderò anche il question time di ieri. Alleanza Nazionale arriva a questo appuntamento importante della chiarificazione finale di quello che è accaduto nel mondo della Sanità negli ultimi anni ed arriva con una serie di proposte, ridividerò il mio intervento in tre parti: nella prima, anche per far capire, a chi non vuole sentire, cioè la sinistra, anche la collega Cammardella, ciò che è accaduto negli ultimi anni in Campania, farò una breve cronistoria, poi analizzeremo il Piano, le modifiche al Piano ospedaliero e dimostrerò come avete cercato solamente ed unicamente di mettere delle pezze a colori ed infine, entreremo nel vivo della proposta di Alleanza Nazionale, su quello che ha bisogno la Sanità in Campania, su quello che faremo nel caso, a breve, andremo a governare. Credo che queste verità oggi bisogna dirle e bisogna iniziare a dire una verità sacrosanta: in Campania non mancano le risorse, i soldi ci sono! 9 miliardi e 200 milioni di euro, pari al

63% - 64% dell'intero Bilancio della Regione Campania, come a dire che l'emergenza Sanità, in qualche modo, toglie fondi al sociale, allo sviluppo di questa Regione, sono somme sufficienti per dare il diritto costituzionale alla salute, 9 miliardi e 200 milioni, eppure, lei, Assessore, oggi è venuto a farci una relazione, avendo certamente letto un quotidiano locale che oggi porta una notizia scandalosa, 6 mesi per un ragazzo di 28 anni afflitto dal melanoma e con metastasi, 6 mesi poter avere una Tac, per poter eseguire un'indagine così modesta. Il Direttore generale del Pascale, nonché coordinatore dei Direttori generali, si permette di rispondere a questo cittadino, a questo ragazzo di 28 anni, affermando che non è un interno, che può aspettare. E' vero che manca il diritto costituzionale alla salute, quando la statistica che lei non ha mai negato, di 100.000 cittadini della Regione Campania, 100.000 campani che sono costretti, ogni anno, ad andare in un'altra Regione o all'estero per farsi curare, con un ulteriore esborso per le nostre casse regionali, di circa 300 milioni di euro, se ci fosse un'adeguata assistenza sanitaria, potrebbero rimanere nelle nostre casse regionali, 300 milioni di euro che incidono in maniera importante, perché paghiamo le più alte tasse regionali d'Italia: IRPEF, IRAP etc., per i prossimi 30 anni, per recuperare il buco della Sanità che avete prodotto negli ultimi anni. Non mancano le somme, anche se nel 2.000, Assessore Montemarano, lei ha fatto bene a ricordarlo, ma lo ricordiamo agli amici della sinistra, l'allora primo Ministro, Massimo D'Alema, il vostro amico Massimo D'Alema, il vostro leader, decise, penalizzando la Campania, nella Conferenza Stato - Regione, che le somme dal Governo centrale alle Regioni, le somme per la Sanità venivano distribuite non più per numero di abitanti, ma per la percentuale di anzianità, la Campania, che è la Regione più giovane, fu penalizzata, poi, hai detto una cosa esatta, caro collega Errico, nel 2005, ricordo che anche lei Assessore fu prodigo di complimenti

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

per l'allora Ministro della Salute del Governo Berlusconi, Francesco Storace, si recuperò questo gap e la Campania ha avuto la differenza delle somme dal 2000 al 2005 e d'altronde, nel Piano di rientro che il Governo di centro – sinistra, guardate un po', colleghi, voi che governate questa Regione, chi ha deciso le operazioni più dure per questa Regione è sempre un Governo di centro – sinistra: Il Governo di centro – sinistra, nel 2007, ha deciso il Piano di rientro e lo ha deciso ridando, nel caso vada a buon fine questo Piano di rientro, dando delle somme aggiuntive che, in qualche modo fanno recuperare il gap che l'allora primo Ministro D'Alema ha inflitto alla Campania. Ma, caro Assessore, perché siamo arrivati a questo punto? Perché in Campania non c'è il diritto costituzionale alla salute benché ci siano somme sufficienti: 9 miliardi e 200 milioni di euro? Perché la Sanità, caro Assessore, da quando voi governate, è stata usata in maniera lottizzata e clientelare per poter governare questa terra?

Elezioni amministrative che voi avete vinto, unicamente, basando tutto sulla clientela politica della Sanità. Qualche esempio? Alle ultime amministrative, cari cari colleghi, qualcuno qui smentisca, nelle liste del partito dell'Assessore de La Margherita, il 50% dei candidati erano medici. C'è un episodio eclatante che voglio ricordare a quest'Aula, nel 2005, lei, Assessore, emanò una nota in cui vietava, in particolare ad alcuni Direttori generali, nomine primariati con il 15 Septies, stranamente nel feudo demitiano del Moscati di Avellino, in piena estate, perché queste cose si fanno ad agosto, è stato nominato il dott. Vitale, primario con il 15 Septies, che era lo stesso che qualche mese prima si era candidato alle regionali ottenendo una buona performance. Un premio per il suo impegno politico. Da anni state usando questo settore come vera e propria clientela politica e alla fine si è arrivati al big bang siamo arrivati ormai allo sfascio totale, sia chiaro Alleanza Nazionale non sarà contenta se arriverà il Commissariamento,

perché nessuno l'ha detto, ma è bene chiarirlo, che cos'è il Commissariamento? Sarà il congelamento delle somme aggiuntive che arriveranno qui in Campania e sarà l'ennesimo schiaffo che questa terra dovrà subire. In questi anni invece di pensare a programmare, a migliorare l'assistenza avete solo e unicamente prodotto scandali su scandali, qualcuno è bene ricordarlo: lo scandalo Soresa, la più grande operazione finanziaria mai fatta in Italia nel campo della sanità 2 miliardi e 2 circa, operazione che, come ricordavo prima, obbligherà i campani per i prossimi 20 anni a pagare le più alte tasse regionali e in quell'operazione addirittura si è arrivata a dare 14 milioni di euro tramite le banche a due faccendieri che addirittura non avevano né una sede, né un dipendente, né un numero di telefono e alla Camera di Commercio le loro società erano inattive. Lo scandalo degli Avvocati dall'A.S.L. 1 con delle semplici fotocopie pochi euro li tramutavano in centinaia di migliaia di euro di parcelle, lo scandalo dell'IVA gait, abbiamo pagato dell'IVA non dovuta perché nessuno era attento a vedere quale era l'aliquota giusta da poter dare, milioni di euro buttati. Lo scandalo Petrella, dove il responsabile della sanità dei DS cercava di convincere un Direttore Generale ad assumere come Direttore sanitario un personaggio che non aveva i titoli, stesso personaggio Petrella che proprio in quei momenti in cui la lottizzazione e la clientela era più forte, caro Angelo Giusto, tu che sei uomo giusto, tranne nel tuo intervento di oggi, non mi sei piaciuto stai perdendo un po' di colpi, stava facendo e riuscì a fare il Dottore Petrella addirittura un'associazione, Diametro, che in qualche modo catalogasse, mettesse in riga tutto il campo sanitario della Regione Campania. Lo scandalo che abbiamo denunciato ieri di fatture pagate due volte che lei non ha negato, lo scandalo di centinaia di consulenze legali, c'è un'Ansa di qualche giorno fa di un collega del centro – destra, il Consigliere Sagliocco, che addirittura parla di 5 mila

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

incarichi allo stesso Avvocato nell'A.S.L. 5. Ancora degli scandali che hanno portato al disastro questa sanità, allora poiché lei ha dato dei dati non veritieri, altrimenti, caro Assessore, se ci sono 5 milioni addirittura di surplus siamo qua aspettiamo di vederli. Le vorrei dire qual è l'esatto ammontare dei debiti che ha certificato il Ministero e che ha avallato il suo Assessore al bilancio, l'Assessore Mariano D'Antonio, situazione debitoria al 31/12/2005 4 miliardi 804 milioni di euro più 2 miliardi e 216 milioni per l'operazione Soresa, oltre 7 miliardi di euro. Nuovi debiti al 31/12/2006, 2756 miliardi di euro. Ulteriori debiti al 31/12/2007, 862.177 mila euro e al 30/06/2008 l'Assessore al bilancio con una nota distribuita ai Capigruppo ci ha informato di uno sfioramento di 157 milioni di euro e al 30/09/08 questo sfioramento, secondo il Ministero, è arrivato a 308 milioni di euro. Avete portato in Commissione non i dati che ha detto lei, altri dati, li ho qui, in qualche modo accettate i conti ministeriali, perché parlate di circa 254 milioni di sfioramento, sapete, cari amici, come l'Assessore copre questa somma? Li copre con circa 85 milioni di euro per riduzione sulla spesa farmaceutica come a dire che avete eliminato le scorte, ma il prossimo anno cosa fate eliminate le scorte che non avete più o non date l'assistenza ai cittadini come a questo ragazzo di 28 anni che deve aspettare 6 mesi per una Tac. Poi ricoprite questi 254 milioni con ipotetiche nuove entrate che allo stato voi non avete ancora dimostrato di avere. Conti taroccati, allora a questo punto entriamo nell'analisi delle vostre, delle sue iniziative per riparare all'enorme deficit che avete creato. Entriamo nell'analisi delle modifiche al piano ospedaliero che oggi ci volete propinare. Sulle iniziative da lei poste negli ultimi anni un breve resoconto è giusto farlo. Ha fatto qualche anno fa una delibera la 1843, cari colleghi, la 1843 non ho mai visto, non ho mai assistito a un Assessore alla sanità che per migliorare l'assistenza ed i conti emani una delibera così stupida, se vuole mi quereli.

Cosa dice la delibera 1843? Impone ai Direttori generali nei successivi 3 anni un risparmio di circa il 18,6% il primo anno del 10, il secondo anno di un'altra percentuale e il terzo anno un'altra percentuale, fino a arrivare al 18,6%, non c'è uno straccio di programmazione, un suggerimento, solo un ordine tassativo "diminuite nei prossimi 3 anni del 18,6%". Allora mi chiedo come un semplice cittadino che assiste impotente alle sue decisioni, ma se da un giorno all'altro, se da un minuto all'altro un'azienda sanitaria riesce a risparmiare una cifra così evidente le soluzioni sono due o si diminuisce l'assistenza, cosa che è accaduta, e le dirò dopo - le faccio rivedere questo giornale - o il giorno prima, caro Assessore si rubava, perché si spendeva troppo, allora è un altro settore che deve analizzare. Questa è la sua prima iniziativa. La seconda iniziativa, che è clamorosa, è la 1267 del luglio di quest'anno, non è mai accaduto che un Governo regionale metta le mani in tasca a delle aziende che lavorano sul territorio, chi sbaglia deve pagare, ma chi lavora e/o chi contribuisce alla sanità in questa Regione anche se il vostro Governo deve guardare con un occhio particolare ai privati, non può essere derubato. Cosa avete deciso a luglio con la 1267, avete deciso che retroattivamente chi aveva raggiunto i tetti di spesa obbligandoli in maniera ricattatoria dovevano continuare a lavorare in maniera gratuita, neanche nel Soviet del partito comunista sovietico in quel Governo si poteva mai immaginare una cosa del genere. Le vorrei dopo, se lei permetterà, consegnarle un documento particolare, mentre in Campania la Giunta regionale mette le mani in tasca a dei privati che svolgono un lavoro ricattandoli, perché hanno raggiunto il tetto di spesa e certamente non posso più lavorare in maniera gratuita, mentre voi fate questo in Lombardia la Giunta regionale nelle stesse ore emana un'altra delibera e assegna alle aziende private che svolgono in maniera corretta, in maniera adeguata il proprio lavoro e che devono

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

continuare a dare assistenza, perché quella Regione deve dare il diritto costituzionale alla salute, assegna 35 milioni di euro in più. Questa è la differenza tra due Regioni dove le spese somme vengono spese in maniera corretta e dove, invece, le somme vengono usate per clientela politica. Poi ci propongono questo piano ospedaliero, queste modifiche al piano ospedaliero, credo che qualche riflessione su questo piano ospedaliero è giusto farla. Quali sono le cose che a detta nostra non vanno bene in questo piano ospedaliero, benché avete fatto un maxi emendamento che più clientelare non poteva essere, vorrò vedere alcuni Consiglieri del centro – sinistra che in questi giorni e nei mesi scorsi hanno fatto duri come voteranno questo Piano ospedaliero. Li voglio vedere alla prova dei fatti. Cosa avete deciso con questo Piano ospedaliero? Innanzitutto, la diminuzione delle A.S.L., come a dire che diminuendo queste A.S.L. c'è un immediato risparmio. Assessore, lei è un uomo che in sanità c'è da tanti anni, si ricorda per caso che nel 1994 abbiamo chiuso le vecchie U.S.L.? Le risulta che ad oggi esistono ancora delle commissioni di liquidazione che costano centinaia di milioni di euro per chiudere le U.S.L.? Non è che con questa operazione non si avrà nessun tipo di risparmio, ma fra 20 anni saranno ancora in piedi delle Commissioni di liquidazione delle A.S.L., senza aver nessuno riscontro positivo? Dove c'è un riscontro valido nella diminuzione di queste A.S.L.? Ma quando lei unifica le A.S.L., per esempio, l'A.S.L. 4 e l'A.S.L. 5 è sicuro di avere un risparmio? Sono andato a guardare un attimo le due A.S.L. e la prima cosa che mi è balzata agli occhi, che ad esempio, le due A.S.L. nelle retribuzioni dei dipendenti per gli accessori alla busta paga base dei dipendenti hanno diversi comportamenti, il ticket mensa, per esempio, all'A.S.L. 4 è di 5 euro, all'A.S.L. 5 è di 6 euro e mezzo, naturalmente se lei equipara le due A.S.L. ne fa una sola il primo risultato pratico sarà quello di aumentare le retribuzioni dei dipendenti ed allora questo

risultato che sulla carta voi portate di risparmio delle A.S.L. mi sembra veramente una presa in giro. Una presa in giro è la riduzione dei posti letto e qua qualche riflessione la dobbiamo fare. E' una presa in giro perché il 60% delle spese, come ha detto il collega Giusto è del personale, quindi diminuendo i posti letto, naturalmente non diminuite la somma complessiva. E poi perché la diminuzione dei 250 posti letto nel privato non vi porterà nessun risparmio perché voi al privato pagate il posto letto sull'occupazione, nel senso che se il malato occupa il posto letto gli fa il DRG e voi glielo pagate, non avete nessun tipo di risparmio anche se in maniera subdola nelle modifiche al Piano ospedaliero avete messo questa diminuzione di circa 150 posti letto con, credo perché sono un uomo maligno nei suoi confronti e queste cose incomincio a sospettarle quando le vedo scritte all'inizio nei suoi ragionamenti, anche se questa diminuzione di 250 posti letto può avere un secondo fine, quale? Mentre nel pubblico avete specificato dove, come, quando e perché ci sarà questa diminuzione, nel privato avete lasciato questo dato in maniera completamente anomala, non è che il giorno dopo che viene approvata questa modifica al Piano ospedaliero c'è una pulizia etnica per chi non appartiene alla vostra casta politica e ci sarà una punizione per chi non vi è stato vicino in questi tempi? Ancora, nel 2006, caro Assessore, abbiamo approvato una delibera che assegnava gli immobili delle A.S.L. alla Soresa. La Soresa dopo una ricognizione di questi immobili doveva procedere alla vendita assegnando il 20% agli investimenti e l'80% alla copertura del disavanzo. Su questo Piano voi questa delibera l'avete completamente dimenticata e non credo che voi in un Piano così importante possiate dimenticare un argomento così importante come i centinaia e centinaia di immobili che appartengono alle A.S.L.. Cosa fate? Qual è la proposta che noi vi diamo dopo aver, in qualche modo, criticato il vostro piano? Crediamo che in una seduta così importante non si debba soltanto approvare o bocciare il Piano

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

ospedaliero, ma si debba in quel che modo proporre qualcosa di completamente diverso. Allora, caro Assessore, il Gruppo di Alleanza Nazionale le prospetta e cercherà di collaborare, di partecipare in questo modo i sistemi che secondo noi possono in qualche modo evitare il commissariamento.

Per prima cosa dobbiamo scegliere quale modello vogliamo seguire, perché in Italia esistono dopo la legge nazionale del '92 che assegnava alle Regioni la sanità, che regionalizzava la sanità e dopo la legge del 1994 che metteva in competizione le varie Regioni sul settore della sanità, in Italia si sono creati tre sistemi sanitari, un sistema burocratico, un sistema cosiddetto accentrato e un sistema cosiddetto competitivo. Il nostro sistema è un sistema burocratico, dove gerarchicamente la Regione governa le A.S.L. e dove non c'è nessun tipo di controllo sul settore manageriale delle A.S.L.... Il sistema Lombardo - Veneto è un sistema competitivo, dove sanità privata e sanità pubblica in qualche modo competono e partecipano a migliorare la sanità. Il terzo sistema, l'accentrato è il sistema della Toscana, dell'Emilia che credo sia il miglior sistema, che Alleanza Nazionale propone come sistema da adeguare e da approvare qui in Campania, dove le A.S.L. e la Regione continuano a lavorare in una paritaria situazione dove le scelte sono condivise e dove non c'è una programmazione impositiva, ma c'è una cabina di regia e le scelte vengono in qualche modo compensate. Ci saremmo aspettati che lei potesse portare questo sistema in questo Piano ospedaliero cambiando completamente la filosofia della sanità in Campania, anche perché ho sentito prima il collega Giusto che parlava di circa 200 milioni di risparmio di queste modifiche al Piano ospedaliero, ma non ancora ho capito come ha fatto questi conteggi visti i rilievi che le abbiamo posto prima. Siamo quindi arrivati a un momento particolare. Spero che il Commissariamento non avvenga, purtroppo sono convinto che invece il Commissariamento

avverrà, perché non abbiamo la capacità di ribaltare dei conti e delle statistiche che purtroppo il Ministero ha già accertato. Purtroppo devo notificarle che quanto promesso ieri durante il question time ho eseguito stamane. Quello che avevo promesso cioè di mandare la sua risposta in maniera precisa al Ministro dell'Economia, al Ministro del Welfare l'ho fatto oggi e spero che il 10 dicembre nella discussione che voi farete per verificare gli ulteriori conti, anche questo nuovo dato possa venire fuori, perché la sanità in Campania ha bisogno che venga finalmente fatta chiarezza. Concludo il mio intervento pregando lei, Presidente del Consiglio, di dire al Presidente Bassolino che speravo stesse in Aula, ma purtroppo non è in Aula perché non poteva - visto che nello stesso momento in mandava un comunicato stampa di contenuto completamente diverso da quello che affermava l'Assessore - essere qui seduto accanto all'Assessore. La prego Presidente del Consiglio di invitare il Presidente Bassolino a un'azione forte per il bene della sanità in Campania. Il Presidente Bassolino deve in questo momento comportarsi come si comportò Boldi, non il Ministro, né l'attore Boldi, ma il Dottor Boldi il Commissario straordinario della Parmalat, perché vede la Parmalat sotto l'aspetto finanziario ha delle similitudini al disastro economico e finanziario della Regione Campania. Il Dottore Boldi quando si prese quella gatta da pelare la prima cosa che fece oltre a chiedere ulteriori sacrifici agli azionisti della Parmalat, fu quella di allontanare Callisto Tanzi dall'azienda. Non possiamo continuare a chiedere ai cittadini della Campania ulteriori sacrifici e poi il Direttore generale dell'A.S.L. 1, l'A.S.L. che dal 2000 al 2005 ha prodotto, mi corregga Assessore, 3 miliardi e mezzo di deficit. Quel Direttore sanitario che era stato l'artefice del 50% del disastro della sanità in Campania e del deficit della sanità in Campania è diventato poi Assessore. Quella somma è diventata negli anni sempre più alta, è diventata

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

addirittura di circa 8 miliardi, questo Assessore non può rimanere nello stesso momento in cui Boldi Governatore chiede sacrifici ai cittadini della Campania. Mettiamo uno stop a tutta questa situazione, fermiamo i giochi, calmiamoci, diamo finalmente ai cittadini della Campania che sono pronti ad ulteriori sacrifici una classe dirigente credibile, dei dirigenti credibili. Rimettiamo in moto il meccanismo, cerchiamo di cambiare il sistema della sanità in Campania e credo che in poco tempo riusciremo a recuperare quelle somme che purtroppo mancano per evitare il Commissariamento e forse cercheremo e riusciremo a dare ai nostri cittadini anche quel diritto costituzionale alla salute, che come vi ho dimostrato prima e la pagina di oggi di un noto quotidiano purtroppo è veramente impietosa, non c'è non esiste.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Iossa, ne ha facoltà.

IOSSA (PD): Dall'inizio dell'anno, 863 piccole imprese sono morte, la cassa integrazione guadagni si è triplicata, per non parlare della mobilità; cioè la Regione Campania e il Mezzogiorno si trovano in una situazione di assoluta sofferenza sociale e un'assoluta sofferenza economica. E' da un po' di tempo che mi chiedo che senso ha oggi la politica dalle parti nostre? Che significa essere oggi un uomo politico in Campania e nel Mezzogiorno, sapendo che sembriamo persone impotenti rispetto alle tante emergenze che si sono affacciate. Mi chiedevo contestualmente perché è nata la questione settentrionale? Non soltanto perché c'è una forza politica come la Lega che nel nord del Paese prende i consensi che prende, ma perché, evidentemente, dalle nostre parti noi uomini politici, noi soggetti politici abbiamo commesso molti errori, troppi sprechi, molte volte abbiamo calpestato e degradato il territorio. Esiste una percentuale di disoccupati senza precedenti, ormai viaggiamo al livello di due cifre e 27 mila giovani ogni anno se ne vanno dalla Campania e vanno nel resto del Paese o nel cuore dell'Europa. Come è possibile

che questo Mezzogiorno è diventato così fastidioso, anche nei partiti di appartenenza e nei governi amici, indipendentemente se sono governi di centrodestra o sono governi di centrosinistra. Perché il Mezzogiorno è in queste condizioni? E' in queste condizioni si appresta a affrontare sfide straordinarie come, innanzitutto, la riforma del federalismo fiscale. Quale credibilità abbiamo oggi per proporre una serie di misure che sono non solo impopolari, ma sono misure che fanno male. Mi sono chiesto se noi abbiamo questa credibilità politica, se siamo nelle condizioni di poter chiedere al cittadino campano, al cittadino meridionale ancora ulteriori sacrifici rispetto a una crisi così pesante, travolgente che l'umanità non conosceva da tanto tempo, forse la più grande dal dopoguerra, una crisi economica devastante che sta mettendo in ginocchio l'occidente e in particolare il sud dell'Europa e in questo sud esiste il Mezzogiorno d'Italia.

C'è un senso di responsabilità in ognuno di noi che si deve manifestare, lo dico perché nell'occasione, come ogni anno puntualmente, così come documentato, di ogni vigilia di bilancio mi sono permesso di indicare che così avanti non potevamo andare e che il 63% delle risorse regionali non potessero essere destinate alla sanità e il resto alla macchina regionale. Un bilancio ingessato, una spesa che dilagava e mi si diceva puntualmente che era sottocontrollo, uno stato della sanità che è quello che è ed oggi siamo costretti per necessità a compiere una serie di tagli che praticamente rendono difficile la sopportazione sui territori. Non è tanto il problema di dire quell'ospedale o quel pronto soccorso va chiuso o vanno eliminati alcuni posti letto, perché nessuno può pensare di tenere quel pronto soccorso sotto casa o di continuare con questo localismo o di continuare con queste clientele, con questo potere che si è costituito intorno alla sanità. Diciamoci la verità, la verità è che noi abbiamo perso il senso di essere uomini politici riformisti. Il riformismo non può essere questo,

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

perché se è questo, non ho capito niente della politica, se riformismo è quello di gestire per lungo periodo le istituzioni e il potere, per poi arrivare ad un punto oltre il quale non si può andare per necessità, perché, altrimenti si muore, bisogna fare i tagli, significa che non siamo capaci di misurarci con i problemi e con le difficoltà che si presentano davanti a noi; è questo il fallimento politico, è qui l'assenza di riformismo dentro il governo delle cose e delle nostre istituzioni. Perché arrivare oggi a fare i tagli, perché ingoiare oggi questa medicina amara, questo boccone che era prevedibile? Perché strumentalizzare una questione così delicata come quella della Sanità minacciando di volta in volta il Commissario? Il Commissariamento non ci può essere se si fanno i tagli, il Commissario assume significato politico ed è sbagliato, è un'altra cosa, perché, poi, la Sanità non è in queste condizioni soltanto in Campania, ma in tante parti d'Italia, allora, il problema è una volta e per sempre, di iniziare questa azione riformatrice dentro le istituzioni. Caro Assessore Montemarano, la nostra credibilità la si fa non annunciando i tagli, oggi sono indispensabili e necessari, ma noi dobbiamo presentare un Piano organico della Sanità; come la riorganizziamo seriamente? come eleviamo il livello di efficienza e di qualità? In che modo acquistiamo credibilità? Lo possiamo fare noi oggi che abbiamo procurato questa situazione? Lo possiamo fare noi che abbiamo visto dilagare la spesa in queste condizioni? Hanno fatto una grande polemica con l'onorevole De Mita sulle colonne del Corriere della Sera; De Mita sosteneva e difendeva Lei e io dicevo che la Sanità è nelle nostre mani da dieci anni, quindi, c'era, per certi aspetti, una nostra responsabilità: allora, vogliamo considerare questo provvedimento? Vogliamo mettere, insieme, su una Commissione d'esperti senza colore politico? Capace di fare un Piano entro 3 mesi, 6 mesi, di venire qua a dire: "questo è il Piano della Sanità" che sia il Piano del Consiglio regionale,

che sia la svolta vera in questa Regione, per fare seriamente, per acquistare credibilità, perché non possiamo, ogni qualvolta, ingoiarci le emergenze; ne abbiamo viste troppe, in questi anni, di emergenze, allora la dobbiamo smettere! Dobbiamo fare un salto di qualità! Sto aspettando, con ansia, la riforma anche della macchina regionale che l'Assessore Valiante deve portarci, perché, vedete, come pensiamo di far fronte alla crisi economica dei nostri concittadini che, praticamente, hanno una situazione finanziaria disastrosa, che non arrivano non alla terza settimana, ma alla seconda settimana, come pensiamo di andare incontro, di tenere i prezzi sotto controllo, di diminuire le tasse e di integrare l'azione di Governo, di utilizzare al meglio le risorse comunitarie? In che modo pensiamo di liquidare gli sprechi? Queste società miste che il Presidente Giusto diceva, giustamente, che vanno chiuse? abbiamo il coraggio, in questo benedetto Bilancio, che andremo ad approvare, di fare tutto questo? Di avere questa svolta? Di metterci in sintonia con i sacrifici che i cittadini stanno facendo rispetto alla crisi oppure veniamo avanti con i tagli, e fare tanti tagli fino a spogliarci, senza mai avere una riforma, una visione, un progetto, un programma che possa svoltare e che possa mettere in condizioni la Regione Campania di essere una Regione diversa da com'è stata fino ad ora. Questa è la scommessa che è davanti a noi e che è davanti al Consiglio. Non è un problema solo di centrosinistra; il centrosinistra ha le sue responsabilità che nessuno può nascondere, ma c'è una responsabilità della politica; rendetevi conto che la credibilità nostra, nei confronti dei leader nazionali è sotto zero, se è vero che Berlusconi viene qua e dice agli imprenditori di candidarsi. Perché lo dice? Perché dice questo? Perché non crede nella sua classe politica; allora il centrosinistra è zoppo, il centrodestra è in queste condizioni; è la politica democratica in Campania che ha perso di credibilità. E come pensate che noi possiamo agire, rispetto a

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

parlamentari designati, che non sento mai, mai una parola sulla stampa che propone una questione meridionale, un aspetto particolare della vita sociale ed economica, perché la legge elettorale è quella che è, i parlamentari designati che, praticamente, sono a sovranità limitata rispetto alla loro azione individuale, perché rispondono ai loro designatori: però, alla fine sono altri interessi che prevalgono. Allora, se questa è la politica, penso che il sud sia in condizioni disastrose, è qui la mossa della politica democratica, la mossa del Consiglio regionale. In questo Consiglio esiste un'enorme potenzialità, per quale motivo non bisogna accompagnare un'azione di risanamento forte, un'azione veramente riformatrice, dare i contributi necessari, prendere atto che c'è stato un fallimento, che ci sono stati degli errori? Perché errori ci sono stati, si toccano con mano. Adesso bisogna girare pagina, non si può buttare l'acqua con il bambino, bisogna fare in modo, invece, di essere oculati, perché questa è lotta politica, in questo momento la gente non capisce, non arriva il messaggio, il punto è un altro, che insieme a questi tagli che sono indispensabili, va fatta la proposta, secondo me, che insieme all'Assessore, alla Giunta, va fatta una Commissione di esperti, dove non ci sono colori politici, che preparano questo piano organico sanitario; il provvedimento oggi in discussione va considerato come un provvedimento ponte, straordinario, rispetto al rientro dei parametri; nello stesso tempo bisogna fare un'azione di questa natura perché, altrimenti, la maggioranza lo approverà, ha i numeri per farlo, ma serve a poco; io, invece, penso che insieme dobbiamo rivalutare il ruolo della politica in Campania, perché se non facciamo questo, alla fine non ci sarà un vincitore, alla fine ci saranno una serie di debolezze e un insieme di difficoltà che renderanno il Mezzogiorno, la Campania sempre di più marginale rispetto al resto del Paese. Ed io ho un'ulteriore preoccupazione, anche rispetto ai provvedimenti che si stanno

facendo, ad una manovra economica senza precedenti, 200 miliardi di euro, vale a dire 1,5 del prodotto lordo della comunità europea per invertire la crisi; insomma, le risorse che il Governo Berlusconi mette a disposizione non sono sufficienti per la Regione Campania se non ci sono provvedimenti integrativi nostri, della nostra azione regionale; ma per fare questo c'è bisogno di trovare le risorse e trovare le risorse significa mettere la spesa sanitaria sotto controllo, significa alleggerire la macchina regionale, perché dalla spesa passiva queste risorse, insieme ai fondi comunitari, devono essere la spinta per cambiare passo e per tentare di aiutare lo sviluppo e, quindi, di arrestare la crisi occupazionale che è senza precedenti nella storia della Regione Campania. Se non facciamo questo, penso che rispetto agli appuntamenti dei mesi prossimi, arriveremo in ginocchio ed alla fine non ha vinto nessuno, ma abbiamo perso tutti quanti; soprattutto, la cosa che più mi preoccupa, è che non perdiamo noi, che abbiamo superato da molto tempo i 50 anni, ma possono perdere le giovani generazioni per molto tempo. Grazie!

**Alle ore 17.58 assume la Presidenza il Vice
 Presidente Ronghi**

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Grimaldi; ne ha facoltà.

GRIMALDI (MPA nuovo PSI): Grazie Presidente, grazie Assessore, cari colleghi. Per la verità, intervengo in Aula dopo un'agenzia che è apparsa poco fa, una nota dell'Ansa, dove il Presidente Bassolino ci annuncia quello che in qualche modo ci rappresentava già poco fa il Capogruppo di Forza Italia, il collega Romano, mentre noi discutiamo del Piano sanitario, mentre noi discutiamo del rientro del disavanzo del debito Sanità in Campania, il Presidente Bassolino, del quale va già stigmatizzata l'assenza in Aula, è in altre sedi, così dichiara

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

alle agenzie, per trattare nuovi provvedimenti, nuovi tagli, non si capisce dove, parla di spesa farmaceutica, di altre cose, non capisco, per la verità, questo lo dico appellandomi ai colleghi Consiglieri regionali che in V Commissione, nelle ultime ore, negli ultimi 15 giorni, insieme al Presidente Giusto al quale va riconosciuta l'onestà intellettuale di aver ringraziato anche il ruolo delle opposizioni svolto in Commissione, abbiamo fatto tanto lavoro per accorgerci che qui oggi in Aula e insieme anche all'Assessore, perché il problema serio credo riguardi anche l'Assessore, rappresentiamo solo dei numeri, perché mentre discutiamo di una cosa, il Presidente Bassolino a Roma, a Santa Lucia, non si capisce dove, sta facendo un'altra cosa, chiedo al capo dell'opposizione, al collega D'Ercole, su questo, dopo, di aprire un ulteriore dibattito, di chiedere, magari, la sospensione dei lavori, perché non capisco, veramente, perché stiamo proseguendo nei lavori mentre non capiamo che cosa dovrà succedere nelle prossime ore, allora, di cosa discutiamo, visto che ci ritroviamo sempre nelle stesse cose, facciamo il Piano ospedaliero nel 2006 per poi accorgerci, a distanza di due anni, che quel Piano ospedaliero non è entrato mai in funzione, non è servito a nulla se non solo ad un copia e incolla del vecchio per risolvere, con l'allora Ministro Lidia Turco, il problema di ulteriori trasferimenti dallo Stato alla Regione. Pur tuttavia, cercherò di fare un ragionamento, cercherò di fare un intervento, anche avendo ascoltato la sua relazione, Assessore, avendo ascoltato, anche da parte dei colleghi del centro – sinistra, un forte richiamo a questi mancati trasferimenti della quota del fondo sanitario nazionale alla Regione Campania, come motivazione forte di creazione di questo debito, come i 16 miliardi di euro di disavanzo siano colpa dello Stato che ha trasferito poche risorse, rispetto alle altre regioni, alla Campania. Su questo ho raccolto un dato, un dato che è interessante capire come su quasi 6 milioni di abitanti la Campania assorbe il 10,27%

dell'intero fondo sanitario nazionale, più di noi solo la Lombardia con il 15,97% che, però, ha una popolazione di quasi 10 milioni di abitanti, quindi, quasi il doppio della Campania e offre un servizio sanitario di eccellenza, com'è riportato da tutti gli istituti di statistica e di accertamento del servizio Sanità di qualità. Questa è una premessa essenziale per comprendere la situazione, ma non è l'unico dato, la finanziaria al 2008 ha incrementato il fondo sanitario nazionale di 4.417 miliardi di euro rispetto al 2007 ed ha aumentato la quota del servizio nazionale rispetto alla Campania di più di 100 euro, in questo oceano di denaro pubblico, la Sanità pubblica offre servizi che tutti conosciamo e che sembra superfluo aggettivare, mentre la Sanità privata arranca e protesta per i vincoli crescenti e l'insolvenza della nostra Regione. Al di là delle considerazioni politiche generali è utile ricordare alcune cifre: nel 2007 il debito sanitario è stato di 850 milioni di euro che si è tentato di coprire con maggiori finanziamenti da parte dello Stato centrale e aumentando ulteriormente le tasse locali, lo ricordavamo prima: l'IRAP, l'IRPEF, l'accisa sul carburante, il bollo dell'auto, ogni anno, in finanziaria, ci troviamo ad avere balzelli in più sempre con la solita scusa: ripianare il debito della Sanità, il disavanzo, per poi scoprire che negli anni successivi, il disavanzo, anziché essere ripianato aumenta, nonostante questo, nel 2008 si è registrato un ulteriore deficit, di circa 500 milioni di euro. In pratica, sebbene i governi avessero fatto arrivare in Campania una pioggia di risorse, nonostante le buone tasse hanno colpito imprese e famiglie, il comparto continua a fare acqua da tutte le parti, come provano, purtroppo, i circa 100.000 pazienti che si sono recati in altre regioni per farsi curare. Un bel capolavoro, l'ennesimo della Giunta Bassolino, il paradosso di tutta questa storia è che se da una parte facciamo i mutui sulla spesa corrente in Sanità, dall'altra, pur avendo i fondi in conto capitale disponibili per investimenti, non siamo

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

riusciti a spenderli, è il caso dell'ex articolo 20, che non sono stati utilizzati perché non sono stati presentati progetti esecutivi, allora, il quadro è desolante, soprattutto quando leggo la tabella della confluenza di più presidi ospedalieri in un unico presidio ospedaliero e nuove destinazioni per i presidi dismessi: Benevento, Sant'Agata dei Goti; Santa Maria Capua Vetere, Capua; Ospedale di Dio, Frattamaggiore; Pollena Trocchia, tutti ospedali che dovrebbero essere realizzati con i soldi dell'articolo 20 della legge 67/88 che allo stato sappiamo tutti, e lo sa anche il Presidente Giusto per aver sentito il Presidente dell'Arsan, che questi soldi sono stati rastrellati - Assessore, spero che nella sua replica, dopo, lei lo possa dire, possa rendercene conto - dal Governo, perché non sono stati spesi dal Governo regionale, quindi, il Governo nazionale, Tremonti, se li è ripresi per l'incapacità della Giunta regionale e dei direttori generali delle aziende ospedaliere, di non spenderli, pur sapendo la fatiscenza totale per la quale i nostri ospedali, gli ospedali della Regione Campania, siano destinati.

La tutela della salute rappresenta un obiettivo fondamentale nell'attuale organizzazione delle funzioni pubbliche, in particolare in riferimento alla natura finanziariamente condizionata al diritto della salute, nonché alla collocazione del servizio di assistenza sanitaria e al coacervo d'interventi a livello statale, regionale e locale. La situazione del comparto della nostra Regione evidenzia come in regime di federalismo fiscale, i responsabili di questo sfascio sarebbero stati travolti, già da anni, invece di star lì a continuare a dispensare in probabili ricette e tagli mirati più che sulla funzionalità, sul sistema di alleanze e corrispondenze di un sistema che da troppi anni è divenuto autoreferenziale a discapito dei cittadini. Veniamo al documento di oggi. E' frutto di una prima bozza approvata dalla Giunta regionale che ha determinato documenti di fuoco da parte delle organizzazioni sindacali campane, in

particolar modo della CGIL che, guarda caso, mi riferisco alla collega Cammardella, sul caso dei tagli o della riforma della scuola di Gelmini o su altre cose scioperano in maniera incondizionata. In Campania neanche un sussulto se non un documento fattoci pervenire nel quale rappresentano tutto il loro disappunto nei confronti di questo provvedimento, però, non abbiamo visto un sindacalista, un lavoratore, o un iscritto della CGIL, in campo a scioperare. Vi è stata, poi, una seconda stesura, frutto del lavoro della Commissione, forse sarebbe meglio dire degli aggiustamenti apportati alla delibera, che rispondono alle esigenze dei singoli Consiglieri spinti da, pur legittime, pressioni territoriali, qual è il risultato, Assessore? Valga per tutti un esempio, quello del Presidio di Sorrento, dove da 5 anni, i distretti 87 e 88, lei conosce bene quel territorio, dell'A.S.L., sono accorpati in un unico ospedale, Penisola Sorrentina. Il Piano approvato dalla Giunta sdoppia di nuovo i due presidi, realizzando un'economia apparente di una decina di posti letto, apparente perché la situazione reale, non contempla la realizzazione dei posti letto in tabella, per inadeguatezza strutturale, eppure, ancora una volta, l'Assessore Montemarano tira fuori dal cilindro una bella operazione: si raddoppiano, in questo caso, le figure apicali di primario e vice primario, per accorgerci, tra qualche anno, anche per rispondere al Presidente Giusto che diceva: abbiamo fatto una legge, abbiamo tentato di trattare il malato, di tagliare una gamba all'ammalato, privandolo di un pezzo fondamentale dell'apparato, ma salvando, comunque, la vita all'ammalato. In questo caso, invece, che cosa si è fatto? Si è fatta un'operazione, pur sapendo che l'anno prossimo, per inefficienza dei metri quadri a disposizione nelle strutture, dovremmo di nuovo rapportare le due strutture, abbiamo fatto un'operazione che consente, oggi, di fare ulteriori primari e vice primari per accorgerci, poi, domani, che quelle strutture, tutte e due

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

sullo stesso territorio, a distanza di 5 chilometri, non possono esistere e saranno di nuovo riaccorpate. Naturalmente, a meno che questo Piano non venga, in queste ore, modificato, voteremo contro, perché questo Piano non si preoccupa di far lievitare gli introiti del sistema che riteniamo tardivo, oltremodo penalizzante per la Regione, non equilibrato e addirittura surreale, per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi che spesso si basano su supposizioni. Io abbiamo detto prima nel caso dell'ospedale e che difficilmente si realizzeranno o che sono addirittura fantasiose, come quelle riferite ai fondi dell'articolo 20 della legge 6/88 che allo stato sembrato siano stati recuperati come abbiamo chiesto precedentemente. Anche qua nemmeno una parola sull'attività dell'Intramenia, non conosco i dati, anche su questo, le chiedo, Assessore, di farci avere qualche dato in più, nella sua replica, quali sono i proventi dal sistema Intramemia nella nostra Regione e in che rapporto siamo con i proventi rispetto alle altre regioni, sono sicuro che anche in questo caso ci sarà da rimanere esterrefatti. Dopo il disastro ambientale conseguente a quello dello smaltimento dei rifiuti, dopo il totale stallo dello sviluppo nonostante un altro oceano di denaro, dei fondi strutturali, e il loro utilizzo, ecco il disastro sanitario, l'abolizione di strutture per le quali sono stati investiti fiumi di denaro, lo stop di oltre 1.200 tra laboratori e cliniche private per le inadempienze della Regione e le ambulanze che non possono decollare dopo il tramonto, l'emigrazione di oltre 100.000 pazienti che ogni anno vanno a curarsi fuori regione, migliaia di persone che dovranno fare almeno il doppio dei chilometri per raggiungere l'ospedale più vicino casa. Liste di attesa lunghe mesi che generano situazioni drammatiche come quelle del paziente che ricordava il collega Rivellini poco fa e che è presente su un autorevole giornale di stamattina, un paziente di 28 anni, affetto da una patologia gravissima, che non riesce ad ottenere una tac e una risonanza magnetica dopo il ciclo

di chemioterapia, ancora la solita frase che ricordavo quando avevo 10 anni, che diceva il vecchietto del mio paese: "se non hai la raccomandazione all'ospedale non riesci neanche ad avere la visita medica, perché ti diranno che la tac o la risonanza magnetica è rotta". Ancora questo nella nostra Regione. La tac che non funziona. L'unica nota positiva, in tutto questo oceano, caro Assessore, che nonostante i tagli e i disagi che provocheranno ulteriori disservizi e altra disoccupazione, molti dei primari in carica possono dormire sonni tranquilli, il Piano non poteva certo prescindere dalle loro esigenze, con buona pace di eccellenti professionisti che se non decidono di emigrare devono sostenere la funzionalità minima del servizio. Questo a dispetto di quello che diceva lei prima, rispetto ai primari o altre cose che non proferiranno, non ce ne saranno altri, abbiamo sentito il caso di Ariano Irpino, del collega D'Ercole, come si è sottratto Ariano Irpino per darli a Solfara, per consentire a Solfara, amministrato dal centro - sinistra, o come nel caso di Sorrento, sono convinto che se andassimo a leggere bene quel piano, troveremo anche in altre situazioni territoriali, lo stesso sistema, lo stesso metodo, sempre la stessa cosa: le clientele e niente altro. Grazie!

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare, sull'ordine dei lavori, il Consigliere D'Ercole; ne ha facoltà.

D'ERCOLE (AN): Prendo conoscenza da una nota di agenzia che il Presidente Bassolino ha dichiarato: "Ci sono provvedimenti all'esame del Consiglio, mentre altri li prenderemo come Giunta, al tempo stesso, nei prossimi giorni, invieremo a Roma una relazione su tutti i provvedimenti". Con tutto il rispetto per il Presidente e per la sua funzione, poiché stiamo lavorando in Consiglio per dare una mano alla Regione Campania ad evitare lo schiaffo di cui tutti parlano, mi sembra necessario che il Presidente Bassolino venisse ad informare il Consiglio sui provvedimenti che sta prendendo la Giunta, perché mi sembra davvero singolare

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

che mentre noi da un lato stiamo discutendo sul Piano ospedaliero e io ho affermato che il Piano ospedaliero non ha nessuna rilevanza al fine del rientro dei conti, vorremmo sapere come rientriamo al di sotto di quei tetti, da un'altra parte, in Giunta regionale si stanno adottando i provvedimenti del caso, senza che ne sappiamo nulla. Siccome riteniamo che questo Consiglio non sia l'ultima appendice della Regione Campania, mi sembra giusto invitare il Presidente Bassolino ad informarci dei provvedimenti che stiamo assumendo. Non possiamo cominciare a votare gli emendamenti senza sapere che cosa è stato deciso dalla Giunta. Vogliamo sapere quali sono i provvedimenti.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare, sull'ordine dei lavori, il Consigliere Rivellini; ne ha facoltà.

RIVELLINI (AN): Solo per rispondere al collega Sena che proprio sulla farmaceutica ci sono 80 milioni di euro e che, in qualche modo, loro con questo artificio contabile bilanciano questo deficit. Presidente, chiedo una Conferenza dei Capigruppo immediata, perché stiamo discutendo delle modifiche al Piano ospedaliero per evitare il commissariamento. Se il Presidente Bassolino ci annuncia, tramite agenzia, nuove misure che prenderà stasera in una Giunta, di che discutiamo? Non può essere mortificato il Consiglio fino a questo punto, quindi, chiedo una Conferenza dei Capigruppo e la sospensione del Consiglio fino a quando non viene il Presidente.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare l'Assessore Montemarano; ne ha facoltà.

MONTEMARANO, Assessore alla Sanità: Presidente, vorrei chiarire un aspetto, la Giunta sta operando dei provvedimenti amministrativi. Siamo stati convocati per discutere del Piano attuativo del riordino della rete ospedaliera in ossequio ad un'indicazione che il Ministero ci ha fatto di procedere entro il 30 di novembre, all'approvazione delle misure di razionalizzazione della rete ospedaliera in

ossequio al Piano, sono due argomenti distinti e separati. Un aspetto è quello che stiamo discutendo, delle norme di adeguamento del Piano ospedaliero all'indirizzo del Patto di affiancamento, lo dobbiamo fare per indicazione del Governo entro il 30 novembre, altri sono gli aspetti amministrativi, la macchina della Regione continua a lavorare, la Giunta è riunita e sta lavorando per provvedimenti amministrativi che nulla hanno a che fare con il Piano ospedaliero che stiamo discutendo noi, quindi, insisto perché si prosegua il lavoro e credo che questa sera stessa si debba ascoltare e discutere sul piano ospedaliero.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Ciarlo, ne ha facoltà.

CIARLO (PD): Condivido la posizione espressa dal Governo, che si debba procedere nell'esame e nella discussione generale del piano ospedaliero. Vorrei segnalare che sia gli atti del Consiglio che quelli della Giunta vengono adottati sulla base delle competenze rispettivamente attribuite dalla legge ai suddetti organismi. In nessuna circostanza il fatto che il Consiglio approvi una legge o un Regolamento di carattere generale, come è poi il piano ospedaliero, blocca l'attività della Giunta, che continua secondo le proprie competenze. Domani, come ha già anticipato l'Assessore, saremo informati di quegli atti che la Giunta, nell'esercizio delle sue competenze, avrà adottato questa sera. In verità, ne potremmo essere informati anche tra qualche giorno, anche oltre il termine del trenta novembre. La Giunta ne avrebbe la facoltà. Sarebbe, quindi, veramente strano che il Consiglio interrompesse l'esercizio delle proprie prerogative perché la Giunta sta adottando un qualche atto amministrativo. Credo, anzi, che il Consiglio abbia addirittura il dovere di continuare nella propria attività. Peraltro, domani ci incontreremo con il Presidente qui, in Consiglio, e avremo tutto il tempo di discutere ulteriormente. Riaffermo, quindi, che dobbiamo continuare nella discussione generale.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Romano; ne ha facoltà.

ROMANO (FI): Capisco le difficoltà del Governo, della maggioranza, però se leggiamo il comunicato che ha fatto Bassolino si parla di provvedimenti che sta adottando il Consiglio e la Giunta, se lo vuole leggere in modo che sarà chiaro a tutti, perché non è assolutamente come stanno confermando loro. Sostengo la richiesta che ha fatto il collega di Alleanza Nazionale, Rivellini, quindi chiediamo anche noi la sospensione e che si riunisca subito la Conferenza dei Capigruppo.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere D'Ercole, ne ha facoltà.

D'ERCOLE (Rapp. dell'Opposizione): Il Presidente Ciarlo e soprattutto l'Assessore Montemarano hanno contestato la mia richiesta di avere notizie dal Presidente in ordine ai provvedimenti adottandoli ritenendo che noi qui stiamo esclusivamente trattando e quindi approvando un nuovo Piano ospedaliero, mi permetto di segnalare che il titolo della legge che stiamo approvando recita "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo", all'interno di queste misure c'è anche il Piano ospedaliero. Mi sembra soltanto doveroso per completezza di dibattito e di conoscenza che noi si sia informati su quali sono le iniziative della Giunta, non perché vogliamo contestare il diritto alla Giunta di assumere le proprie decisioni, ma vedere in che maniera quei provvedimenti vengono a inserirsi all'interno di questo dibattito che stiamo facendo. Mi sembra una richiesta assolutamente legittima, se il Presidente può venirci a dare queste notizie ce le viene a dare adesso, altrimenti ce le trasmette, le trasmette all'Assessore, ce le fa sapere attraverso il suo delegato, mi sembra che allo stato attuale discutiamo con informazioni molto limitate intorno all'argomento.

PRESIDENTE: Voglio rappresentare all'Aula che a due ore dalla conclusione di questo

dibattito sono iscritti a parlare ancora 17 Consiglieri regionali. La richiesta del Presidente D'Ercole è quella di avere certezza che prima che si finisca il dibattito generale venga il Presidente della Giunta a relazionarci sui provvedimenti approvati in Giunta, che è una posizione diversa dal Presidente Rivellini il quale chiedeva una sospensione e la convocazione della Conferenza dei Capigruppo per capire come andare avanti. Sulla richiesta del Presidente D'Ercole mi sembra che l'Assessore abbia già detto che il Presidente verrà in Aula appena conclusa la Giunta. Propongo, invece, ai Capigruppo anche di trovare un momento di sintesi sui 17 interventi, perché se c'è un impegno assunto relativo ai tempi datosi, non parlo di contingentamento perché a nessun Consigliere può essere vietato di parlare, questo non è sicuramente nell'intenzione della Presidenza, ma se c'è un ragionamento da fare tra Capigruppo per capire come proseguire, perché altrimenti i tempi che vi siete dati nella precedente Conferenza dei Capigruppo sono già saltati. In virtù di questo, poiché credo e lo dimostra la presenza in Aula, ma anche la forma di dibattito che si sta portando avanti, che c'è un interesse dell'intero Consiglio ad andare avanti nei lavori complessivamente, propongo una sospensione di soli 5 minuti, la convocazione della Conferenza dei Capigruppo per sistemare le due questioni, quello di vedere come procedere sugli interventi ancora da fare e avere certezze in questi 5 minuti che Bassolino, anche se in serata, possa venire in Aula a riferire.

E' iscritto a parlare il Consigliere Sena, ne ha facoltà.

SENA (PD): Premetto che ho apprezzato la sostanza delle cose che ha detto e proprio per questo devo esprimere pubblicamente una preoccupazione, perché ha detto bene l'Assessore Montemarano e lei lo sa meglio di me, una cosa sono gli atti amministrativi e una cosa gli atti legislativi e i piani che vanno all'esame del Consiglio. L'esame delle leggi e

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

dei piani che vanno all'esame del Consiglio non pregiudicano che in qualsiasi momento o in una seduta successiva si possano esaminare atti amministrativi. La mia preoccupazione qual è? Che i dibattiti sulla farmaceutica, sull'informativa, sulle mozioni possono avere tempi altri, mentre invece i rallentamenti dell'esame di questo disegno di legge e del piano collegato al disegno di legge, i rallentamenti producono degli effetti e questi effetti sono negativi almeno per quanto mi riguarda. Ognuno può avere opinioni diverse sul Piano, è giusto o non è giusto, ma non si può rallentare il Piano. Se la Presidenza o la Conferenza dei Capigruppo rallentano il Piano producono effetti che sono quelli di rendere esecutivi proposte di Piano che non sono state esaminate dal Consiglio. Lei conosce meglio di me, Presidente, lei non è solo oppositore, ma è un abile Presidente di questa Assemblea, che nei 30 giorni ci dobbiamo pronunciare e i 30 giorni stanno scadendo e quindi introdurre rallentamenti è pericoloso. La Conferenza dei Capigruppo, invece, serve per accelerare e per arrivare ad una conclusione dei lavori che consenta di fare arrivare a Roma comunque per tempo gli atti, atti che il Consiglio ritiene di approvare con tutte le osservazioni anche alternative dell'opposizione o di altre forze va bene. Questo dibattito credo sia d'interesse essenziale ed anche formale della Presidenza del Consiglio perchè bisogna arrivare ad una conclusione entro domani sera per consentire agli uffici i successivi adempimenti. Questo è doveroso e noi non possiamo approvare leggi che prevedono delle scadenze ed esautorare il Consiglio. La Presidenza come la Conferenza dei Capigruppo, devono esaltare il ruolo del Consiglio e fare in modo che il Consiglio possa concludere i suoi lavori.

PRESIDENTE: Consigliere Sena, le rappresento che l'atteggiamento che ha avuto questa Presidenza in questi ultimi giorni tende proprio a questo e non a caso ciò che è stato detto è un richiamo a un'intenzione di

accelerazione del processo. E' chiaro che la minoranza adesso ha posto una questione, peraltro legittima dal punto di vista della minoranza, non possiamo non tenerne conto. Quindi la decisione di responsabilità spetta all'organo politico che è la Conferenza dei Capigruppo e non all'intera Aula perchè altrimenti si apre un altro dibattito e corriamo il rischio di rallentamento del processo, invece, in questo caso possiamo trovare una soluzione e nel frattempo dare la possibilità di chiamare il Presidente Bassolino per avere conferma di una sua venuta in Consiglio per l'analisi della questione. E' iscritto a parlare l'Assessore Montemarano, ne ha facoltà.

MONTEMARANO, Assessore alla sanità:

Ripeto quello che ho detto prima, la Giunta è riunita per adottare provvedimenti amministrativi in materia di contenimento della spesa farmaceutica proposti dall'Assessorato alla sanità, sono atti amministrativi che chiariscono alcune precedenti deliberazioni, altro aspetto è il Piano ospedaliero che stiamo discutendo da qualche ora.

Alle ore 18.31 assume la Presidenza la Presidente Alessandrina Lonardo

MONTEMARANO, Assessore alla sanità:

Sono, ovviamente, proponente delle delibere che sta discutendo la Giunta, ci sono gli atti di ufficio che hanno adottato provvedimenti e vi assicuro che sono esclusivamente amministrativi, potrei leggervi i titoli così chiariamo questo aspetto.

Il primo provvedimento, riguarda la revoca dell'obbligo da parte dei medici prescrittori dei principi attivi e quindi era una formula sperimentale che si faceva in una sola A.S.L., la Napoli 5 l'Aifa e il Ministero della salute ci hanno richiesto di revocare questo provvedimento e noi l'abbiamo adottato con questo atto amministrativo.

Il secondo provvedimento, riguarda l'incrementamento dei farmaci equivalenti, si

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

passa da un coefficiente del 20% a un coefficiente del 40% dei farmaci equivalenti. Il terzo provvedimento, l'incremento della distribuzione dei farmaci del primo ciclo a cura degli ospedali per la dimissione dei pazienti ricoverati in ospedale. Ancora la fissazione del termine di 30 giorni ai medici di medicina generale per trasmettere il report trimestrali e annuali di spesa.

Poi ci sono due provvedimenti farmaceutici le stastine, che prendiamo un po' tutti sugli inibitori di pompa, il piano è di contenimento della spesa farmaceutica, promozione dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica nelle dislipidemie e le misure di governo.... Sto dicendo quelli che sono gli atti all'attenzione della Giunta.

PRESIDENTE: Assessore Montemarano, vedo che è stata richiesta da parte del Consigliere Rivellini ma mi sembra da cogliere da parte di tutti la disponibilità a tenere una Conferenza dei Capigruppo che dà la possibilità di spiegare, di confrontarsi ma anche di vedere un attimo il calendario, perché c'eravamo detti che la discussione generale terminava alle ore 20.00, vedo che ci sono molti iscritti a parlare, quindi è giusto che ci incontriamo un attimo per concordare il tutto. La seduta è sospesa ed è convocata la Conferenza dei Capigruppo.

La seduta sospesa alle ore 18.34 riprende alle ore 19.14

PRESIDENTE: La seduta riprende.

SARNATARO (PD): Può informare l'Aula su cosa ha deciso la Conferenza dei Capigruppo?

PRESIDENTE: Nella Conferenza dei Capigruppo si è deciso di andare avanti con la discussione fino alle 20.00, riprendere domani mattina e nello stesso tempo invitare un po' alla responsabilità tutti, chi intende rinunciare fa cosa gradita.

RIVELLINI (AN): Abbiamo stabilito che domani alle 11.00 si inizia con la presenza del Presidente Bassolino.

PRESIDENTE: Si inizia con la presenza del Presidente Bassolino il quale ci darà comunicazione su quanto deciso in Giunta. E' iscritto a parlare il Consigliere Arena, ne ha facoltà.

ARENA (UDEUR): Signor Presidente, tenterò di essere brevissimo, colleghi Consiglieri, signori Assessori, non voglio individuare momenti di criticità rispetto a responsabilità pregresse in ragioni di una politica sanitaria praticata nell'ultimo decennio. Voglio soffermarmi, invece, rispetto al provvedimento all'attenzione del Consiglio. In ragione di questo credo che quando bisogna assumere decisioni che mettono in discussione l'esistente o mutano un'organizzazione è sempre traumatico, ancora di più quando si è costretti ad assumere decisioni anche impopolari sotto alcuni punti di vista. Premesso che a mio avviso non si può parlare di sanità semplicemente in termini ragionieristici, oggi comunque siamo chiamati a licenziare tale argomento e siamo obbligati ad esplicitare il ruolo con responsabilità e per quanto possibile senza essere tentati da ragionamenti o atteggiamenti populistici. Voglio innanzitutto sottolineare l'atteggiamento del Governo regionale, nonché dell'Assessore Montemarano che dopo un primo momento di incomprensione si è confrontato con il territorio attraverso di noi e con il Presidente Giusto ed alla fine ha condiviso alcune criticità che pur esistevano all'interno del primo provvedimento di Giunta. Certo, oggi

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

abbiamo comunità che comunque lamentano disagi per la propria cittadina, ma il compito di ognuno di noi era e è quello di eliminare gravi squilibri assistenziali con conseguenti ricadute inimmaginabili sulla popolazione tutta e soprattutto su quella più bisognosa. Con il maxi emendamento, frutto di lavoro e di attenta esame dei bisogni sanitari della popolazione si arriva ad un maggiore riequilibrio delle attività sanitarie con una distribuzione più omogenea delle prestazioni ed un potenziamento dei posti letto dell'emergenza dell'area critica che si avvicina di più ai parametri regionali del 3 per mille richiesti dalla normativa in tema di sanità. Quale rappresentante della provincia di Salerno sono più addentro ovviamente alle problematiche della mia provincia ed esprimo quindi valutazioni soprattutto per tale territorio. Senza il maxi emendamento vi era un'irrazionale taglio alle capacità recettive di tutti gli ospedali della provincia con una ricaduta notevole soprattutto sulle capacità di risposta alle emergenze territoriali. Con questo maxi emendamento si è cercato di assicurare i livelli minimi di assistenza ospedaliera e dell'emergenza, spalmandolo in maniera più omogenea sul territorio provinciale. Per la zona nord della Provincia di Salerno, ad esempio, penalizzati ancora di più dal Piano si apre la possibilità di una riorganizzazione sanitaria territoriale sicuramente più scientifica e razionale rispetto al Piano previsto. Questa è un'operazione di buon senso sanitario che pacifica tutte le attese di un territorio altrimenti mortificato da una logica prettamente finanziaria. Per l'agro nocerino sarnese si è ottenuto il riconoscimento del secondo livello di emergenza, logisticamente pronto a accogliere utenze non solo salernitana ma anche napoletana di confine. Il riconoscimento fa giustizia anche della presenza di un secondo livello di emergenza che il piano non prevedeva assolutamente nella sua stesura originale, facendo mancare l'anello di congiunzione tra il primo e il terzo livello che pure è necessario per

un'ottima funzionalità dell'apparato sanitario nel suo complesso. Per tutti si sono assicurate le attività di pronto soccorso e la dignità di ospedale non relegando nessuno di essi a semplice ospedale territoriale o di comunità, compreso Mercato San Severino, dove i riferimenti istituzionali in materia strumentale dicono cose diverse. Mercato San Severino convertito a ospedale di primo livello avrà il pronto soccorso. In definitiva il maxi emendamento ha permesso di evitare una sciagura sanitaria di proporzioni storiche e ha permesso di evitare una deriva di mala assistenza che avrebbe pesato non poco sul futuro della Provincia tutta, salvaguardando anche gli sprechi economici ed il bisogno di un rientro che pur lo stato centrale ha imposto alla Regione. A conclusione oggi sarebbe semplice e populistico non dare voto favorevole a questo strumento. L'atteggiamento, invece, che deve prevalere deve essere un atteggiamento responsabile, avendo la certezza che non è rappresentato il desiderio di una città il cui presidio ospedaliero viene cancellato, ma il cittadino al quale dovrà essere sempre e comunque garantito il diritto alla salute, ed a mio avviso tale maxi emendamento lo garantisce e in ragione di ciò preannuncio il mio voto favorevole.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Mocerino, ne ha facoltà.

MOCERINO (UDC): Onorevoli colleghi, la vicenda della sanità in Campania a mio avviso è ormai da considerarsi all'ultimo atto. Purtroppo, questa è l'amara riflessione che ci tocca fare e non certo per quanto si tenta di produrre in queste ultime ore per scongiurare il tanto temuto commissariamento. Ma ci tocca farlo dopo tutto quanto non fatto in questi anni, anni che si sono caratterizzati per cattiva gestione, sprechi, inefficienze e scarsa trasparenza. Anni in cui si è speso tanto e male, anni nei quali si sono distribuiti compiti e riconoscimenti a funzionari primari, consulenti di vario genere, dirigenti, i risultati sono sotto gli occhi di tutti. Il

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

consuntivo è un vero e proprio disastro economico che apre le porte a un fallimento totale. L'atto che siamo chiamati a esaminare, così com'è configurato, lascia poco o per nulla spazio a qualsiasi tentativo di migliorarlo assumendo invece le caratteristiche di un mero e freddo calcolo numerico che ha come diretta conseguenza un gravissimo abbassamento dei livelli prestazionali, disomogeneità e incoerenza per i tagli previsti dei posti, con particolare riferimento alle strutture pubbliche. Forti ripercussioni negative sulla già carente rete di emergenza, grave disagio ed incertezza per i lavoratori a partire da quelli precari. L'abbassamento dei livelli di assistenza comporterà immancabilmente un aumento dell'emigrazione sanitaria e quindi l'aumento della spesa. Il Piano, cosiddetto di ristrutturazione della spesa sanitaria, si presenta solo come un maldestro tentativo di accorpamenti di A.S.L. e distretti, ma non risolve i gravi ed endemici problemi di una spesa sanitaria sproporzionata e dissennata a fronte di un servizio pubblico inadeguato, insufficiente e poco rispettoso di un sacrosanto diritto alla salute da parte dei cittadini.

Certamente l'Assessore alla sanità, pur se responsabile, non è il solo ed unico capro espiatorio di tutto il mal fatto in questi anni, anche perché gli sprechi, le invadenze partitocratiche, le lottizzazioni clientelari e consociative hanno per lo più evidenziato il fallimento di una classe dirigente poco disponibile a rendere conto del proprio operato politico e del tutto indifferente al bene comune della collettività che, scelleratamente e impropriamente, ha inteso rappresentare nelle istituzioni.

Il quadro generale, purtroppo così devastante, non può sottrarci dall'esaminare le cifre di tale disastro, infatti nel 2007 il debito sanitario è stato di 850 milioni di euro, che si è tentato di coprire con maggiori finanziamenti dallo stato centrale ed aumentando ulteriormente le tasse locali.

Come tutti sanno i cittadini campani sono coloro che più hanno pagato tale buco finanziario in quanto sono stati gravati dalle maggiori imposizioni tributarie di gran lunga superiori rispetto alle altre Regioni d'Italia.

I dati dicono, inoltre, che chi si ammala in Campania in maniera seria preferisce farsi curare o nelle altre regioni d'Italia o meglio ancora all'estero.

In questo scempio generale, signor Presidente, Onorevoli colleghi, signor Assessore poco può importante se il Commissariamento sia ad appannaggio di questo o di quell'altro partito, ciò che, invece, risulta indispensabile è preoccuparsi di auspicare che una volta e per tutte finalmente si cambi registro e si metta fine agli sprechi e si inauguri la stagione del buon governo della cosa pubblica e del rispetto della salute dei cittadini e di tutti coloro che in difficoltà si rivolgono al servizio pubblico sanitario per ottenere risposte concrete e non relazioni di disastri economici che assomigliano di più a dei veri e propri concordati prefallimentari.

In definitiva, a nostro avviso, le scelte in questa materia avrebbe dovuto caratterizzarsi in rapporto alla salvaguardia della quantità, qualità ed appropriatezza delle prestazioni, attraverso una concreta azione tesa ad intervenire su diseconomie e distorsioni economiche - finanziarie, duplicazioni di unità operative, servizi, esternalizzazioni e appalti ingiustificati. Bisognava prevedere concreti interventi tesi al miglior utilizzo e alla valorizzazione delle professionalità esistenti neutralizzando così il ricorso, spesso improprio, alle consulenze. Tutto ciò non è stato e così la diretta conseguenza sarà una progressiva e inesorabile caduta libera rispetto alle qualità essenziali di un servizio degno degli standard europei.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Maisto, ne ha facoltà.

MAISTO (IDV): Abbiamo ascoltato con grande interesse tutti i colleghi che sono intervenuti sul Piano ospedaliero, su quello che

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

sono le misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del servizio e del sistema sanitario regionale. Ebbene, Presidente, abbiamo ascoltato diverse posizioni, diversi modi di intendere come affrontare il problema del sistema sanitario regionale. Abbiamo ascoltato chi più chi meno, chi ritiene di dover approvare o meno queste misure. Noi di Italia dei Valori dobbiamo dapprima far riordinare un po' le idee, dal primo momento abbiamo cercato sempre ed in ogni modo di far capire che noi vorremmo migliorare questo Piano di razionalizzazione, in Commissione c'è stato impedito, non si è avuta la serenità per far capire che noi non siamo delle persone che vogliono fare dell'ostruzionismo nel modo di far politica, abbiamo cercato di far capire con pochi, ma importanti, emendamenti che questo piano va migliorato e sottolineato va migliorato. Non abbiamo ritenuto di aumentare, diminuire o far un movimento sulle varie singole realtà. Abbiamo ritenuto e riteniamo che dobbiamo dare un segnale preciso su quello che è un disegno di legge che per quanto ci riguarda dovrebbe essere allontanato dal Piano ospedaliero, lo dicevamo con forza perché riteniamo che la nostra Sanità aveva bisogno di riordinare e di rimettere in ordine un po' tutte le varie problematiche. Ebbene, noi abbiamo riproposto in Aula i nostri emendamenti, li abbiamo riproposti perché ci crediamo e vogliamo, con forza, determinare un cambiamento, per quello che noi riteniamo. Ebbene, abbiamo posto alcune questioni che penso possano essere accolte dal Governo, dalla maggioranza tutta, da questo Consiglio regionale. Riteniamo di contribuire ai tagli della Sanità, ma non tagli ai servizi, vogliamo tagliare gli sprechi, siamo pronti ad affrontare con l'intera maggioranza, l'intero Consiglio, anche dei tagli difficili, riteniamo opportuno tagliare dei posti letto nei Policlinici, riteniamo che questo sia un passo importante per far capire che non si difende nessuno e non si vuole tutelare nessuno. Riteniamo di far comprendere, ai

Direttori generali delle A.S.L., che così non è più possibile andare avanti. Diceva bene il collega D'Ercole, le A.S.L. devono indirizzarsi per la medicina del territorio, dobbiamo fare in modo di estrapolare gli ospedali dalle loro grinfie, dobbiamo fare in modo che gli ospedali facciano gli ospedali, stiano dalla parte degli assistiti e non devono pensare alla politica, ecco perché abbiamo proposto di estrapolare gli ospedali, di creare un'azienda ospedaliera specialistica, nella quale vedremo inserito il Monadi, il Santobono, Cotugno, ecco, vorremmo stravolgere davvero quella che è la Sanità oggi, per dare un fattivo contributo e per cercare di migliorare quelli che sono dei punti di debolezza. I tagli che vorremmo fare sono per le consulenze, per le spese legali, per quelli che non sono i servizi che vanno verso i cittadini, su questo vorremmo confrontarci e riordinare con un disegno di legge più completo quello che è questo allegato. Vogliamo discontinuità e vogliamo garantire i servizi ed assistenza a tutti. In questo periodo si vive un momento drammatico, riteniamo che si debba intervenire, si debba fare in modo che l'assistenza, soprattutto per le patologie più gravi, debba essere garantita e riteniamo, poi, Assessore, Presidente, che un grido di dolore che viene fuori da una città che è la quarta città della Campania, debba, in qualche modo, essere tenuto conto. Abbiamo proposto degli emendamenti, gli unici che abbiamo fatto sul Piano ospedaliero solo nei confronti di un ospedale, perché riteniamo che la quarta città della Campania debba, in qualche modo, essere tutelata. Lo dicevo prima, siamo pronti a confrontarci, nelle prossime ore, con questa maggioranza, con questo Consiglio regionale, per cercare di dare un segno fattivo, migliorativo, a questo provvedimento. Se ciò dovesse avvenire, saremmo pronti ad assumerci le nostre responsabilità, ma credo che una forza politica, come Italia dei Valori che sta ponendo delle questioni legittime, non difendendo nulla e nessuno, debba essere accolta perché

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

propositiva e finalizzata al raggiungimento di un obiettivo che è quello di una Regione Campania che oggi ha bisogno di una mano da parte di tutti. Grazie!

PRESIDENTE: E' iscritto parlare il Consigliere Ragosta; ne ha facoltà.

RAGOSTA (VERDI): Signor Presidente, onorevoli colleghi, voglio esprimere la mia soddisfazione e quella del mio gruppo per il lavoro svolto dalla Giunta regionale e dalla Commissione Sanità. Abbiamo, in questi giorni, partecipato ad un confronto, anche duro, aspro, ma che ha avuto un filo conduttore comune, l'obiettivo di ridurre i costi, di ristrutturare e riqualificare la rete ospedaliera, consolidando una politica di rientro del deficit, chiudendo alcune strutture, riducendo i posti letto, riducendo le A.S.L. da 13 a 7 e riducendo i distretti sanitari. Per noi Verdi questo è un passo importante verso una reale trasformazione del sistema sanitario regionale che deve puntare sempre di più ad una riqualificazione dei servizi, operare la scelta di professionisti qualificati, che sono tanti, sia nelle A.S.L. che negli ospedali. Riducendo il numero delle A.S.L. e dei distretti sanitari, di fatto, diamo, oggi, un colpo mortale alla politica politicante, sottraiamo sempre di più ai potentati politici di turno di influire sulle nomine dei direttori generali, dei primari e così via, dobbiamo sempre più andare avanti per rafforzare il settore della medicina di base e della prevenzione. Saremo impegnati, nei prossimi mesi, a legiferare in questa direzione, ci batteremo perché questo avvenga. Naturalmente, il mantenimento nel provvedimento che ci accingiamo a votare, delle 7 A.S.L. e la riduzione dei distretti sanitari, per noi rappresentano i punti più qualificanti, la modifica eventuale di questi punti metterebbe in forse il nostro voto favorevole. Quindi, faccio appello a tutti, maggioranza e opposizione, affinché si mantengano fermi questi punti che ritengo molto qualificanti del provvedimento che dobbiamo discutere e approvare, spero nella giornata di domani, e spero siano punti fermi

anche nelle proposte degli emendamenti presentati.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Brusco; ne ha facoltà.

BRUSCO (MPA-NPSI): Grazie Presidente, vorrei fare un preambolo, vorrei proporre, in una prossima seduta, quando saremo usciti da questo tunnel, mi auguro per voi positivamente, bisognerebbe fare una riflessione profonda sulla legge Bindi, che andrebbe, a mio modesto avviso, abrogata, perché con l'avvento della legge Bindi ci sono molti studiosi all'interno di questa nobile Aula, predo che da quel momento, è nato, nel mentre si voleva separare la politica dall'Amministrazione, l'Amministrazione è stata subordinata alla politica. Quando le U.S.L., i comitati di gestione erano l'espressione di tutte le forze politiche, in quel momento c'era la mediazione della politica, c'erano limiti entro i quali era possibile gestire una volontà politica oltre i quali, sconfinando, c'era la violazione delle leggi più elementari, quella della priorità e della cultura della qualità. Potrei apparire anacronistico e fuori tema, magari avremo modo di poterlo fare nelle prossime sedute, se questo Consiglio regionale sopravviverà a questa tempesta che sta travolgendo la Sanità in Campania. Potrei fermarmi qui, dopo gli interventi permeati di forti autocritiche di esponenti autorevoli della maggioranza, ho apprezzato moltissimo quello appassionato e sentito del collega Iossa che, però, non chiude con un logico corollario, ovvero le logiche dimissioni. So di essere ripetitivo e, tuttavia, provo a non esserlo. La proposta del Governo, Assessore Montemarano, lungi dal razionalizzare e riqualificare il sistema sanitario regionale, ha realizzato un unico risultato, quello di aver prodotto tagli indiscriminati per rientrare dal pesante disavanzo registrato in questi ultimi anni nella Sanità della nostra Regione. Nessun intervento, invece, di tipo strutturale è stato prodotto, ancorché annunciato nelle premesse che accompagnano la relazione introduttiva volta a presentare ed a motivare la

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrato**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

razzio del Piano che è stato approvato. Si è tagliato laddove bisognava conservare, cioè, sul versante dei livelli essenziali di assistenza, per intenderci, Assessore, sono stati soppressi i Pronto Soccorso attivi da Roccadaspide ad Agropoli, da Oliveto Citra a Mercato San Severino, da Cava dei Tirreni a Scafati, parlo del salernitano, una realtà a me familiare, questo potrebbe valere anche per i colleghi che sono espressione legittima di quelle aree, perché non sono dei nominati, ma sono degli eletti, dei prescelti, allora, dico, dove sono le tutele e le garanzie al cittadino? E' a tutti noto che l'escamotage dell'area critica, con funzione di terapia intensiva post operatoria, non può surrogare assolutamente un Pronto Soccorso attivo di prima stabilizzazione, come dicono i tecnici, del paziente grave. Penso ai rischi che corrono le comunità di quelle aree interne per tempi di percorrenza da un Pronto Soccorso attivo di Vallo della Lucania o di Battipaglia, per esemplificare, a chi conosce la geografia di quel territorio, che pure è meta estiva di moltissimi di voi, penso ai tantissimi turisti che sono così decisivi per l'economia della fascia costiera dell'alto Cilento, che si vedono scoraggiati dal soggiornarvi perché non garantiti né tutelati da un servizio sanitario di qualità. E' un Piano, signor Presidente, Assessore, che continua a far sopravvivere gli sprechi dove le consulenze continuano ad ingrassare le clientele, dove, chi va in quiescenza, parlo con dati di fatto, amici, resta in servizio attraverso l'istituto dei CO.CO.CO., dove, pur in presenza di uffici legali, con organici coperti, si continua a ricorrere a studi legali esterni, quasi sempre gli stessi e dove il dipendente amministrativo, perché mi costa, di un distretto, parte tutte le mattine, alle volte di una struttura esterna al proprio presidio, dopo aver timbrato la mattina e timbrato la sera al rientro, dove l'esternalizzazione dei servizi ausiliari, detenute o pulizie agli OSA, dalle cucine alle manutenzioni del servizio ausiliario, sono affidate a società esterne per cui allo stipendio

dei dipendenti che restano comunque precari si aggiungono anche gli utili delle imprese affidatarie. Che dire dello spreco di energia che si poteva evitare investendo su un piano strategico di energia alternativa magari attingendo dai fondi dell'Unione Europea come avviene all'interno del piano sanitario delle regioni Toscana e della Lombardia per fare due esempi di centro - destra e di centro - sinistra. Che dire ancora delle centinaia di milioni di euro di interesse che si corrispondono alle strutture convenzionate che poi a loro volta dovranno, semmai dovessero sopravvivere, corrispondere quasi come una partita di giro elevati interessi alle banche. Questo Assessore, Montemarano, in sintesi è lo spaccato che è noto certamente benissimo anche a lei. Se a tutto questo, se nel corso di questi ultimi anni si fosse posto mano ad un'impresa cosa non così difficile, avremmo evitato oggi i tagli che sono tagli al servizio sanitario e alla qualità dei servizi. Altro che riorganizzazione e razionalizzazione Assessore, la conclusione dovrebbe essere scontata, però dentro di me vive un dramma, quello di dire "auspicare l'avvento di un Commissario" che potrebbe rappresentare a mio avviso, salvo a riflettere in queste ore che ci precedono dal voto finale, il male peggiore oppure un piano rabberciato per passare la notte nella speranza che vengano per tutti, per la sanità, per il territorio tempi migliori.

PRESIDENTE: E' iscritto a parlare il Consigliere Sarnataro, ne ha facoltà.

SARNATARO (PD): Cari colleghi, credo che affrontare una discussione in quest'Aula di un disegno di legge che recita "misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo", dovrebbe essere materia, come lo è, che appassiona un po' tutti, perché credo che chi come me in quest'Aula ha sempre sostenuto criticamente che se una Regione come la nostra vuole funzionare deve fare tutti gli sforzi per ridurre questi sprechi. Qualcuno prima di me lo diceva, un bilancio che oltre il 60% viene

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

*Resoconto Integrare**VIII Legislatura**26 novembre 2008*

distratto per la politica sanitaria, credo che per i gravi problemi che questa Regione ha rimangono poche cose. Confesso anche un'altra cosa che non faccio parte né di quei Consiglieri che nel raggiungere la sede del Consiglio regionale si fermano sull'autostrada per chi viene da Benevento, piuttosto che da Salerno, piuttosto che da Avellino, faccio da Napoli una strada diretta e mi reco in Consiglio regionale. Quindi non ho partecipato a nessuna riunione trasversale, né ho partecipato a qualche incontro riservato con l'Assessore per dire "attenzione a questo territorio piuttosto che a un altro". Credo che il lavoro, va dato atto all'Assessore, che ha tentato di fare è quello di rappresentare e mettere insieme un po' tutte le criticità che ci sono all'interno della nostra Regione Campania, però ascoltando qualche intervento, mi riferisco a Maisto, non vi è dubbio che se sono state dimenticate, lasciatemi passare questo termine, alcune aree, credo che la discussione di questa sera e di domani debba servire anche a recuperare, per chi come me viene dall'area nord di Napoli e c'è un Comune come Giugliano, credo che a quello si riferisse il Consigliere Maisto. Come un po' in tutte le discussioni che sono state fatte all'interno dei territori, merita un qualche approfondimento, credo che l'Assessore dovrebbe tentare, così come ha fatto fino a questo momento, di cercare di ascoltare l'insieme dei territori. Un'altra cosa che mi preme sottolineare, credo che gli interventi che mi hanno preceduto hanno valutato in molteplici forme, svariati modi il difficile momento politico legato problematiche sociali e in particolare a quelle assistenziali. Credo però che poca attenzione sia stata posta rispetto a una valutazione relativa alla eventualità di un Commissariamento del settore sanitario che non solo rappresenterebbe uno schiaffo alla credibilità delle Istituzioni regionali, ma sarebbe l'apertura di una crisi di legittimità e di credibilità di una classe dirigente e più in generale della politica quale strumento per la sintesi, la mediazione, la soluzione dei

problemi della collettività. Voglio ricordare che in sede di approvazione del bilancio ebbi modo di manifestare le mie perplessità, con il mio voto contrario, sull'articolo del provvedimento che prevedeva l'incremento delle aliquote di IRPEF e Irap, tasse e balzelli non accettabili per i cittadini meno abbienti, per le classi lavoratrici, ma anche per le imprese disincentivate a nuove forme di investimento innescando così disoccupazione e nuovi problemi sociali. Gli interventi e le misure che il Governo ha approvato in questi giorni per far fronte alla crisi in atto ritenuti insufficienti, ma non inidonei dalle forze di opposizione e dalle parti sociali, dimostrano che se il Consiglio avesse evitato quel provvedimento, il livello di crisi e gli interventi finanziari di oggi avrebbero avuto forse un carattere meno doloroso e un minore impatto sociale. Anche per questi importanti motivi, per non ripetere di nuovo gli errori di allora, per evitare di dover ricorrere ancora a nuove tasse a cittadini ed imprese, che è indispensabile votare questo provvedimento. Occorre però sottolineare alcune questioni che fin ora non sono state sufficientemente focalizzate.

Voglio evidenziare i pericoli che possono derivare dalle drastiche riduzioni dei livelli occupazionali e in conseguenza dei provvedimenti che si stanno per adottare. Se alla crisi del sistema finanziario in atto nel paese, alla recessione, alla perdita di posti di lavoro per mezzo milioni di precari, si aggiungono i problemi locali derivanti dal riordino sanitario, allora la situazione rischia di raggiungere livelli di non ritorno e di difficile governo per il nostro territorio. La seconda questione che voglio sottolineare è che mentre si lavora per il rientro nei parametri economici, si possono ipotizzare pericolose manovre di tipo clientelare di antico sapore, legate alle logiche primariati e baronali oppure a quelle di campanile o correntizie o clientelari. Se rigore deve essere che rigore sia, ma nella correttezza, nella trasparenza e nel rispetto degli interessi

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA
Servizio Resoconti

Resoconto Integrare

VIII Legislatura

26 novembre 2008

della salute dei cittadini, specie per quelli appartenenti ai ceti più poveri che ricorrono esclusivamente alla sanità pubblica non potendo permettersi quella privata, che da troppi decenni aspettano che, in cambio di enormi sacrifici, vi siano meno sprechi ed assistenza adeguata ai livelli nazionali e europei. Voglio concludere questo intervento esprimendo un desiderio, che è anche un sogno: "Immagino che a conclusione del percorso che abbiamo aperto e che porterà comunque ad un risanamento dei conti ed il ripiano dei debiti, il primo intervento sia quello di abbassare le aliquote IRPEF e Irap e tutti gli ai balzelli che si sono succeduti negli anni precedenti a sostegno della spesa sanitaria. Credo che se questi sacrifici saranno realizzati e saranno capiti dal popolo credo che dal prossimo bilancio possiamo dire di avercela fatta.

PRESIDENTE: Mancano 6 o 7 minuti alle 20. 00, sono iscritti a parlare i Consiglieri Gagliano, Caiazzo, Marrazzo, Sagliocco, Ronghi, Oliviero, Diodato, Castelluccio e Ciarlo.

RAGOSTA: Presidente, sono le 20. 00.

PRESIDENTE: La seduta è sospesa e riprenderà domani mattina alle ore 11. 00.

I lavori terminano alle ore 19.55.

Settore Segreteria Generale
Servizio Resoconti

Allegato A

**DOCUMENTI ESAMINATI
NEL CORSO DELLA SEDUTA**

<<<<<<<<<<<<<<<<◇>>>>>>>>>>>>>>

CALENDARIO DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA

Seduta del giorno 26 Novembre 2008
Ore 15.00 – 20.00

Seduta n.165 - VIII LEGISLATURA

- 1) Approvazione del processo verbale della seduta precedente;
- 2) Comunicazioni del Presidente;
- 3) Esame del disegno di legge – “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo e dell'allegato piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera” – registro generale n. 390. *
Discussione generale.

Napoli, 25 Novembre 2008

F.TO
Il Presidente
Alessandrina Lonardo

Consiglio Regionale della Campania

Prot. SETSG 2008.0001835/A
Del. 24/11/2008 19.51.17
Da. SETSG A



Consiglio Regionale della Campania
V Commissione Consiliare Permanente
(Sanità e Sicurezza Sociale)

Napoli, 24 novembre 2008

Prot. n. 519/V

On.le Presidente del Consiglio Regionale
Al Segretario Generale
LORO SEDI

Oggetto: Disegno di legge "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il rientro dal disavanzo". (Reg. Gen. n. 390)

La V Commissione permanente ha approvato a maggioranza, nella seduta del 24 novembre 2008, il testo indicato in oggetto. Si trasmette via E-Mail il provvedimento così emendato, per gli adempimenti di competenza.

Il Presidente
Angelo Giusto



Consiglio Regionale della Campania

DISEGNO DI LEGGE

Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il rientro dal disavanzo

Presentata alla Presidenza il 31/10/2008

Ad iniziativa della Giunta regionale

Misure straordinarie da razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il rientro dal disavanzo"

RELAZIONE

Il presente disegno di legge si ispira ai principi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti nel Piano di Rientro di cui alla DGRC n. 460/2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione Campania e i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 31 1/2004. Il conseguimento degli obiettivi del Piano di Rientro necessita di interventi di tipo strutturale capaci di incidere e modificare le principali componenti della spesa sanitaria.

In questa logica si colloca l'intervento di razionalizzazione della rete ospedaliera (art 5 e Allegato A) che deve, invero, contemperare le esigenze di contenimento dei costi con il dovere di assicurare una risposta assistenziale adeguata ai bisogni di salute della popolazione.

Con l'art 6 sono dettate disposizioni a tutela delle esigenze di natura socio occupazionale per quei lavoratori che a seguito della nuova regolamentazione sull'accreditamento istituzionale hanno subito la cessazione del loro rapporto di lavoro.

Pari rilevanza assume la definizione del processo di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati, per mezzo della delega alle AASSLL delle competenze in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie, secondo quanto previsto all'art. 7.

Altresì si introducono ulteriori misure, al momento indicative delle direttrici di sviluppo di una più profonda azione di riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari destinate ad una più compiuta attuazione per mezzo di successivi provvedimenti cui si rimanda.

Trattasi delle disposizioni di cui agli artt. 2, 3, 4.

Art. 2 Razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali

L'azione di ristrutturazione della rete ospedaliera deve necessariamente completarsi con una profonda azione di riorganizzazione dell'offerta e gestione dei servizi territoriali cui sono principalmente deputate le AASSLL.

Al fine di superare frammentazioni dell'offerta sanitaria, per una azione di programmazione delle attività più efficiente ed efficace, per la riduzione ulteriore dei costi, per conseguire economie di scala ed attuali e una più razionale gestione delle risorse, economiche, finanziarie ed umane, si propone la revisione degli ambiti territoriali delle AASSLL attualmente definiti dalla L.R. n. 32/94 e ss. mm. ii, all. A.

Allo stato operano 13 AASSLL che si riducono ad 8 AAS SLL individuate assumendo come principio di riferimento le caratteristiche geo-morfologiche del territorio e prevedendo almeno un'azienda per provincia. Il disegno riscrive per quanto detto l'art 5, comma 1, della LR n 32/94 ed incide anche sul comma 2 demandando alla Giunta la definizione delle procedure (passaggi di personale, patrimonio, ecc) ed assegnando un termine per il completamento dell'intero processo di riorganizzazione.

Art. 3 Razionalizzazione degli ambiti distrettuali

Sono ridefiniti anche gli ambiti territoriali dei distretti sanitari assumendo il principio di un distretto per almeno 120.000 ab e salvaguardando le peculiari esigenze dei territori montani e insulari, prevedendo per questi almeno 70.000 ab..

E' di conseguenza modificato il comma 16 dell'art 10 LR 32/94, è abrogato l'elenco dei distretti di cui all'all. C richiamato nel comma 13 dell'art 10 della LR 32/94 nonché il comma 18, norma transitoria assorbita nel testo del comma 16.

Art. 4 Abolizione dei Coordinamenti tecnici provinciali

Se ne propone l'abrogazione giacché rivelatisi organismi ridondanti rispetto all'azione di partecipazione ai processi di programmazione già operanti in capo ai Sindaci ed in seno alle conferenze ed ai comitati di rappresentanza dei sindaci.

Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il rientro dal disavanzo"

Art. 1 Premessa

- 1) Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti nel Piano di Rientro di cui alla DGRC n. 460/2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione Campania e i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, stipulato ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 31 1/2004, la Regione adotta le misure di cui agli articoli che seguono.

Art. 2

Razionalizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali

1. Alla LR. 3 novembre 1994 n. 32, e ss.mm.ii, sono apportate le seguenti modifiche:

a) l'art 5, comma 1, è sostituito dal seguente :

“La Regione definisce gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali in ragione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e prevedendo comunque un'azienda per provincia.

Sono, pertanto, previste le seguenti Aziende Sanitarie Locali:

- Azienda Sanitaria Locale Avellino;
- Azienda Sanitaria Locale Benevento;
- Azienda Sanitaria Locale Caserta;
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 1;
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 2;
- Azienda Sanitaria Locale Napoli 3;
- Azienda Sanitaria Locale Salerno ;

b) l'art. 5, comma 2, è sostituito dal seguente: “Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta Regionale definisce le procedure per l'attuazione del processo di razionalizzazione delle Aziende Sanitarie Locali che deve completarsi entro il 30 giugno 2009. La sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale è definita dalla Giunta Regionale sulla base del criterio del baricentro della popolazione e sulla base della preesistenza di adeguate strutture sanitarie sicché non vi siano costi aggiuntivi.”.

Art. 3
Razionalizzazione degli ambiti distrettuali

1) Alla L.R. 3 novembre 1994 n. 32, e ss.mm.ii, sono apportate le seguenti modifiche:

a) l'art. 10, comma 13, è abrogato.

b) l'art. 10, comma 16, è sostituito dal seguente:

“Ciascun ambito distrettuale deve di norma coincidere con ogni centro o comune avente una popolazione non inferiore a 50.000 abitanti e non superiore a 120.000 abitanti. Nella definizione degli ambiti distrettuali va tenuto conto delle aree montuose, delle isole e dei territori a bassa densità abitativa.

L'attuale articolazione distrettuale resta in vigore fino alla definizione del processo di razionalizzazione di cui all'art. 5, comma 2, della L.R. n. 32/94 come modificato dalla presente Legge ed in ogni caso fino alla definizione del procedimento di cui al comma 14 dell'art. 10 della L.R. n. 32/94”.

c) l'art. 10, comma 18, è abrogato.

Art. 4

Abolizione dei Coordinamenti tecnici provinciali

- 1) L'art. 2 della L.R. 19 dicembre 2006, n. 24 è abrogato.

Art. 5
Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera

- 1) È approvato il Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera di cui all'allegato A.
- 2) Il presente Piano ha efficacia fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale comprensivo della disciplina relativa alla rete ospedaliera, anche nelle more della verifica di alcuni indirizzi relativi alla distribuzione territoriale dei posti letto.
- 3) E' sospesa l'efficacia dell'allegato alla L.R. 24/06 "Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009" ai fini del coordinamento dello stesso con il presente Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera.
- 4) Con provvedimento della Giunta Regionale la rete dell'emergenza sarà adeguata alle disposizioni del presente Piano.

*con deliberazione della
Giunta Regionale 29/2/09*

Art. 6

Disposizioni per i lavoratori delle strutture sanitarie private.

- 1) E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere della Campania di bandire concorsi riservati per i lavoratori in servizio in modo continuativo da almeno tre anni presso strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, licenziati e posti in mobilità a seguito di provvedimento di revoca dell'accreditamento conseguente alla perdita dei requisiti previsti dalle vigenti, disposizioni in materia.
- 2) Le operazioni concorsuali di cui al comma precedente sono azionate dopo il completamento dell'utilizzazione delle graduatorie regionali dei precari di cui alla L.R. 20 gennaio 2008 n. 1 e successive modifiche ed integrazioni e previa disponibilità nella dotazione organica, nei limiti delle disposizioni vigenti in materia.

Art. 7

Delega alle Aziende Sanitarie Locali delle competenze in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

- 1) Al fine di accelerare le procedure di accreditamento disciplinate dai Regolamenti Consiliari n. 3/2006 e n. 1/2007, e di semplificare i relativi procedimenti amministrativi, vengono delegate alle Aziende Sanitarie Locali le competenze e le funzioni in ordine alla ricezione delle istanze di accreditamento dei soggetti interessati, alla verifica della funzionalità delle strutture richiedenti rispetto alla programmazione regionale, all'accertamento del possesso dei requisiti ulteriori ed a tutti gli adempimenti connessi e conseguenti ivi compreso il rilascio dell'attestato di accreditamento istituzionale da parte del Direttore Generale. A tal fine, le Commissioni competenti sono le stesse costituite dalle Aziende Sanitarie Locali ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 7301/Q1 per il complesso delle attività relative al rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie.
- 2) Dette Commissioni saranno integrate da almeno tre "Valutatori" scelti esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di primo avvio, e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto dalla DGRC n. 1489/2006. Nell'ambito delle procedure di verifica disciplinate dal Regolamento n. 1/2007, si darà priorità all'accREDITAMENTO istituzionale dei Centri di riabilitazione ex art. 26 che intendono riconvertire le loro attività in RSA per disabili e/o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle RSA per disabili e per anziani nel rispetto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo regionale delle relative istanze entro e non oltre il 30.06.2009.
- 3) L'Assessorato alla Sanità provvederà a trasferire alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio le istanze di accreditamento istituzionale non ancora definite e giacenti presso gli uffici regionali.
- 4) Nelle more dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie i direttori generali delle ASL possono, previa evidenza pubblica, sottoscrivere contratti per le attività salvavita di radioterapia.

Art. 8

Emergenza territoriale

- 1) Il Servizio medico di emergenza è attivato mediante il ricorso ad elio ambulanze.
- 2) Per tale fine le ASL e le Aziende ospedaliere adeguano le loro strutture in applicazione delle seguenti norme :
 - Legge 930/980, art. 3;
 - Legge 384/91, art.4;
 - D.M. Interno del 2/08/03;
 - Legge 611/96, art. 7;
 - D.M. Infrastrutture e trasporti dell'8.08.03;
 - D.M. Infrastrutture e trasporti dell'1/02/06.

Art. 9

Dichiarazione d'urgenza

- 1) La presente Legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti degli artt. 43 e 45 dello Statuto della regione Campania ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della regione Campania.

ALLEGATO

“Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera”

Con deliberazione n. 460 del 23.3.2007 la *Giunta* Regionale della Campania ha approvato l'Accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell'Economia e Finanze stipulato ai sensi dell' art. 1, comma 180, della legge 311/2004 con l'allegato Piano triennale di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Campania.

Il Piano di rientro, al fine di promuovere la modifica dell'organizzazione quali quantitativa del Servizio Sanitario regionale per contribuire all'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei LEA, prevede tra gli interventi progettuali, segnatamente all'intervento progettuale 7, le misure per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera campana.

Le azioni da intraprendere, anche sulla base dei criteri indicati nel Piano regionale ospedaliero approvato con legge regionale 19 dicembre 2006, n.24 e nell'art. 21, comma 3, della legge regionale n. 1/2007 (finanziaria regionale 2007) consistevano, nella prima fase, nell'approvazione da parte della Giunta Regionale di schede analitiche per ciascuno degli stabilimenti ospedalieri della regione che contenessero i dati di attività indicati nel capitolo 7.1 punto 6) lettera c) dell'allegato al citato Piano ospedaliero regionale e precisamente:

- numero di posti letto;
- numero di ricoveri annuo per acuti;
- numero di prestazioni di pronto soccorso/anno effettuate;
- livello di efficienza gestionale ovvero livelli di produttività in particolare per quanto riguarda l'incidenza dei costi sui ricavi, nonché degli altri criteri di seguito specificati:
- indice di occupazione posti letto;
- allocazione, di norma, in un unico stabile ospedaliero delle funzioni di Alta specialità nella rete per l'emergenza;
- verifica del possesso dei requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi previsti dalle normative nazionali e regionali;
- caratteristiche geomorfologiche del territorio;
- localizzazione dell'ospedale;
- bacini di utenza e densità abitativa;
- valutazione della capacità operativa delle singole strutture, sulla base del numero dei posti letto, delle risorse umane disponibili, delle caratteristiche qualitative e quantitative delle apparecchiature, della produttività dimostrata negli anni.

Tale adempimento era finalizzato a mettere in atto una specifica procedura che, sulla base dell'analisi dei dati e degli indicatori elaborati, pervenisse, in sede programmatica, ad una ristrutturazione della rete ospedaliera mediante “azioni di riconversione, riallocazione e/o dismissione, ovvero di concentrazione di funzioni specifiche come quelle relative alle attività di emergenza e di pronto soccorso”.

I determinanti fondamentali dell'intervento di riorganizzazione richiesto dal Piano di rientro si sostanziano, in effetti in:

- a) ristrutturazione della rete dell'emergenza nel senso di un superamento dei pronto soccorsi attivi (PSA) e la contestuale riclassificazione dei presidi ospedalieri da inserire nella rete dell'emergenza secondo le indicazioni contenute nel capitolo 4.2.3 dell'allegato al Piano regionale ospedaliero;

b) riconversione o dismissione dei presidi ospedalieri ovvero il cambiamento e l'indicazione di funzioni, finalizzata al raggiungimento di una effettiva produttività, riallocando le risorse in funzioni ospedaliere carenti o in quelle territoriali.

Il Piano di rientro, inoltre, dando atto che il processo di riqualificazione, riorganizzazione e riconversione determinerà un impatto progressivo anche di tipo economico nel senso di una razionalizzazione delle risorse, difficilmente quantificabili in modo analitico in quanto impattano su una serie di fattori di risparmio già quantificata in altri interventi del piano, individua comunque un obiettivo di risparmio riconducibile ai principi programmatici innanzi esposti valutando uno spostamento di 1000 posti letto di acuti in RSA e la trasformazione di 900 posti letto di acuti in posti letto di riabilitazione e lungodegenza.

Tale risparmio potenziale viene valutato, a conclusione della manovra, in circa 200 ml. di euro.

In attuazione delle prescrizioni del Piano di rientro e delle procedure ivi previste, la Giunta Regionale della Campania con deliberazioni n. 1853 del 18/10/2007 e n. 1900 del 31/10/2007 ha approvato le schede specifiche per ciascuno degli stabilimenti ospedalieri contenenti i dati e gli indicatori innanzi riportati e, coniugando i vincoli specifici imposti dal Piano di rientro con quelli derivanti dal Piano regionale ospedaliero, così come peraltro specificamente previsto dallo stesso Piano di rientro, ha fornito ai direttori generali delle AA.SS.LL. ed AA.OO., le indicazioni cui attenersi per l'elaborazione dei piani aziendali di riorganizzazione dei propri presidi che qui sinteticamente si descrivono:

- 1) Deve essere adottato nella riorganizzazione delle funzioni il modello dipartimentale;
- 2) Le unità operative con un tasso di occupazione inferiore al 75%, fatte salve le terapie intensive, le rianimazioni, le malattie infettive, le attività di trapianto di organi e di midollo osseo (L. 23 dicembre 1996, n. 662) e le U.O. presenti in presidi allocati nelle isole, dovranno essere oggetto di una delle seguenti azioni:
 - a. Riduzione del numero di posti letto;
 - b. Accorpamento, con riduzione di posti letto, tra 2 o più U.O. della stessa disciplina, presenti nel medesimo Dipartimento, ovvero assegnazione, eventualmente con riduzione, di posti letto indistinti al Dipartimento;
 - c. Accorpamento, con eventuale riduzione di posti letto, di U.O. della stessa disciplina, con U.O. presenti in altri presidi ospedalieri della ASL;
 - d. Riconversione di posti letto sotto utilizzati in discipline carenti verso le quali è documentata una maggiore domanda (liste di attesa, specifici bisogni della popolazione, mobilità, etc.);
- 3) Le U.O. risultanti dalla riconversione di posti letto sotto utilizzati, non possono essere identificate di tipo complesso se non posseggono il numero minimo di posti letto, definito, secondo il livello di intensità delle cure, dal paragrafo 4.2.2 dall'allegato al POR;
- 4) Di norma le funzioni di alta specialità nella rete di emergenza vanno allocate in un unico stabile ospedaliero;
- 5) Nella conferma delle funzioni alle singole strutture o nella loro riconversione non si può prescindere dai requisiti tecnologici, strutturali, organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- 6) Nella riorganizzazione interna delle A.O. deve essere assicurato che il sistema di organizzazione aziendale sia coerente con gli obiettivi strategici identificati dal POR proponendo una varietà di risposte organizzative (ricovero, DH medico, DH chirurgico, attività ambulatoriale) che garantisca risposte adeguate ai bisogni, nel quadro di un recupero di appropriatezza organizzativa e clinico - assistenziale. Pari garanzia deve essere assicurata

- anche nelle ASL proponendo, similmente, una varietà di risposte organizzative quali ricovero, DH medico e chirurgico, attività ambulatoriale, assistenza domiciliare, etc.;
- 7) Nelle ASL, le scelte devono essere finalizzate ad attuare la massima integrazione tra funzioni svolte dal privato accreditato e funzioni svolte dal pubblico. A tale proposito va tenuto in debito conto quanto disciplinato nell'allegato B del Regolamento Regionale n. 1 del 22/06/07 in tema di accreditamento istituzionale delle strutture di ricovero private, relativamente ai "requisiti di dimensionamento" ivi previsti;
 - 8) Nella riorganizzazione aziendale deve essere posta massima attenzione ai livelli di produttività, in particolare per quanto riguarda l'incidenza dei costi sui ricavi.
 - 9) Nelle scelte da programmare nei Piani Aziendali, i direttori generali delle ASL dovranno tenere in massimo conto la ristrutturazione della rete dell'emergenza, secondo le prescrizioni del POR e del Piano di rientro.
- Pertanto, nel Piano di riorganizzazione i Direttori Generali delle ASL dovranno, sulla base degli indici e parametri contenuti nelle schede redatte per ogni singolo presidio, nonché dei vincoli di cui in precedenza, ridisegnare la rete dell'emergenza costituita dai Presidi del proprio ambito territoriale, ivi comprendendo le strutture private già autorizzate con DGRC n. 284/05 e n.285/05, a seguito di accreditamento e classificazione come presidi ospedalieri in base alle loro specifiche configurazioni;
- 10) Nell'adeguamento della rete ospedaliera occorre intraprendere le misure necessarie per ottimizzare e riqualificare la rete materno infantile, con la disattivazione dei punti nascita nel caso in cui non si raggiunga il valore 400 parti/anno, secondo quanto stabilito con la deliberazione della Giunta Regionale n. 2162 del 14. 12.2007, cui si rimanda.

I direttori generali delle Aziende sanitarie hanno provveduto alla stesura dei piani aziendali che sono stati discussi in seno agli organismi di cui all' art. 2 della citata legge regionale n. 24/06 (Coordinamenti Tecnici Provinciali) territorialmente competenti.

In molti casi le proposte dei direttori generali, favorevolmente accolte da detti organismi, non sono risultate conciliabili con i vincoli previsti dal Piano di rientro dal disavanzo. Esso, infatti, impone scelte tali da non consentire l'espansione dei posti letto e di funzioni della rete ospedaliera campana così come disegnata dai piani aziendali, anche se essi risultano rispettosi degli standard previsti dal Piano regionale ospedaliero.

Con il presente documento, pertanto, viene proposta la nuova configurazione della rete ospedaliera, che recepisce, per quanto compatibili, i piani aziendali, nel rispetto, tuttavia, dei precisi vincoli programmatici imposti dal Piano di rientro.

Le Linee direttrici dell'intervento di riorganizzazione

La proposta di ristrutturazione della rete ospedaliera campana fissa, gradualmente nel tempo, a 3,063 per mille abitanti il numero di posti letto per pazienti acuti ed, allo stesso tempo, innalza a 0,518 per mille abitanti i posti letto per le attività di lungodegenza e riabilitazione, per uno standard complessivo di 3,581 posti letto per mille abitanti. /

A tale indice corrispondono un totale di 20.737 posti letto, sia pubblici che privati, con una riduzione rispetto all'attuale dotazione di complessive 685 unità.

In dettaglio sia la rete pubblica che quella privata limitano la loro attuale offerta.

A tale risultato si perviene attraverso una serie di interventi, imposti dai vincoli del Piano di rientro, che, attraverso la razionalizzazione della rete, possono contribuire ad elevare l'efficienza nell'erogazione dei servizi offerti con positive ricadute anche sulla loro qualità.

Rimodulazione della rete dell'emergenza urgenza e riclassificazione delle funzioni di emergenza dei presidi pubblici.

Il Piano di rientro, come peraltro già innanzi riportato, richiedeva interventi di ristrutturazione della rete dell'emergenza nel senso di un superamento dell'attuale classificazione dei presidi pubblici ivi inseriti e la loro contestuale riclassificazione secondo le indicazioni contenute nel capitolo 4.2.3 del Piano ospedaliero.

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

In quanto tali essi dovevano possedere, quali componenti costitutive minime:

- presenza di guardia medica attiva in anestesia, rianimazione, medicina, chirurgia, ostetricia-ginecologia, pediatria;

- presenza di guardia o reperibilità in cardiologia, orto-traumatologia, laboratorio di analisi con banca del sangue, radiologia.

E' del tutto evidente, pertanto, che tale tipologia di presidi genera costi particolarmente elevati in termini di organizzazione funzionale, tecnologica e strutturale.

Va inoltre aggiunto che nella precedente configurazione erano previsti 8 DEA di 2° livello che rappresentano il più alto livello della rete dell'emergenza ospedaliera.

La proposta di riorganizzazione procede alla riclassificazione dei presidi pubblici, programmando un modello, aderente alle linee guida previste dal Piano regionale ospedaliero, che si articola in tre livelli:

- a) gli ospedali sedi di 1° livello assicureranno il primo soccorso ed una diagnostica di base oltre a prestazioni in elezione programmata, di norma a larga diffusione;
- b) gli ospedali sedi di 2° livello erogheranno prestazioni caratterizzate da una maggiore intensità di cura rispetto a quelle di 1° livello (pronto soccorso, cardiologia con UTIC, terapia intensiva e specialità mediche e chirurgiche) e svolgeranno il ruolo di raccordo tra i presidi di base e quelli di 3° livello, indirizzando a questi ultimi le patologie afferenti le alte specialità;
- c) gli ospedali di 3° livello assicureranno le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, ed altre componenti di particolare qualificazione quali le unità per i grandi ustionati, la stroke unit, i trauma center.

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

Sulla base di tali principi è stata programmata la rimodulazione della rete dell'emergenza e la nuova classificazione degli attuali ospedali, che si traduce, in primo luogo, nella riconversione di interi presidi che escono definitivamente dalla rete dell'emergenza per assumere funzioni ospedaliere per acuti di elezione o funzioni riabilitative.

Si è anche prevista la riconversione di posti letto di alcune strutture per adeguarle alle funzioni che assumono nei tre livelli della rete dell'emergenza.

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

E' opportuno porre in rilievo che con tale intervento cinque ospedali escono definitivamente dalla rete dell'emergenza, per un totale di 349 posti letto e sono convertiti a nuove funzioni ospedaliere.

L'individuazione degli ospedali e la loro nuova classificazione è riportata nell'allegato 1, punto la)

al presente documento. La configurazione di ciascun presidio è contenuta nelle relative TAVOLE allegate.

Inoltre, otto presidi ospedalieri, attualmente classificati come sede di PSA sono riclassificati quali ospedali del 1° livello della rete dell'emergenza e vengono adeguati a tale funzione con una riduzione di complessivi 146 posti letto (allegato I, punto Ib).

La configurazione di ciascuno dei presidi è riportata nelle relative TAVOLE allegate.

Vengono classificati come ospedali sedi di 2° livello ventitre presidi la cui configurazione e la dotazione di posti letto sono riportate nelle relative TAVOLE allegate.

Sono, infine, individuati come ospedali sedi del 3° livello l'Ospedale del Mare della ASL Napoli 1, in corso di realizzazione, ed i presidi Umberto I di Nocera Inferiore della ASL Salerno 1 e San Luca di Vallo della Lucania della ASL Salerno 3. A questi si aggiungono le 4 Aziende ospedaliere provinciali, l'Azienda ospedaliera Cardarelli di Napoli e, per le emergenze pediatriche, l'Azienda Ospedaliera Santobono - Pausillipon.

Anche in questa manovra assume rilievo la riduzione da 8 a 3 del numero di presidi di ASL precedentemente collocati al più alto livello della rete dell'emergenza (DEA di 2° livello). Per questi interventi, come per i precedenti, la collocazione territoriale delle strutture, la dimensione, il volume e la tipologia delle prestazioni erogate hanno guidato la selezione dei presidi interessati alla manovra.

Fanno parte della rete territoriale dell'emergenza gli ospedali specialistici e riabilitativi con le relative funzioni previste dalle normative vigenti.

La riconversione e l'unificazione delle funzioni dei presidi ospedalieri

Il Piano di rientro richiede, tra le misure da adottare per la riorganizzazione della rete ospedaliera, le azioni di riconversione o dismissione dei presidi ospedalieri ovvero di concentramento ed unificazione di funzioni finalizzate, da un canto, al raggiungimento di una effettiva produttività e, dall'altro, alla riallocazione delle risorse emergenti in funzioni carenti ospedaliere o territoriali.

Va, inoltre, aggiunto che sia nel Piano di rientro che in quello ospedaliero uno dei criteri da porre a base della rimodulazione della rete ospedaliera concerne la valutazione delle caratteristiche degli ospedali anche in relazione al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali.

In applicazione di tali criteri è stata programmata anche la realizzazione di nuovi ospedali nei quali far confluire strutture già esistenti la cui messa a norma risulterebbe troppo onerosa o addirittura impossibile.

Nell'allegato I, punto 2), è descritto in dettaglio l'intervento di che trattasi. Nelle relative tavole allegate è rappresentata la configurazione dei nuovi ospedali da realizzare nonché quella degli ospedali già esistenti nei quali confluiscono presidi completamente dismessi o destinati a funzioni territoriali.

Le Aziende Ospedaliere

La riqualificazione della rete delle Aziende Ospedaliere rappresenta certamente un rilevante obiettivo della programmazione regionale.

In questa fase i diversificati vincoli derivanti dal Piano di rientro non hanno consentito quegli interventi di riqualificazione che richiederebbero l'impiego di risorse aggiuntive non conciliabili con il percorso di rientro dal disavanzo. In ogni caso, pur nella drastica riduzione dei posti letto pubblici, è stato possibile potenziare in una certa misura la dotazione di posti letto delle Aziende ospedaliere, con la finalità di dare avvio ad un processo, oltre che di razionalizzazione, di miglioramento dell'esistente che dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- fornire le migliori condizioni per il trattamento delle patologie che, per gravità, complessità e intensità non possono trovare adeguate risposte nell'ambito degli altri livelli di assistenza;
- assicurare la globalità e la continuità degli interventi assistenziali attraverso la integrazione e il coordinamento dei processi di cura all'interno della singola azienda;
- assicurare una maggiore qualità del servizio e di umanizzazione dell'assistenza attraverso il pieno rispetto dell'unità e della dignità della persona;
- garantire la coerenza delle linee produttive con i principi generali della pianificazione sanitaria regionale e provinciale secondo le modalità organizzative che garantiscono un modello coerente e sostenibile di autosufficienza provinciale.

In altri termini le Aziende Ospedaliere rappresenteranno i laboratori in cui portare avanti i principi del Governo clinico, cioè di un sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie ed i professionisti si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica ed instaurarsi un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti organizzative e professionali, in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili delle attività.

In questo modello organizzativo le Aziende Ospedaliere, per la loro necessità di alte tecnologie e di operatori altamente specializzati e per la conseguente impossibilità di essere capillarmente diffuse nel territorio costituiscono i nodi dai quali attivare percorsi di collaborazione ed integrazione tra le strutture ospedaliere della rete provinciale per la piena realizzazione della continuità assistenziale. Nelle schede da 1 a 8 è rappresentata la nuova configurazione programmata per ciascuna Azienda ospedaliera.

La Dipartimentalizzazione

Tra i criteri ispiratori della riorganizzazione della rete ospedaliera assume particolare rilevanza quello della riorganizzazione interna delle strutture ospedaliere finalizzata alla realizzazione della dipartimentalizzazione e al superamento della frammentazione e duplicazione delle strutture organizzative esistenti sia per le attività di ricovero che per le attività diagnostiche e di servizi. La riorganizzazione delle aziende ospedaliere è stata programmata prevedendo anche la loro articolazione dipartimentale, in recepimento, peraltro, dell'impostazione programmatica contenuta nei piani attuativi adottati dai direttori generali.

Tale scelta risponde alle finalità di conseguire l'effettiva attuazione della dipartimentalizzazione nonché garantire comportamenti omogenei in ambito regionale, sia pure con le necessarie differenziazioni dovute alle peculiari caratteristiche funzionali di ciascuna Azienda.

I **Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali**, invece, sono stati configurati soltanto con i posti letto programmati per ciascuna specialità. Tanto si è reso necessario anche al fine di garantire la corretta applicazione del principio fissato dalla Legge regionale 24/06 al punto 4.4.2 relativo al numero minimo di posti letto per il conferimento dell'incarico di struttura complessa. In fase attuativa comunque l'organizzazione dipartimentale dovrà essere limitata a soli tre dipartimenti per gli ospedali di 1° e di 2° livello della rete dell'emergenza (medico, chirurgico e dei servizi) con aggiunta del dipartimento di emergenza - urgenza per i presidi di 3° livello.

In ogni caso il principio dell'organizzazione dipartimentale costituisce vincolo per i Direttori Generali che provvederanno alla costituzione dei dipartimenti attribuendo i posti letto delle singole unità operative direttamente al dipartimento. Per specifici settori di attività, in relazione alla necessità di stabilire percorsi definiti per patologie, le Aziende Sanitarie possono procedere alla costituzione di Dipartimenti interaziendali, di norma su base provinciale.

Interventi nell'area della riabilitazione

La nuova configurazione della rete di riabilitazione ospedaliera si è sviluppata sulla base dei vincoli posti dal Piano di rientro dal disavanzo, tra cui primariamente quello relativo alla riconversione di 980 posti letto per acuti in altrettanti posti di riabilitazione/lungodegenza.

Il positivo risultato ottenuto si evince dal miglioramento dell'indice regionale di posti letto di riabilitazione per mille abitanti (0,51), che pur collocandosi al di sotto di 0,11 punti dell'indice regionale fissato dalla L.R. 24/06 (0,63), risulta essere superiore di 0,17 punti rispetto a quello determinato dall'attuale configurazione (0,34).

Tale finalità è stata raggiunta tenendo conto sia degli obiettivi di salute fissati dal Piano Ospedaliero Regionale, laddove individua specifici ambiti da consolidare, sia dell'offerta riabilitativa già presente sul territorio, sia, come già innanzi citato, del complesso processo di riconversione dei posti letto per acuti. Ne consegue che la disarticolazione dell'indice di riabilitazione per mille abitanti nelle diverse province mostra una certa variabilità con un valore massimo osservato nella provincia di Benevento.

La riorganizzazione della rete riabilitativa permetterà, inoltre, di ottimizzare, rispetto alla attuale offerta, la distribuzione delle specialità riabilitative (I, II e III livello) nei rispettivi territori attraverso la contestualizzazione dei coefficienti definiti dalla L.R. 24/06 al punto 7.2 nei relativi standard provinciali per posti letto riabilitativi derivati dalla nuova configurazione.

Un ulteriore risultato positivo si realizza attraverso la regolarizzazione di alcune strutture presenti nella rete ospedaliera campana denominate ad "indirizzo neuropsichiatrico".

Il Piano regionale ospedaliero dispone che tali presidi debbano rientrare nelle tipologie previste dalla normativa nazionale e regionale per la riabilitazione, adeguando le loro strutture, i modelli organizzativi e quelli operativi alle modalità previste per la riabilitazione intensiva multidisciplinare (cod. 56) e per la degenza riabilitativa di base (cod. 60).

Il Piano ospedaliero prevede, inoltre, che tali strutture possano proporre anche una riconversione delle attività di ricovero in attività residenziali e semi residenziali coerente con il modello operativo del dipartimento di salute mentale.

Il regolamento n. 1 del 22/06/2007 concernente le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private ha prescritto, in ossequio alle previsioni del Piano regionale ospedaliero che le strutture di ricovero ad indirizzo neuropsichiatrico potranno accedere all'accreditamento istituzionale, subordinatamente alla verifica di funzionalità con la programmazione regionale, in strutture di ricovero di lungodegenza, di riabilitazione intensiva ovvero in qualità di strutture residenziali.

Pertanto la riconversione di tali strutture dovrà avvenire attraverso lo strumento dell'**accreditamento** istituzionale, con le procedure previste dalla normativa regionale, previo **rilascio di nuova** autorizzazione all'esercizio che dovrà riportare, sulla base dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici posseduti, la tipologia delle prestazioni erogabili, il regime assistenziale (ospedaliero: cod. 60, cod. 56, ovvero residenziale) ed il relativo numero di posti letto.

Modalità di attuazione e cronoprogramma

La complessità dell'intero programma di riorganizzazione della rete ospedaliera richiede un forte governo regionale nella fase attuativa, in gran parte demandata alle Aziende sanitarie, a garanzia che si realizzi l'effettivo cambiamento strutturale che ci si propone e che, nel contempo, è richiesto dal Piano di rientro.

Per ottenere questo risultato occorre che la Regione fornisca alle Aziende sanitarie precise indicazioni che vincolino le stesse ad adottare i provvedimenti di competenza e fissi tempi certi per ciascuna delle fasi attuative, essendo del tutto evidente che le peculiarità di ciascuno degli interventi, in cui si sostanzia l'intera manovra, richiedono tempistiche tra loro diverse.

Sulla base di tali considerazioni è possibile individuare i tempi entro i quali mettere in atto le molteplici azioni di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera, così come di seguito indicato:

Per l'attuazione delle nuove configurazioni dei presidi individuati ai punti la e lb dell'allegato 1) i Direttori Generali delle Aziende interessate dovranno predisporre ed inviare all'Assessorato alla Sanità, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC del presente provvedimento, un piano che contempli tutte le fattispecie di cui innanzi e che individui le modalità attuative e i relativi tempi di realizzazione.

Il processo dovrà in ogni caso concludersi, salvo giustificate cause di ritardo, entro il primo semestre del 2009.

Sempre entro il primo semestre del 2009 dovranno trovare completamento le azioni di disattivazione di posti letto per acuti dei presidi ospedalieri pubblici delle ASL non rientranti negli interventi elencati nell'allegato 1. Tali azioni riguardano circa 142 posti letto.

Entro il 2009 dovrà, anche, concludersi l'intervento di riorganizzazione relativo al Presidio Ospedaliero di Nocera - Pagani.

Infine, entro il 31.12.2009 dovrà essere portato a compimento l'obiettivo di riconversione di posti letto per acuti in posti di riabilitazione, la cui maggior quota è costituita dai posti letto delle così dette strutture neuropsichiatriche.

Gli interventi che necessitano, invece, di tempi di attuazione medio-lunghi sono quelli riportati nel già citato allegato i punto 2) e riguardano il trasferimento di funzioni nei presidi ospedalieri da realizzare ex novo, previa stipula degli accordi di programma ex art. 20 della legge 67/88, ad eccezione dell'intervento relativo alla confluenza dei Presidi Ospedalieri di Cerreto e Sant'Agata dei Goti nel nuovo Ospedale S. Alfonso Maria de' Liguori di Sant'Agata dei Goti che dovrà essere completato entro il 31.12.2009.

Nelle more, della realizzazione degli interventi ~~che richiedono tempi di attuazione~~ medio-lunghi, i direttori generali delle Aziende sanitarie locali interessate dovranno comunque procedere alla razionalizzazione dell'organizzazione interna dei presidi mettendo in essere tutte le necessarie azioni e tenendo conto anche delle seguenti indicazioni:

- Rispetto del tasso di occupazione media dei posti letto di almeno il 75%.

Tale obiettivo, fatte salve alcune specificità (terapie intensive, rianimazione, malattie infettive, attività di trapianto d'organi e di midollo osseo, presidi allocati nelle isole o in posizione di confine con altre regioni), dovrà essere realizzato tramite una o più delle seguenti azioni:

- a) Riduzione del numero dei posti letto di singole unità operative;
- b) Accorpamento, con eventuale riduzione, di posti letto tra 2 o più unità operative della stessa disciplina presenti nel dipartimento ovvero assegnate eventualmente indistinte al dipartimento;
- c) Accorpamento **della stessa disciplina con unità operative** presenti in altri presidi ospedalieri dell'ASL.

Tutti gli interventi di razionalizzazione sopra elencati dovranno essere portati a termine entro 90 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC. Dell'avvenuto adeguamento dovrà essere data formale comunicazione all'Assessorato alla Sanità.

I direttori generali delle Aziende Ospedaliere dovranno conformare, entro il 31.12.2009, l'attuale assetto organizzativo e la dotazione di posti letto a quanto riportato nelle schede relative ad ogni azienda ospedaliera allegate al presente documento. Entro la medesima data, i direttori generali delle Aziende Ospedaliere interessate provvederanno a trasmettere all'Assessorato alla Sanità un provvedimento aziendale comprovante l'avvenuto adeguamento. In ogni caso i direttori generali delle ASL e delle AO dovranno procedere alla disattivazione di posti letto, previa realizzazione di quanto previsto dal presente piano di riorganizzazione per la funzionalità ottimale dei presidi ospedalieri di volta in volta interessati.

Incarichi di struttura complessa

Nel conferire incarichi di struttura complessa i direttori generali dovranno rigorosamente attenersi a quanto disposto dal punto 4.2.2 della L.R. 24/06, che in particolare, a tal fine, prevede: "Si ritiene pertanto indispensabile definire il numero minimo di posti letto che le unità operative, nelle discipline di seguito elencate secondo il livello di intensità delle cure, devono possedere ai fini dell'attribuzione delle indennità di struttura complessa"

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

Gli incarichi di struttura complessa conferiti precedentemente alla data di pubblicazione sul BURC del presente provvedimento rimangono in essere sino alla loro naturale scadenza. I nuovi incarichi devono, invece, essere attribuiti esclusivamente sulla base dei vincoli riportati in precedenza.

Impatto Economico-Finanziario

La proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera Campana, effettuata ai sensi della DGRC n. 460 del marzo 2007, interviene in maniera strutturale sull'attuale configurazione dei presidi pubblici e privati, determinando, attraverso una molteplicità di azioni, una serie di risultati finalizzati al raggiungimento di una più qualificata offerta sanitaria.

Tale obiettivo, peraltro, proprio del Piano di rientro che prevede, grazie alle azioni di riqualificazione, ristrutturazione e riorganizzazione messe in atto per perseguire tale principio, il raggiungimento di un definito risultato economico.

Il Piano di rientro chiarisce, infatti, al punto 7, che la valutazione dell'impatto economico-finanziario delle misure di riqualificazione, riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera è difficilmente quantificabile, a causa della molteplicità di variabili sulle quali incidono (personale, beni di consumo, servizi, costi fissi). In ogni caso individua un obiettivo di risparmio riconducibile ai principi programmatici di razionalizzazione della rete ospedaliera.

Le misure finalizzate ad ottenere il risultato economico prevedono:

- la riconversione di 1000 p.l. per acuti in RSA;
- la riconversione di 900 p.l. per acuti in riabilitazione/lungodegenza

e fissano obiettivi di risparmio pari a 140 Meuro per la prima misura e di 60 Meuro per la seconda.

Per la prima delle due misure e precisamente per quella relativa alla riconversione di 1000 posti letto per acuti in RSA, vi è da chiarire che si raggiunge un risultato economico attraverso una diversa modalità ovvero la dismissione tra posti letto pubblici e privati di 685 unità.

La seconda misura, relativa alla riconversione di posti letto per acuti in riabilitazione/lungodegenza, è, invece, stata conseguita preminentemente attraverso la "regolarizzazione" delle cosiddette strutture neuropsichiatriche, così come precedentemente esposto.

In particolare si riporta, di seguito, il raggiungimento degli obiettivi economici in rapporto alle azioni da intraprendere:

- Gli Interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera per acuti attraverso la dismissione di 685 posti letto pubblici e privati, comporteranno un risparmio economico stimabile in circa euro 105.205.660, ricalcolando il costo del posto letto fissato dal Piano di rientro dal disavanzo (200.000 euro) con coefficienti di riparametrazione che tengano conto della diversa modalità utilizzata rispetto alla riconversione richiesta Piano di rientro stesso;

La riconversione dei posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione comporterà un risparmio economico stimabile in circa euro 67.830.000, valutando il costo del posto letto secondo le modalità indicate dal Piano di rientro dal disavanzo.

Da quanto esposto si evince che le azioni da mettere in atto a seguito della manovra di riorganizzazione della rete ospedaliera realizzano in totale un potenziale risparmio economico stimabile in circa euro 173.035.660.

Un ulteriore risparmio potrà ottenersi:

dalla riorganizzazione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali (modifica alla L.R. 32/94 con conseguente riduzione delle ASL che da 13 passano a 7) e dalla conseguente riorganizzazione dei distretti sanitari;

dalla riduzione dei posti letto delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto a quelli attualmente previsti nei relativi protocolli di intesa in occasione del rinnovo degli stessi. Tale riduzione al momento non può essere quantizzata in quanto la manovra dovrà temperare le esigenze di razionalizzazione del S.S.R. con quelle assistenziali, di didattica e di ricerca di tali strutture.

Allegato I
LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

1) AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA

1a) Ospedali che escono definitivamente dalla rete dell'emergenza:

ASL	OSPEDALI	ATTUALE CONFIGURAZIONE		NUOVA CONFIGURAZIONE		DIFF.
		Classificaz.	P.L.	Classificaz.	P.L.	
CE1	Ave Grazia Plena S. Felice a Cancelli	DEA II liv. con P.O. Maddaloni e P.O. Marcianise	59	Funzione riabilitativa	68	9
NA1	CTO	DEA II liv. Napoli Est con P.O. San Giovanni Bosco - Annunziata - Ascalesi - Loreto Mare	165	Funzione specialistica ortopedica	107	-58
NA1	Incurabili	DEA II Napoli Ovest con P.O. S. Paolo, Pellegrini	106	Destinato parzialmente alla Facoltà di Medicina II Università degli Studi di Napoli (SUN)		-106
SA3	Roccadaspide	PSA	57	Funzione riabilitativa	93	36
SA3	Civile di Agropoli	PSA	48	Funzione specialistica oncologica	81	33
TOTALE			435		349	-86

1b) Riclassificazione degli ospedali della rete dell'emergenza:

ASL	OSPEDALI	ATTUALE CONFIGURAZIONE		NUOVA CONFIGURAZIONE		DIFF.
		Classificazione	Posti Letto	Classificazione	Posti Letto	
AV2	P.O. Landolfi di Solofra	DEA I	141	I livello	136	-5
CE1	P.O. Marcianise	DEA II liv. con P.O. Maddaloni e P.O. S. Felice	84	I livello	63	-21
NA1	P.O. San Gennaro	DEA II Napoli Ovest con P.O. S. Paolo, Pellegrini, Incurabili	214	I livello	201	-13
NA5	P.O. Maresca di Torre del Greco	DEA I	134	I livello	109	-25
NA5	P.O. De Luca e Rossano di Vico Equense	PSA	134	I livello	104	-30
SA1	S. Maria dell'Olmio Cava dei Tirreni	PSA	132	I livello	122	-10
SA1	P.O. Scafati	DEA I	117	I livello	102	-15
SA2	P.O. S. Francesco D'Assisi di Oliveto Citra	PSA	139	I livello	112	-27
			1095		849	-246

2) AZIONI DI TIPO STRUTTURALE

Confluenza di più presidi in un unico Presidio Ospedaliero e nuove destinazioni per i presidi dismessi:

ASL	Presidi esistenti da dismettere	Nuovo Presidio	Posti letto dopo	Nuova Classificazione	Tempi	Nuova destinazione dei presidi dismessi
BN	P.O. S. Agata dei Goti	Nuovo Sant'Agata dei Goti	120	I livello rete emergenza	entro 2009	Struttura ambulatoriale polispecialistica
BN	P.O. Cerreto Sannita					Ospedale di Comunità - RSA - Hospice - Struttura ambulatoriale polispecialistica
CE2	P.O. SM Capua Vetere Giuseppe e	Nuovo Ospedale di Capua - SMCV	164	II livello rete emergenza	5 anni dalla sottoscrizione dell'accordo di programma ex art. 20 L.67/88	Nella disponibilità dell'Azienda
CE2	P.O. Palasciano di Capua					Nella disponibilità dell'Azienda
NA1	Loreto Mare	Ospedale del Mare	500	III livello rete emergenza	entro 2011	Struttura territoriale
	Annunziata					Struttura territoriale
	Ascalesi					Struttura Territoriale
NA3	Osp. San Giovanni di Dio Frattamaggiore	Nuovo Ospedale di Afragola	200	II livello rete emergenza	5 anni dalla sottoscrizione dell'accordo di programma ex art. 20 L.67/88	Nella disponibilità dell'Azienda
NA4	Osp. Cavaliere Apicella di Pollena Trocchia	Nuovo Ospedale di Pomigliano d'Arco	154	Ospedale polispecialistico territoriale	5 anni dalla sottoscrizione dell'accordo di programma ex art. 20 L.67/88	Nella disponibilità dell'Azienda
SA2	Osp. M.S. Addolorata Eboli	Nuovo Osp. Della Valle del Sele	293	II livello rete emergenza	5 anni dalla sottoscrizione dell'accordo di programma ex art. 20 L.67/88	Nella disponibilità dell'Azienda
	Osp. S.M. della Speranza Battipaglia					Nella disponibilità dell'Azienda

La dotazione di posti letto

I dati sulla dotazione di posti letto della Regione Campania sono rappresentati nelle tabelle seguenti.

Le tabelle comparano la dotazione di posti letto tra l'attuale assetto e la nuova configurazione proposta.

Per ognuno degli ambiti rappresentati (regionale e provinciale) è riportata la dotazione di posti letto esistenti e programmata, suddivisa per offerta pubblica e privata accreditata.

I posti letto dell'attuale assetto e della nuova configurazione sono disarticolati per degenza ordinaria, degenza in day hospital e in day surgery.

I dati relativi alle Aziende Ospedaliere sono contenuti nelle tabelle di ogni singola provincia; queste ultime risultano configurate anche nella loro articolazione dipartimentale in recepimento, peraltro, dell'impostazione programmatica contenuta nei piani attuativi adottati dai Direttori Generali.

I dati delle singole Aziende Ospedaliere sono riportate nelle schede da 1 a 8.

I dati dei singoli presidi pubblici di ASL sono riportati nelle Tavole da 1 a 34.

L'intervento di riconversione di posti letto per acuti in altrettanti posti di riabilitazione e lungodegenza imposto dal Piano di rientro è, pertanto, pienamente realizzato.

Standard di posti letto per mille abitanti

Dai dati sinora esposti emerge una programmazione pari a 20.737 posti letto (riabilitazione inclusa), equivalenti a 3,581 posti per mille abitanti. È opportuno ricordare che la legge regionale 24/2006 prevede una dotazione complessiva di 24.322 posti letto pari a 4,2 per 1.000 abitanti. Pertanto l'offerta complessiva contenuta nel piano di riorganizzazione, per effetto dei vincoli imposti dal Piano di rientro, riduce il numero di posti letto, in fase programmatica, di circa 3.585 unità, pari a 0,61 per mille abitanti.

Scheda n. 1: "Azienda Ospedaliera Moscati":

A. O. S.G. MOSCATI					NUOVA CONFIGURAZIONE			
Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE					13	2	0	15
PEDIATRIA					19	1	0	20
NEONATOLOGIA CON TIN					28	0	2	30
OSTRETRICIA E GINECOLOGIA					6	0	0	6
BREAST UNIT					0	0	2	2
FISIOPAT. DELLA RIPRODUZIONE					0	0	4	4
GINECOLOGIA SOCIALE E PREV.					0	4	0	4
GENETICA MEDICA					2	2	0	4
NEUROPSICHIATRIA INF.					0	0	0	0
LABORATORIO DI GENETICA MED					0	0	0	0
TOTALE DIP. MATERNO INFANTILE					68	9	8	85
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO					21	8	-	29
ONCOLOGIA MEDICA con radioterapia					20	7	-	27
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO DI MIDOLLO					8	2	-	10
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE					-	2	-	2
IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONI					-	2	-	2
DIPART. ONCO-EMATOLOGICO					49	19	0	68
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE					17	2	-	19
TERAPIA INTENSIVA E IPERBARICA					16	-	-	16
MEDICINA D'URGENZA					22	-	2	24
CHIRURGIA D'URGENZA					17	-	3	20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					2	-	-	2
CENTRO ANTIVELENI					-	-	-	0
CENTRALE OPERATIVA STI E 118					-	-	-	0
DIP EMERGENZA ACCETTAZIONE					74	2	5	81
DIPARTIMENTO CUORE E VASI					22	2	-	24
CARDIOLOGIA					10	-	-	10
UTIC					10	-	-	10
CARDIOCHIRURGIA					6	-	-	6
ANESTESIA E TERAPIA INT. CCH					12	2	0	14
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA					5	-	1	6
CHIRURGIA VASCOLARE					-	-	-	0
ANGIOLOGIA					0	0	0	0
EMODINAMICA INTERVENTISTICA					0	0	0	0
DIPARTIMENTO CUORE E VASI					65	4	1	70
DIPARTIMENTO INVECCHIAMENTO					18	2	-	20
GERIATRIA					12	-	-	12
UNITA' DI CURE INTENSIVE					12	2	0	14
RIABILITAZIONE POLISPECIALISTICA					42	4	0	46
INVECCHIAMENTO								
DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA					-	1	-	1
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA					10	2	-	12
UNITA' FEGATO					18	2	-	20
MEDICINA INTERNA								

Fonte dati "Attuale Configurazione": NSIS anno 2007

MALATTIE INFETTIVE E AIDS		16	4	-	20
DERMO-CHIRURGIA		9	1	2	12
BRONCOPNEUMOLOGIA		10	2	-	12
MEDICINA GENERALE E SPEC.		63	12	2	77
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE					
NEUROCHIRURGIA CON T.I. POST OPERATORIA		14	-	1	15
UNITA' SPINALE		4	0	0	4
NEUROLOGIA		18	2	-	20
STROKE UNIT		8			8
NEURORADIOLOGIA		-	-	-	0
NEUROSCIENZE		44	2	1	47
DIPARTIMENTO NEFROUROLOGICO					
UROLOGIA		28	-	4	32
NEFROLOGIA ED EMOIALISI*		14	2	-	16
URODINAMICA		-	-	2	2
NEFROUROLOGICO		42	2	6	50
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA					
CHIRURGIA 2		14	-	1	15
GASTROENTEROLOGIA		2	2		4
OCULISTICA CON TRAPIANTO DI CORNEA		11	-	6	17
OTORINOLARINGOIATRIA		6		3	9
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOIATRIA		2	-	2	4
AUDIOFONOLOGIA			2		2
CHIRURGIA GENERALE E SPEC.		35	4	12	51
DIPARTIMENTO IMMAGINI					
ECOGRAFIA		-	-	-	0
RADIOLOGIA 1		-	-	-	0
RADIOLOGIA 2		-	-	-	0
MEDICINA NUCLEARE		-	-	-	0
RADIOTERAPIA METABOLICA		4	-	-	4
DIPARTIMENTO IMMAGINI		4	0	0	4
MEDICINA DI LABORATORIO					
ANALISI CHIMICO CLINICHE		-	-	-	0
ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOG		-	-	-	0
MICROBIOLOGIA		-	-	-	0
VIROLOGIA		-	-	-	0
DIPARTIMENTO IMMAGINI		0	0	0	0
AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI					
Totale		486	58	35	579

* I rimanenti 16 posti tecnici di dialisi erogheranno prestazioni in regime ambulatoriale

Scheda n. 2: "Azienda Ospedaliera Rummo"

SCHEDA 2		AZIENDA OSPEDALIERA RUMMO				TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
Descrizione disciplina									
DIP. CARDIOSCIENZE									
CARDIOLOGIA - EMODINAMICA INTERVENTISTICA- UTIC						14	1	0	15
valutazione funzionale e cardio vascolare									
centro di diagnosi e cura m. cardiovascolari									
elettrofisiologia ed elettrostimolazione									
CARDIOCHIRURGIA						15	0	0	15
CARDIOLOGIA CLINICA						18	2	0	20
ecografia cardiovascolare									
CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE						13	2	0	15
TOTALE						60	5	0	65
DIP. EMERGENZA									
ACCETTAZIONE									
ANESTESIA E RIANIMAZIONE						8			8
rianimazione anestesia									0
CHIRURGIA DI URGENZA						20		1	21
anestesi chirurgica									0
primo screening delle urgenze chirurgiche									0
monitoraggio chirurgico del malato critico in urgenza									0
gestione delle complicanze delle ferite chirurgiche in urgenza									0
subintensiva chirurgica									0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						25		2	27
ortopedia									0
traumatologia									0
chirurgia e microchirurgia del piede									0
MEDICINA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO						20			20
subintensiva medica									0
pronto soccorso									0
centrale operativa 118									0
ossigeno terapia iperbarica									0
TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE							2		2
chirurgia e microchirurgia della mano									0
OSSERVAZIONE BREVE								6	6
TOTALE						73	8	3	84
DIP. NEUROSCIENZE									
NEUROLOGIA						13	2	0	15
STROKE UNIT						4	0	0	4
NEUROCHIRURGIA						16		2	18
NEURORIANIMAZIONE						6	0	0	6
neuroradiologia									0
neuroradiologia pediatrica									8
MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA						10	4		14
MEDICINA DELLO SPORT							1		1
UNITA' GRAVI TRAUMI CRANIOENCEFALICI						8			8
centro epilessia e accertamento della morte encefalica									0
CURE SUBINTENSIVE PROGRESSIVE POSTACUZIE						4	1		5
UNITA' DI RISVEGLIO						5			5
TOTALE						66	8	2	76
DIP. MATERNO INFANTILE									
PEDIATRIA E ADOLESCENTOLOGIA						13	2		15
endocrinologia, diabetologia e controllo della crescita in età pediatrica..									0
allergologia e fisiopatologia respiratoria pediatrica									0

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

BREAST UNIT

pianificazione familiare applicazione 194

chirurgia mininvasiva

diagnostica ultrasonografica

gravidenza a rischio e medicina perinatale

fisiopatologia perinatale e sala parto

pronto soccorso ostetrico

GENETICA MEDICA

genetica clinica

citogenetica medica e genetica molecolare

PATOLOGIA NEONATALE E TIN

patologia neonatale

terapia intensiva prima infanzia

FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA E DIAGNOSI PRENATALE

NEUROSPICHIATRIA INFANTILE

TOTALE

DIP. DELLE SCIENZE MEDICHE

MEDICINA INTERNA

diagnostica internistica strumentale

dimissione protetta

centro ipertensione arteriosa e prevenzione d'organi

gestione patologie respiratorie croniche in medicina interna

scompenso cardiaco in medicina interna

MALATTIE INFETTIVE

aids

diagnostiche epatite virali ac e croniche

GASTROENTEROLOGIA CON BLEEDING CENTER

endoscopia di urgenze ed operativa

fisiopatologia digestiva

NEFROLOGIA E DIALISI

emodialisi

DERMATOLOGIA

PNEUMOLOGIA

broncologia ed endoscopia toracica

fisiopatologia e terapia subintensiva respiratoria

geriatria

diabetologia endocrinologia e sindrome metaboliche

di medico

ecografia diagnostica ed interventistica

REUMATOLOGIA

TOTALE

DIP. SCIENZE CHIRURGICHE

CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA

chirurgia ambulatoriale

endocrinochirurgia

colonproctologia

OTORINOLARINGOIATRIA

audiologia e fonologia

videoendoscopia delle alte vie digestive

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ED ODONTOSTOMATOLOGIA

chirurgia oromaxillofacciale

OCULISTICA

centro di ipovisione

UROLOGIA

endourologia

22	0	3	25
6	0	0	6
			0
			0
			0
			0
			0
1	1		2
			0
			0
15	1		16
			0
			0
1	0	1	2
	2		2
58	6	4	68
28	2		30
			0
			0
			0
			0
			0
19	1		20
			0
			0
13	2		15
			0
			0
7			7
			0
2	2		4
14	1		15
			0
			0
			0
			0
			0
7	2		9
90	10	0	100
20	0	5	25
			0
			0
			0
12	0	3	15
			0
			0
5		4	9
			0
6		9	15
			0
13		2	15
			0

diagnostica e chirurgia laparoscopica				0
day surgery				0
TOTALE	56	0	23	79
DIP. ONCOLOGIA				
ONCOLOGIA MEDICA	12	6		18
RADIOTERPIA		2		2
radiochirurgia e radioprotezione stereotassica				0
ANATOMIA PATOLOGICA				0
diagnosi senologica istopatologica				0
immunostochimica e molecolare	2			2
MEDICINA NUCLEARE	0	0		0
senologia	14	8	0	22
TOTALE				
DIP. SERVIZI				
IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONE		1		1
di ematologico				0
emaferesi				0
PATOLOGIA CLINICA				0
ematologici di laboratorio e fisiopatologia della coagulazione				0
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				0
biologia molecolare				0
batteriologia				0
virologia				0
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				0
diagnostica per immagini senologica				0
ecografia centralizzata diagnostica ed operativa				0
diagnostica interventistica extra vascolare				0
radiologia vascolare				0
FARMACIA OSPEDALIERA				0
radiologia di pronto soccorso				0
TOTALE	0	1	0	1
TOTALE COMPLESSIVO	417	46	32	495

* I rimanenti 16 posti tecnici di dialisi erogheranno prestazioni in regime ambulatoriale

Scheda n. 3: "Azienda Ospedaliera San Sebastiano"

SCHEDA 3: AZIENDA OSPEDALIERA SAN SEBASTIANO					NUOVA CONFIGURAZIONE			
Descrizione disciplina					TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIP. EMERGENZA E ACCETTAZIONE								
RIANIMAZIONE E ANESTESIA CENTRALE 118					8	0	0	8
MEDICINA D'URGENZA					0	0	0	0
NEUROCHIRURGIA					20	0	0	20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					18	0	2	20
PS - ACCETTAZIONE SANITARIA - OBI					23	0	2	25
STROKE UNIT					8	0	0	8
COORDINAMENTO PRELIEVI D'ORGANO					8	0	0	8
NEUROTRAUMATOLOGIA					0	0	0	0
NUTRIZIONE ARTIFICIALE					0	0	0	0
ORTOTRAUMATOLOGIA					0	0	0	0
CENTRO DI OSSIGENO TERAPIA IPERBARICA					0	0	0	0
CHIRURGIA DEL TRAUMA E DELL'EMERGENZA					0	0	0	0
CHIRURGIA GENERALE DI URGENZA					20			20
TOTALE					105	0	4	109
DIP. SCIENZE CARDIOLOGICHE E VASCOLARI								
CARDIOCHIRURGIA					20			20
CHIRURGIA VASCOLARE					13	2		15
CARDIOLOGIA CON UTIC					26			26
EMODINAMICA INTERVENTISTICA								0
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA					16	4		20
ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE								0
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURG								0
CARDIOLOGIA POSTINTENSIVA NELLE URGENZE ISCHEMICHE								0
TOTALE					75	6	0	81
DIP. SCIENZE DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE								
ANESTESIA DI ELEZIONE								0
CHIRURGIA GENERALE E DI ELEZIONE					20		5	25
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA					6		4	10
GASTROENTEROLOGIA					18	3		21
OCULISTICA					4		4	8
ORL					10		5	15
UROLOGIA					12		4	16
DAY SURGERY							6	6
UNITA' SENOLOGIA								0
CHIRURGIA ONCOLOGICA								0
CHIRURGIA ENDOCRINA								0
CHIRURGIA COLON PROCTOLOGICA								0
CHIRURGIA EPATOBILIARE								0
BLEEDING CENTER								0
EPATOLOGIA CON GESTIONE DEL TRAPIANTO EPATICO								0
TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA								0
CHIRURGIA ENDUROLOGICA								0
CHIRURGIA AMBULATORIALE								0
TOTALE					70	3	28	101
DIP. MEDICINA GENERALE E SPECIALITA' MEDICHE								
ALLEGIOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA						6		6
DERMATOLOGIA						8		8

FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
 GERIATRIA
 MALATTIE APP. RESPIRATORIO
 MALATTIE INFETTIVE
 MEDICINA INTERNA
 NEFROLOGIA CON DIALISI
 NEUROLOGIA
 ONCOEMATOLOGIA
 ONCOLOGIA
 ENDOCRINOLOGIA DIABETOLOGIA MAL. DEL METABOLISMO NUTR
 CLIN
 RIABILITAZIONE MULTIDISCIPLINARE INTERDIPART.
 DERMATOLOGIA ONCOLOGICA
 NEUROSIFIOPATOLOGIA
 PIANIFICAZIONE PROTOCOLLI
TOTALE

DIP. MATERNO-INFANTILE

ASSISTENZA NEONATALE
 OSTETRICIA E MEDICINA PERINATALE
 NEONATOLOGIA CON TIN - TNE
 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 PEDIATRIA
 BREAST UNIT
 DERMATOLOGIA PEDIATRICA
 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE
 GINECOLOGIA SOCIALE
 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA
TOTALE

DIP. DELLA RICERCA UNIVERSITARIA

CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
 CHIRURGIA GENERALE
 FISIOPATOLOGIA E RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
 MALATTIE INFETTIVE
 MEDICINA GENERALE
 NEUROSPICHIATRIA INFANTILE
 OCULISTICA
 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 REUMATOLOGIA
 CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
TOTALE

DIP. DELLE SCIENZE DIAGNOSTICHE E DEI SERVIZI

ANATOMIA PATOLOGICA
 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
 IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE
 PATOLOGIA CLINICA
 NEURORADIOLOGIA
 ECOGRAFIA CENTRALIZZATA ED INTERVENTISTICA
 RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA
 RADIOTERAPIA
 MEDICINA NUCLEARE
 GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE
 LABORATORIO DI URGENZA
 MICROBIOLOGIA

TOTALE COMPLESSIVO

4	2		6
16	4		20
13	2		15
18	2		20
23	2		25
16	4		20
20			20
10	5		15
10	5		15
			0
			0
			0
			0
			0
130	40	0	170
			0
15		5	20
18	4		22
14	6		20
13	3		16
6	0	0	6
			0
			0
			0
			0
66	13	5	84
			0
			0
25	5	0	30
			0
			0
			0
			0
			0
471	87	57	575

Scheda n. 4: "Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon":

AZIENDA SANTOBONO PAUSILIPON					DOPO			
Descrizione disciplina					TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIP. EMERGENZA ACCETTAZIONE								
PEDIATRIA URGENZA + OB					10			10
NEONATOLOGIA E TIN					40			40
RIANIMAZIONE PEDIATRICA					12			12
CENTRO RISVEGLIO					2			2
CENTRO GRANDI USTIONE								0
TOSSICOLOGIA CLINICA								0
ACCETTAZIONE CHIRURGICA								0
ACCETTAZIONE MEDICA E OSSERVAZ. BREVE								0
CURE ANESTESIOLOGICHE DOMICILIARI E COORDINAMENTO LOCALE								
TOTALE					64	0	0	64
DIP. PEDIATRIA SISTEMATICA SPECIALISTICA								
PEDIATRIA SISTEMATICA					25			25
PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO					10			10
PEDIATRIA AD INDIRIZZO IMMUNOREUMATOLOGICO					6			6
PEDIATRIA AD INDIRIZZO INFETT. GASTRONUTRIZ.					10			10
AUXOENDOCRINOLOGIA					8			8
DH MEDICO						12		12
NUTRIZIONE CLINICA E NAD					4			4
CARDIOLOGIA					4			4
SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA								0
DERMATOLOGIA								0
CARDIOLOGIA SANTOBONO								0
CARDIOLOGIA POSILLIPON								0
TOTALE					67	12	0	79
DIP. NEFRO UROLOGIA								
NEFROLOGIA E DIALISI					16			16
CHIRURGIA UROLOGIA PEDIATRICA					10			10
CHIRURGIA DEI TRAPIANTI DEL RENE								0
DIALISI								0
URODINAMICA								0
DH						3	3	6
TOTALE					26	3	3	32
DIP. SCIENZE CHIRURGICHE								
CHIRURGIA GENERALE E DI PS					20			20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					20			20
OCULISTICA					8			8
OTORINOLARINGOIATRIA					10			10
DAY SURGERY							15	15
ODONTOIATRIA								0
CHIRURGIA PROTESICA PER SORDITA'								0
CRR RETINOPATIA DEL PREMATURO								0
ENDOSCOPIA OPERATIVA								0
CHIRURGIA VASCOLARE								0
TRATTAMENTO DELLE CATARATTE PRECOCI								0
TOTALE					58	0	15	73
DIP. NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE								
NEUROCHIRURGIA					10			10
NEUROLOGIA					10			10

NEURORADIOLOGIA
 RIABILITAZIONE MULTISPECIALISTICA
 UNITA' RISVEGLIO
 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
 AUDIOLOGIA E FONIATRIA
 DAY HOSPITAL DIPARTIMENTALE

TOTALE

DIP. ONCOEMATOLOGIA

EMATOLOGIA ONCOLOGICA
 PEDIATRIA ONCOLOGICA
 CHIRURGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
 SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE
 TRAPIANTO DI MIDOLLO
 DH ONCOLOGICO
 DAY SURGERY AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
 NEUROONCOLOGIA
 SERVIZIO DI TERAPIE DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
 CRIOCONSERVAZIONE E BANCA DEL CORDONE OMBELICALE

TOTALE

DIP. SERVIZI

RADIOLOGIA GENERALE P.O. SANTOBONO
 RADIOLOGIA GENERALE P.O. PAUSILLIPON
 ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. SANTOBONO
 ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. PAUSILLIPON
 ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA DEL DOLORE
 CENTRO RIFERIMENTO TERAPIA IPERBARICA
 PATOLOGIA CLINICA P.O. SANTOBONO
 PATOLOGIA CLINICA P.O. PAUSILLIPON
 ANATOMIA PATOLOGICA
 RADIOTERAPIA
 SERVIZIO ECOGRAFIA
 RMN E TC BODY
 IMMUNOALLERGOLOGIA
 ANESTESIA DEI TRAPIANTI
 ANESTESIA PER CHIRURGIA DELLE SORDITA'
 ANESTESIA PER LE PROCEDURE DIAGNOSTICHE

TOTALE

			0
			0
5	0	0	5
6			6
			0
	6		6
31	6	0	37
14			14
8			8
7			7
			0
5			5
	13		13
		2	2
			0
			0
			0
34	13	2	49
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
	1		1
			0
			0
0	1	0	1
280	35	20	335

SCHEDA 5: AZIENDA OSPEDALIERA COTUGNO				DOPO			
Descrizione disciplina				TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIP. GESTIONE							
CONTROLLO INTERNO DI GESTIONE							0
VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E INNOVAZ. DEI PROCES.							0
SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI							0
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO							0
FARMACIA							0
TOTALE				0	0	0	0
DIP. AIDS E MAL. INFETTIVE ONCOLOGICHE-CHIRURGICHE							
M.I. ALTA COMLESSITA 1				20	4		24
M.I. ALTA COMLESSITA 2				20	4		24
M.I. ALTA COMLESSITA 3				20	4		24
ONCOLOGIA				10	5		15
OSPED. DOMICILIARI				15			15
M.I. AD INDIRIZZO GENERALE E DETENTIVO				24			24
CHIRURGIA GENERALE				23		2	25
GOIP-PROFILASSI POST ESPOSIZIONE							
TOTALE				132	17	2	151
DIP. URGENZE INFETTIVOLOGICHE M.I.							
M.I. AD INDIRIZZO NEUROLOGICO				26	6		32
ANESTESIA RIANIMAZIONE E T.I.				8			8
MALATTIE INFETTIVE AD INDIRIZZO GENERALE				18	2		20
CARDIOLOGIA				12	3		15
NEFROLOGIA E DIALISI				2	4		6
ACCESSI VENOSI							0
GOIP TERAPIA DEL DOLORE							
TOTALE				66	15	0	81
DIP. EPATO IMMUNOLOGICO E SERVIZI DIAGNOSTICI							
M.I. AD INDIRIZZO GENERALE ED IMMUNOLOGICO				26	6		32
M.I. AD INDIRIZZO ECOINTERVENTISTICO				15	2		17
ANALISI CHIMICO CLINICO							0
VIROLOGIA							0
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI							0
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA							
ECOGRAFIA ED ENDOSCOPIA M.I.							
TOTALE				41	8	0	49
DIP. GOIA CRREI*							
MALATTIE INFETTIVE AD INDIRIZZO				26	6		32
EPATO GASTROENTEROLOGICO							0
FOLOW UP DEI TRAPIANTI DI FEGATO E RENE				26	6	0	32
TOTALE							
AREA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE							
PSICHIATRIA					4		4
							0
TOTALE				265	50	2	317

* Gruppo operativo interaziendale Centro Regionale Riferimento

SCHEDA 6:		AZIENDA OSPEDALIERA MONALDI		DOPO			
Descrizione disciplina		TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE		
DIP. PNEUMOLOGIA TISIOLOGIA							
1 PNEUMOTISIOLOGIA FED II		15				15	
2 PNEUMOTISIOLOGIA FED II		15				15	
CLINICA PNEUMOLOGICA SUN		15				15	
TISIOLOGIA		25				25	
PNEUMOLOGIA GENERALE		15				15	
PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO		15				15	
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA		15				15	
BRONCOLOGIA			4			4	
DH PNEUMOLOGICO E PNEUMONCOLOGICO			12			12	
TOTALE		115	16	0		131	
DIP. CARDIOLOGIA							
CARDIOLOGIA		20				20	
CARDIOLOGIA SUN		20				20	
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA		15				15	
UTIC		8				8	
CARDIOLOGIA PEDIATRICA - CON TI. PEDIATRICA (8)		16	4			20	
CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA NON INVASIVA						0	
CARDIOMIOPATIE E SCOMPENSO CARDIACO						0	
DH CARDIOLOGICO			12			12	
TOTALE		79	16	0		95	
DIP. CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE E DEI TRAPIANTI							
CARDIOCHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI (30+12 ti)		42				42	
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA (15+6ti)		21				21	
CHIRURGIA VASCOLARE		15				15	
MEDICINA INFETTIVOLOGICA E DEI TRAPIANTI		15				15	
ANGIOLOGIA			4			4	
TOTALE		93	4	0		97	
DIP. MEDICINA							
MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO DISMETABOLICO E DIABETOLOGICO		19	6			25	
MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE		19	6			25	
PATOLOGIE TIROIDEE						0	
PATOLOGIE DISMETABOLICHE E DIABETOLOGICHE						0	
DH MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO GERIATRICO						0	
TOTALE		38	12	0		50	
DIP. CHIRURGIA GENERALE SPECIALISTICA							
CHIRURGIA GENERALE		25				25	
OCULISTICA		5		10		15	
ORTOPEDIA		15		5		20	
OTORINOLARINGOIATRIA		20		2		22	
UROLOGIA		15		4		19	
CHIRURGIA TORACICA 1		15				15	
CHIRURGIA TORACICA 2		15				15	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA				4		4	
DAY SURGERY				10		10	
NEOPLASIE POLMONARI						0	
TOTALE		110	0	35		145	
DIP. AREA CRITICA							
ANESTESIA TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA		8				8	
RIANIMAZIONE		8				8	

NEONATOLOGIA E TIN (8)

DIALISI

TOTALE

**DIP. FISIOPATOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIO
PNEUMOLOGICO**

MALATTIE FISIOPATOLOGIA E RIABILITAZIONE DELLE M. APP. RESP

PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA SUBINTENSIVA POST ACUTA

CARDIOLOGIA RIABILITATIVA POST ACUTA

NEUROLOGIA

TOTALE

DIP. DEI SERVIZI DIAGNOSTICI GENERALI

FARMACIA

ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

MEDICINA NUCLEARE

RADIOLOGIA GENERALE

DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO

TOTALE

DIP. MEDICINA LABORATORIO

MICROBIOLOGIA

VIROLOGIA

CENTRO MEDICINA TRASFUSIONALE

LAB. ANALISI CHIMICO CLINICO

TOTALE

24			24
6			6
46	0	0	46
15	10		25
8			8
			0
			0
23	10	0	33
			0
			0
			0
			0
0	0	0	0
			0
			0
			0
			0
0	0	0	0
504	58	35	597

SCHEDA 7: AZIENDA OSPEDALIERA CARDARELLI					DOFO			
Descrizione discipline					TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIP. MEDICO CHIRURGICO EMERGENZA ACCETTAZIONE								
MEDICINA INTERNA D'URGENZA - PS ACCETTAZIONE MED CHIR					50			50
CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA E PS CHIRURGICO					30			30
TRAUMA CENTER					8			8
CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA OSS CHIRURGICA SPECIALISTICA					20			20
ORTOTRAUMATOLOGIA					20			20
CARDIOLOGIA D'URGENZA					20			20
CARDIOLOGIA CON UTIC					30			30
NEOCHIRURGIA D'URGENZA					16			16
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE					16			16
ANESTESIA RIANIMAZIONE ANESTESIA DEA					6	9		15
CGU CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA								0
CORE - COT					236	9	0	245
TOTALE								
DIP. MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA								
MEDICINA INTERNA 4					23	2		25
MEDICINA INTERNA 3					23	2		25
MEDICINA INTERNA 1					23	2		25
DERMATOLOGIA					10	2		12
TOTALE					79	8	0	87
DIP. CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA								
CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ENDOCRINOLOGICO					19		1	20
CHIRURGIA PLASTICA					13		2	15
ORL					12		3	15
OCULISTICA					10		5	15
ODONTOSTOMATOLOGIA							4	4
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA PSOT OPERATORIA - OTI					10			10
REPARTO DETENUTI					12			12
TOTALE					76	0	15	91
DIP. PATOLOGIA GENERALE E DELL'INVECCHIAMENTO								
MEDICINA INTERNA 5					23	2		25
MEDICINA INTERNA 2					23	2		25
CHIRURGIA VASCOLARE					14	1		15
TOTALE					60	5	0	65
DIP. SCIENZE ORTOPEDICHE RIABILITATIVE								
ORTOPEDIA AD INDIRIZZO PER LA CHIRURG DEL GINOCCHIO E ...					28		2	30
ORTOPEDIA AD INDIRIZZO PER LA CHIRURGIA DELL'ANCA					18		2	20
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA E NEUROTRAM.					13		2	15
TOTALE					59	0	6	65
DIP. SCIENZE NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE								
NEUROLOGIA					24	1		25
NEUROCHIRURGIA 2					24		1	25
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					13		2	15
NEUROFISIOPATOLOGIA						2		2
NEURORADIOLOGIA								
TOTALE					61	3	3	67
DIP. GASTROENTEROLOGIA								
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA					18	2		20
CHIRURGIA LAPAROSCOPICA SPEC. EPATICA E CENTRO TRAPIANTI FEGATO					14		1	15
CHIRURGIA EPATOBILIARE E CENTRO TRAPIANTI DI FEGATO					14		1	15
EPATOLOGIA ED UNITA' PANCREAS					18	2		20

TOTALE

EMATOLOGIA CON TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO

EMATOLOGIA CON TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO

EMATOLOGIA CON TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO

ONCOLOGIA

ONCOLOGIA
CHIRURGIA ONCOLOGICA AD INDIRIZZO SENOLOGICO

CHIRURGIA ONCOLOGICA AD INDIRIZZO SENELOGICO
FISIOPATOLOGIA TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE

RADIOTERAPIA

**RADIOTERAPIA
CENTRO PER LE MICROCITEMIE**

TOTALE

PEDIATRIA

PEDIATRIA

CHIRURGIA PEDIATRICA

CHIRURGIA PEDIATRICA
BIANIMAZIONE E T.I. PEDIATRICA

OSTETRICA E GINECOLOGIA

BREAST UNIT

TOTALE

PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO ALLERGOLOGICO

PNEUMOLOGIA AD INDIRIZZO RIABILITATIVO

CHIRURGIA TORACICA

FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

ENDOSCOPIA BRONCHIALE

TOTALE

UROLOGIA

UROLOGIA

NEFROLOGIA ED EMODIALISI (12)

TOTALE

RADIOLOGIA GENERALE E DI PS

RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA

IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

ANALISI CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA

ANATOMIA ED ISTO
GENETICA MEDICA

EPIDEMIOLOGIA CLINICA

EPIDEMIOLOGIA CLINICA

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

IGIENE OSPEDALIERA

CENTRO DI BIOTECNOLOGIE

CENTRO DI BISTES
MEDICINA LEGALE

FARMACIA

TOTALE COMPLESSIVO43

TABELLA 6: "Posti letto programmati versus posti letto attuali - Provincia di Salerno"

[illegible]

SCHEDA 8: A. O. SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA					NUOVA CONFIGURAZIONE			
Descrizione discipline					TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
DIP. NEUROSCIENZE					10	0	5	15
ORL					4	0	11	15
OCULISTICA					15	0	0	15
NEUROLOGIA					15	0	0	15
NEUROCHIRURGIA					5	0	0	5
STROKE UNIT					10	0	5	15
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					8	0	0	8
NEUROLOGIA AD INDIRIZ. RIABILITATIVO					6	0	0	6
UNITA' GRAVE TRAUMA CRANICO					0	0	0	0
NEURORADIOLOGIA					73	0	21	94
TOTALE								
DIP. SPEC. MEDICHE					14	1	0	15
MALATTIE APP. RESPIRATORIO					7	5	0	12
DERMATOLOGIA					10	5	0	15
REUMATOLOGIA					15	5	0	20
GERIATRIA					10	5	0	15
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSC. BLEED					6	0	0	6
SEZIONE DETENUTI					62	21	0	83
TOTALE								
DIP. AREA CRITICA					35	0	0	35
MEDICINA GENERALE					28	0	0	28
MEDICINA E CHIRURGIA ACC. D'URGENZA					11	0	0	11
ANESTESIA E RIANIMAZIONE					8	0	0	8
ANESTESIA E T.I. POST OPERATORIA					25	0	0	25
OSSERVAZ. BREVE MED. CHIRURG.					25	0	0	25
CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA					0	0	0	0
CENTRALE OPERATIVA 118					132	0	0	132
TOTALE								
DIP. CARDIO VASCOLARE					30	0	0	30
CARDIOCHIRURGIA					30	5	0	35
CARDIOLOGIA					12	0	0	12
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA					10	10	0	20
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA					8	0	0	8
UTIC					0	0	0	0
EMODINAMICA INTERVENTISTICA					90	15	0	105
TOTALE								
DIP. DELLA DONNA					20	0	0	20
PERCORSO NASCITA					15	0	5	20
GINECOLOGIA					3	0	3	6
PROCREAZ. MED. ASSISTITA					6	0	6	12
GRAVIDANZE A RISCHIO E DIAGNOSI PREN.					6	0	0	6
BREST UNIT					50	0	14	64
TOTALE								
DIP. ETA' EVOLUTIVA					21	0	0	21
PATOLOGIA NEONATALE TIN					15	6	0	21
PEDIATRIA					8	0	0	8
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA PED.					15	4	0	19
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA					12	0	3	15
CHIRURGIA PEDIATRICA					7	0	0	7
NEUROSPICHIATRIA INFANTILE					4	0	0	4
OSSERV. BREVE					82	10	3	95
TOTALE								

DIP. MEDICO CHIRURGICO FEGATO-RENE-TRAPIANTO				
CHIRURGIA GENERALE E TRAP. RENE	12	0	3	15
NEFROLOGIA E TRAP. RENE	14	6	0	20
CHIRURGIA GENERALE E TRAP. FEGATO	12	0	3	15
MALATTIE INFETTIVE	30	5		35
BIOLOGIA MOLECOLARE				0
TOTALE	68	11	6	85
CHIRURGIA GENERALE E SPEC.				
CHIRURGIA TORACICA	12	0	3	15
UROLOGIA	12	0	3	15
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	10	0	5	15
DAY SURGERY CHIRURG. GENERALE			8	8
CHIRURGIA VASCOLARE	18	0	2	20
RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTIS.				0
TOTALE	52	0	21	73
DIP. APPARATO LOCOMOTORE				
ORTOPEDIA	20	0	0	20
TRAUMATOLOGIA DI EMERGENZA	10	0	0	10
CHIRURGIA ORTOPEDICA ONCOLOGICA	10	0	0	10
TOTALE	40	0	0	40
DIP. ONCO-EMATOLOGICO				
EMATOLOGIA	10	5	0	15
ONCOLOGIA MEDICA	10	12	0	22
ANATOMIA PATOLOGICA				0
GENETICA MEDICA				0
TOTALE	20	17	0	37
DIP. DELL'IMMAGINE				
RADIOTERAPIA		2		2
RADIOLOGIA				0
MEDICINA NUCLEARE				0
FISICA SANITARIA				0
SENOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENT.				0
TOTALE	0	2	0	2
DIP. INTERAZIENDALE PATOL. CLINICA				
PATOLOGIA CLINICA				0
DIP. INTERAZIENDALE IMMUNOTRASFUS.				
IMMUNOTRASFUSIONALE		4		4
TOTALE	0	4	0	4
	668	80	65	814

TAVOLA I

TAVOLA 1

		ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE				
AZIENDA	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
AV1	OSPEDALE ARIANO IRPINO Il livello rete Emergenza	CARDIOLOGIA	9	1	0	10	9	1	0	10
AV1		CHIRURGIA GENERALE	23	0	1	24	19	0	1	20
AV1		MEDICINA GENERALE	24	2	0	26	18	2	0	20
AV1		NIDO	10	0	0	10	0	0	0	0
AV1		NEUROLOGIA	9	1	0	10	9	1	0	10
AV1		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	1	0	1	0	0	0	0
AV1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	1	1	16	14	0	2	16
AV1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	1	1	16	18	0	2	20
AV1		PEDIATRIA	6	1	0	7	6	1	0	7
AV1		TERAPIA INTENSIVA	6	0	0	6	6	0	0	6
AV1		UNITA' CORONARICA	5	0	0	5	5	0	0	5
AV1		NEONATOLOGIA	5	0	0	5	5	0	0	5
AV1		ONCOLOGIA	0	4	0	4	0	4	0	4
AV1		PSICHIATRIA	0	0	0	0	10	0	0	10
AV1			115	12	3	130	119	9	5	133
AV1	OSPEDALE ARIANO IRPINO Totale									
AV1	OSPEDALE DI BISACCIA Ospedale del Territorio	CHIRURGIA GENERALE	14	0	2	16	10	0	0	10
AV1		MEDICINA GENERALE	22	2	0	24	20	0	0	20
AV1		PSICHIATRIA	10	0	0	10	0	0	0	0
AV1		LUNGODEGENTI	20	0	0	20	30	0	0	30
AV1		AREA CRITICA - T.I.P.O. *	0	0	0	0	4	0	0	4
AV1			66	2	2	70	64	0	0	64
AV1										
AV1	OSPEDALE DI BISACCIA Totale									
AV1	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI Ospedale Riabilitativo	CHIRURGIA GENERALE	20	1	1	22	20	0	2	22
AV1		MEDICINA GENERALE	20	2	0	22	20	2	0	22
AV1		NIDO	5	0	0	5	0	0	0	0
AV1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	1	1	16	0	0	0	0
AV1		PEDIATRIA	10	1	0	11	0	0	0	0
AV1		PSICHIATRIA	0	2	0	2	0	0	0	0
AV1		RECUPERO E RIABILITAZIONE	92	4	0	96	92	4	0	96
AV1			15	0	0	15	15	0	0	15
AV1			171	11	2	184	147	6	2	155
AV1	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI Totale									

L'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile del P.O. di Ariano Irpino è riconfigurata quale servizio di diagnosi e cura senza posti letto.

L'Unità di Psichiatria del P.O. di Bisaccia è trasferita presso il P.O. di Ariano Irpino.

L'ospedale di Sant'Angelo dei Lombardi è ospedale specialistico riabilitativo con le funzioni di cui ai codici 56 e 75 e con le relative funzioni dell'emergenza per le quali utilizzerà le dotazioni già a disposizione dell'ospedale.

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 2

AZIENDA	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
AV2	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA I livello della rete dell'Emergenza	CHIRURGIA GENERALE	23	0	2	25	23	0	2	25
AV2		MEDICINA GENERALE	17	8	0	25	23	2	0	25
AV2		NEFROLOGIA	4	2	0	6	4	2	0	6
AV2		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	4	0	4	0	0	0	0
AV2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	2	20	18	0	2	20
AV2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	23	0	2	25	23	0	2	25
AV2		PEDIATRIA	14	1	0	15	14	1	0	15
AV2		PSICHIATRIA	16	0	0	16	16	0	0	16
AV2		TERAPIA INTENSIVA	0	1	0	1	0	0	0	0
AV2		RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	4	0	4	0	0	0	0
AV2		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	0	0	0	0	4	0	0	4
AV2		OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA Totale	115	20	6	141	125	5	6	135

Il Servizio di Dialisi (11 posti tecnici) del P.O. Landolfi di Solfara continuerà ad erogare prestazioni in regime ambulatoriale.
L'Unità Operativa di Neurospichiatria Infantile del P.O. Landolfi di Solfara è riconfigurata quale servizio di diagnosi e cura senza posti letto.
* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 3

TAVOLA 3

		ATTUALE CONFIGURAZIONE			NUOVA CONFIGURAZIONE		
AZIENDA	Denominazione struttura	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DS
BN1	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	6	4	4	14	23	2
BN1	S. Agata dei Goti	20	2	0	22	23	2
BN1	Il livello della rete dell'emergenza	0	0	0	0	18	2
BN1		0	0	0	0	16	0
BN1		0	0	0	0	6	2
BN1		0	0	0	0	12	3
BN1		0	0	0	0	5	5
BN1	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO Totale	26	6	4	36	100	9
BN1	OSP. SACRO CUORE DI GESU' FATEBENEFRATELLI	24	0	0	24	24	0
BN1	Il livello della rete dell'emergenza	40	0	2	42	28	0
BN1		4	1	0	5	4	1
BN1		47	2	0	49	34	2
BN1		4	0	1	5	4	0
BN1		40	0	1	41	27	0
BN1		40	0	1	41	27	0
BN1		8	2	0	10	6	2
BN1		10	0	1	11	11	0
BN1		4	0	0	4	4	0
BN1		4	0	0	4	4	0
BN1		10	0	0	10	10	0
BN1		10	5	0	15	11	5
BN1		8	0	0	8	8	0
BN1		253	10	6	269	204	10
BN1	OSP. SACRO CUORE DI GESU' FATEBENEFRATELLI Totale	2	1	0	3	0	0
BN1	OSPEDALE S. MARIA DELLE GRAZIE	16	0	4	20	0	0
BN1	CERRETO SANNITA	28	4	0	32	0	0
BN1		16	0	4	20	0	0
BN1		16	0	4	20	0	0
BN1		3	1	0	4	0	0
BN1		8	2	0	10	0	0
BN1		0	3	0	3	0	0
BN1		89	11	12	112	0	0
BN1	OSPEDALE S. MARIA DELLE GRAZIE Totale	0	0	0	0	16	4
BN1	OSPEDALE SAN BARTOLOMEO IN GALDO						
BN1	Ospedale del Territorio	0	0	0	0	4	0
BN1		0	0	0	0	20	4
BN1		15	0	0	15	15	0
BN1	OSPEDALE SAN BARTOLOMEO IN GALDO Totale	132	18	0	150	122	18
BN1	FONDAZIONE 'MAUGERI' IRCCS TELESE TERME	15	0	0	15	15	0
BN1	IRCCS	162	18	0	180	152	18
BN1	FONDAZIONE 'MAUGERI' IRCCS TELESE TERME Totale						

Nel nuovo Presidio Ospedaliero S. Alfonso Maria dei Liguori di S. Agata dei Goti, la cui attivazione è prevista per il primo semestre del 2009, confluiranno le unità operative del P.O. di Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita, quelle dell'attuale P.O. di Sant'Agata dei Goti. L'attuale P.O. di Sant'Agata sarà convertito in struttura territoriale ambulatoriale polispecialistica. L'attuale presidio di Cerreto Sannita oltre alle funzioni di Ospedale di Comunità ambulatoriale polispecialistica, erogherà anche attività polispecialistica ambulatoriale con PSAUT.

CERRETO SANNITA	NUOVA CONFIGURAZIONE
OSPEDALE DI COMUNITA'	24 POSTI RESIDENZIALI
IRCCS	20 POSTI RESIDENZIALI
HOSPICE	12 POSTI RESIDENZIALI
CERRETO SANNITA	
DIALISI AMBULATORIALE	4 POSTI TECNICI

Nel nuovo Presidio Ospedaliero S. Alfonso Maria dei Liguori di S. Agata dei Goti, la cui attivazione è prevista per il primo semestre del 2009, confluiranno le unità operative del P.O. di Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e quelle dell'attuale P.O. di Sant'Agata dei Goti. L'attuale P.O. di Sant'Agata sarà convertito in struttura territoriale ambulatoriale polispecialistica. L'attuale presidio di Cerreto Sannita oltre alle funzioni di Ospedale di Comunità, di RSA e Hospice, erogherà anche attività polispecialistica ambulatoriale con PSAUT.

TAVOLA 4

TAVOLA 4		ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE					
AZIENDA	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	
CE1	OSP MADDALENI	CHIRURGIA GENERALE	20	0	2	22	23	0	2	25	
CE1	II LIVELLO della rete dell'emergenza	MEDICINA GENERALE	25	0	4	29	23	2	0	25	
CE1		NIDO									
CE1		OCULISTICA	9	0	3	11	8	0	3	11	
CE1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	4	22	13	0	2	15	
CE1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	0	10	30	23	0	2	25	
CE1		OTORINOLARINGOIATRIA	9	0	2	11	9	0	2	11	
CE1		PEDIATRIA	9	2	0	10	8	2	0	10	
CE1		UROLOGIA	4	0	2	6	4	0	2	6	
CE1		TERAPIA INTENSIVA	4	1	0	5	4	1	0	5	
CE1		GASTROENTEROLOGIA	0	2	0	2	0	2	0	2	
CE1		NEONATOLOGIA	5	1	0	6	5	1	0	6	
CE1		CARDIOLOGIA CON UTIC	0	0	0	0	20	0	0	20	
CE1		CARDIOLOGIA **	121	8	27	154	140	8	19	161	
CE1		CHIRURGIA GENERALE ed URGENZA	10	0	3	13	0	4	0	4	
CE1		MEDICINA GENERALE	18	4	0	22	30	5	0	35	
CE1	OSP MADDALENI TOTALE										
CE1	OSP MARCIANISE	CHIRURGIA GENERALE	10	0	0	10	16	0	2	20	
CE1	OSPEDALE CLINICIZZATO I LIVELLO	MEDICINA GENERALE	17	0	6	23	13	2	0	15	
CE1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	1	0	8	13	2	0	15	
CE1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA **	0	2	0	2	4	0	0	4	
CE1		PEDIATRIA **	0	0	0	0	0	0	0	0	
CE1		GASTROENTEROLOGIA **	0	0	0	0	0	0	0	0	
CE1		FISIOLOGIA RIPRODUZIONE **	0	0	0	0	0	0	0	0	
CE1		TERAPIA INTENSIVA	0	0	0	0	25	0	5	30	
CE1		CHIRURGIA	0	0	0	0	4	0	4	4	
CE1		AREA CRITICA T.I.P.O.**	0	0	0	0	0	0	0	0	
CE1		OSP MARCIANISE TOTALE		82	11	11	94	83	10	0	93
CE1		OSP SAN FELICE A CARCELLO	CARDIOLOGIA	10	2	0	12	0	4	0	4
CE1		OSPEDALE A FUNZIONE RIABILITATIVA	CHIRURGIA GENERALE	0	0	4	4	0	0	0	0
CE1			EMATOLOGIA	11	5	0	16	0	0	0	20
CE1			GERIATRIA	17	7	0	24	18	2	0	0
CE1			NEFROLOGIA	0	2	0	2	0	0	0	0
CE1	UNITA' CORONARICA		0	0	0	0	0	0	0	0	
CE1	GASTROENTEROLOGIA		0	1	0	1	0	0	0	0	
CE1	CHIRURGIA GENERALE		0	0	0	0	8	0	2	10	
CE1	MEDICINA GENERALE		0	0	0	0	8	0	2	10	
CE1	RIABILITAZ. LUNGOBEGENZA		0	0	0	0	10	0	0	10	
CE1	RIABILITAZ. LUNGOBEGENZA		0	0	0	0	10	0	0	10	
CE1	AREA CRITICA T.I.P.O.*		0	0	0	0	4	0	0	4	
CE1	OSP SAN FELICE A CARCELLO TOTALE			98	17	4	119	98	6	4	108

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

Il P.O. di Marcanise ospiterà la Facoltà di Medicina della II Università di Napoli, per ulteriori 85 posti letto, nella more del completamento del Policlinico Universitario di Caserta, la cui attivazione è prevista entro la fine del 2011. Le discipline con doppio asterisco riportano i posti letto a carico dell'Azienda Sanitaria CE1.

TAVOLA 5

AZIENDA	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
CE1	OSP PIEDIMONTE MATESE	CARDIOLOGIA	10	2	0	12	10	2	0	12
CE1	II LIVELLO	CHIRURGIA GENERALE	20	0	2	22	20	0	2	22
CE1		MEDICINA GENERALE	25	0	2	27	23	0	2	25
CE1		NIDO								0
CE1		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0	0	4	4	0	0	0	0
CE1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	0	2	12	8	0	2	10
CE1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15	0	2	17	15	0	2	17
CE1		PEDIATRIA	10	2	0	12	8	2	0	10
CE1		PSICHIATRIA	5	0	0	5	5	0	0	5
CE1		UROLOGIA	22	0	8	30	13	0	2	15
CE1		TERAPIA INTENSIVA	7	0	0	7	6	0	0	6
CE1		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	4	0	0	4
CE1		GASTROENTEROLOGIA	0	2	0	2	0	2	0	2
CE1		ONCOLOGIA	0	9	0	9	2	8	0	10
CE1		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	1	0	5	0	0	0	0
CE1	OSP PIEDIMONTE MATESE TOTALE		132	18	20	168	114	14	10	138
CE1	OSP TEANO	CHIRURGIA GENERALE	10	0	2	12	10	0	0	10
CE1	OSPEDALE DEL TERRITORIO	MEDICINA GENERALE	11	0	0	11	10	0	0	10
CE1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1	0	2	0	0	0	0
CE1		AREA CRITICA T.I.P.O.*	0	0	0	0	4	0	0	4
CE1			22	1	2	25	24	0	0	24

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

OSPEDALE DI COMUNITA'		NUOVA CONFIGURAZIONE	
ROCCAROMANA	25 POSTI RESIDENZIALI		

L'ospedale di comunità di Roccaromana utilizzerà una struttura sanitaria non in attività già presente nel comune stesso di Roccaromana.

TAVOLA 6

AZIENDA	Denominazione struttura	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
		TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
CE2	OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELIORIO *	16	0	6	22	0	0	0	0
CE2	CONFLUISCE NEL NUOVO OSPEDALE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE - CAPUA	16	4	0	20	0	0	0	0
CE2		0	0	1	1	0	0	0	0
CE2		18	0	2	20	0	0	0	0
CE2		9	1	0	10	0	0	0	0
CE2		11	0	0	11	0	0	0	0
CE2		3	0	0	3	0	0	0	0
CE2		71	5	9	85	0	0	0	0
CE2	OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELIORIO Totale	0	0	3	3	0	0	0	0
CE2	PRES. OSPEDALIERO "F. PALASCIANO" CAPUA *	8	1	1	10	0	0	0	0
CE2	CONFLUISCE NEL NUOVO OSPEDALE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE - CAPUA	0	0	3	3	0	0	0	0
CE2		2	1	1	4	0	0	0	0
CE2		2	0	0	2	0	0	0	0
CE2		18	0	0	18	0	0	0	0
CE2		30	2	8	40	0	0	0	0
CE2	PRES. OSPEDALIERO "F. PALASCIANO" CAPUA Totale	0	0	0	0	20	2	0	22
CE2	NUOVO OSPEDALE SMCV - CAPUA	0	0	0	0	0	0	2	2
CE2	IL LIVELLO della rete dell'emergenza	0	0	0	0	6	0	0	6
CE2		0	0	0	0	18	2	0	20
CE2		0	0	0	0	0	0	2	2
CE2		0	0	0	0	8	0	0	8
CE2		0	0	0	0	4	2	0	6
CE2		0	0	0	0	0	0	2	2
CE2		0	0	0	0	13	2	0	15
CE2		0	0	0	0	23	0	2	25
CE2		0	0	0	0	6	0	0	6
CE2		0	0	0	0	8	0	0	8
CE2		0	0	0	0	6	0	0	6
CE2		0	0	0	0	4	0	0	4
CE2		0	0	0	0	0	0	0	0
CE2		0	0	0	0	144	10	10	164

NUOVO OSPEDALE SMCV - CAPUA TOTALE

I P.O. di Santa Maria Capua Vetere e il P.O. di Capua confluiranno nel nuovo P.O. di Santa Maria Capua Vetere - Capua. I due presidi rimarranno nella disponibilità dell'Azienda Sanitaria. L'Unità Operativa di Neurospichiatria Infantile del P.O. Moscati di Aversa è riconfigurata quale servizio di diagnosi e cura senza posti letto.

* I Presidi Ospedalieri S. Giuseppe Melorio di Santa Maria Capua Vetere e F. Palasciano di Capua ospiteranno la Facoltà di Medicina della II Università di Napoli, nelle more del completamento del Policlinico Universitario di Caserta, la cui attivazione è prevista entro la fine del 2011.

In particolare:

- il Presidio "S. Giuseppe Melorio" di S.M.C.V. ospiterà la Medicina Nucleare;
- il Presidio "F. Palasciano" di Capua ospiterà la Clinica Chirurgica con 20 posti letto in aggiunta alla attuale dotazione.

TAVOLA 7

AZIENDA	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
CE2	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN ROCCO" **	CHIRURGIA GENERALE	14	0	2	16	14	2	0	16
CE2	IV LIVELLO	MEDICINA GENERALE	24	6	0	30	28	2	0	30
CE2		NUDO								
CE2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	0	2	6	5	0	0	5
CE2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	0	2	20	18	0	2	20
CE2		PEDIATRIA	10	0	0	10	10	0	0	10
CE2		PSICHIATRIA	6	0	0	6	6	0	0	6
CE2		TERAPIA INTENSIVA	4	0	0	4	4	0	0	4
CE2		CARDIOLOGIA CON UTIC	9	0	0	9	9	0	0	9
CE2	PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN ROCCO" Totale		91	6	6	103	97	4	2	103
CE2	PRESIDIO OSPEDALIERO "S.G. MOSCATI AVERSA" III LIVELLO	CHIRURGIA GENERALE	28	3	3	34	23	0	2	25
CE2		M. ENDOCRINE E DEL RICAMBIO	0	2	0	2	0	2	0	2
CE2		MEDICINA GENERALE	38	2	0	38	23	2	0	25
CE2		MEDICINA D'URGENZA	0	0	0	0	5	0	0	5
CE2		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE *	0	2	0	2	0	0	0	0
CE2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	2	0	18	18	2	0	20
CE2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28	4	0	32	23	0	2	25
CE2		OTORINOLARINGOIATRIA	10	1	0	11	8	2	0	10
CE2		PEDIATRIA	13	2	0	15	13	2	0	15
CE2		PSICHIATRIA	8	0	0	8	6	0	0	6
CE2		TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8
CE2		CARDIOLOGIA CON UTIC ED EMODINAMICA	20	0	0	20	18	2	0	20
CE2		GASTROENTEROLOGIA	11	5	0	16	13	2	0	15
CE2		NEONATOLOGIA	8	0	0	8	4	4	0	8
CE2		ONCOLOGIA	0	4	0	4	2	2	0	4
CE2		PNEUMOLOGIA	0	1	0	1	0	0	0	0
CE2	PRESIDIO OSPEDALIERO "S.G. MOSCATI AVERSA" Totale		188	28	8	217	190	22	4	192

I P.O. di Santa Maria Capua Vetere e il P.O. di Capua confluiranno nel nuovo P.O. di Santa Maria Capua Vetere - Capua. I due presidi rimarranno nella disponibilità dell' Azienda

Sanitaria.

* L'Unità Operativa di Neurospicchiatria Infantile del P.O. Moscati di Aversa è riconfigurata quale servizio di diagnosi e cura senza posti letto.

** I Presidi Ospedalieri "San Rocco" di Sessa Aurunca e "S.G. Moscati" di Aversa ospiteranno la Facoltà di Medicina della II Università di Napoli, nelle more del completamento del Policlinico Universitario di Caserta, la cui attivazione è prevista entro la fine del 2011.

In particolare:

- il Presidio "S. Rocco" di Sessa Aurunca ospiterà la Clinica Medica con 20 posti letto in aggiunta alla attuale dotazione;

- Il Presidio "S.G. Moscati" di Aversa ospiterà la Clinica Radiologica.

OSPEDALE DI COMUNITA'	
MONDRAGONE	NUOVA CONFIGURAZIONE
	25 POSTI RESIDENZIALI

L'ospedale di comunità di Mondragone utilizzerà una struttura sanitaria non in attività già presente nel comune stesso di Mondragone.

TAVOLA 8		ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
Denominazione struttura	Descrizione disciplina	Totale	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
P.O. SAN GIOVANNI BOSCO II Livello Emergenza	CHIRURGIA GENERALE	31	0	3	34	22	0	3	25
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1	0	0	1	0	0	0	0
	CHIRURGIA VASCOLARE	13	0	2	15	13	0	2	15
	EMATOLOGIA	20	8	0	28	0	0	0	0
	MEDICINA GENERALE	29	2	0	31	23	2	0	25
	NEUROCHIRURGIA	12	0	1	13	20	0	0	20
	UNITA' SPINALE	0	0	0	0	0	0	0	0
	NIDO								
	OCULISTICA	0	0	1	1	7	0	3	10
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	0	1	5	4	0	1	5
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	17	0	2	19	18	0	2	20
	OTORINOLARINGOIATRIA	8	0	2	10	16	0	4	20
	PSICHIATRIA	8	0	0	8	8	0	0	8
	TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8
	CARDIOLOGIA CON UTIC	16	0	0	16	16	0	0	16
	ASTANTERIA	8	0	0	8	0	0	0	0
	NEONATOLOGIA	15	0	0	15	15	0	0	15
	RADIOLOGIA	0	0	1	1	0	0	0	0
	UROLOGIA	0	0	0	0	3	0	2	5
	NEUROLOGIA CON STROKE UNIT	0	0	0	0	18	2	0	20
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST TOMIS		190	10	15	215	181	4	17	212

TAVOLA 9

ASL		Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE			
				Totale	DH	DS	TOTALE
NA1	NA1	P.O. LORETO MARE	CARDIOLOGIA	10	1	0	11
NA1	NA1	CONFLUISCE NEL	CHIRURGIA GENERALE	42	0	4	46
NA1	NA1	NUOVO OSPEDALE	MEDICINA GENERALE	28	2	0	30
NA1	NA1	DEL MARE	NEUROCHIRURGIA	21	0	0	21
NA1	NA1		NIDO				
NA1	NA1		NEUROLOGIA	14	0	0	14
NA1	NA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	0	2	26
NA1	NA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	0	11	35
NA1	NA1		TERAPIA INTENSIVA	8	2	0	10
NA1	NA1		UNITA' CORONARICA	8	0	0	8
NA1	NA1		NEONATOLOGIA	14	0	0	14
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST Totale				193	5	17	215
ASL		Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE			
				Totale	DH	DS	TOTALE
NA1	NA1	P.O.	CHIRURGIA PEDIATRICA	2		6	8
NA1	NA1	ANNUNZIATA	NIDO				
NA1	NA1	CONFLUISCE NEL	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	22		4	26
NA1	NA1	NUOVO OSPEDALE	PEDIATRICA	24	12	0	36
NA1	NA1	DEL MARE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16	3	0	19
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST Totale				64	15	10	89
ASL		Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE			
				Totale	DH	DS	TOTALE
NA1	NA1	P.O. ASCALESI	CARDIOLOGIA	15	2		17
NA1	NA1		CHIRURGIA GENERALE	41	0	7	48
NA1	NA1	CONFLUISCE NEL	CHIRURGIA TORACICA	12	0	1	13
NA1	NA1	NUOVO OSPEDALE	MEDICINA GENERALE	16	4	0	20
NA1	NA1	DEL MARE	OCULISTICA	8	0	8	16
NA1	NA1		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	10	0	2	12
NA1	NA1		OTORINOLARINGOIATRIA	8	0	7	15
NA1	NA1		UROLOGIA	12	0	5	17
NA1	NA1		TERAPIA INTENSIVA	3	1	0	4
NA1	NA1		DERMATOLOGIA	0	2	0	2
NA1	NA1		GASTROENTEROLOGIA	11	1	0	12
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST Totale				136	10	30	176

I P.O. Ospedalieri Loreto Mare, Annunziata e Ascalesi, confluiranno nel nuovo Ospedale del Mare che è configurato quale presidio sede del III livello dell'emergenza con una dotazione di 500 (450 + 50) posti letto e la cui attivazione è prevista per il 2011.

I tre presidi ospedalieri cittadini saranno destinati a strutture territoriali.

TAVOLA 10

Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
		Totale	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
P.O. CTO	CARDIOLOGIA	4	2	0	6	0	0	0	0
P.O. A FUNZIONE	CHIRURGIA GENERALE	9		4	13	8	0	2	10
SPECIALISTICA	MEDICINA SPORTIVA	1	1	0	2	1	1	0	2
ORTOPEDICA	MEDICINA GENERALE	17	2	0	19	8	0	2	10
	NEUROLOGIA	14	4	0	18	0	0	0	0
	OCULISTICA	10	0	2	12	0	0	1	1
	ORTOPEDIA	51	0	2	53	26	0	4	30
	UROLOGIA	8	0	2	10	0	0	0	0
	TERAPIA INTENSIVA Post Operatoria	8	0	0	8	4	0	0	4
	RECUPERO E RIABILITAZIONE	22	2	0	24	18	2	0	20
	UNITA' SPINALE	0	0	0	0	10	0	0	10
	ORTOPEDIA	0	0	0	0	18	0	2	20
		0	0	0	0	83	3	11	107
		144	11	10	165	93	3	11	107

PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST 2016
 Nel Presidio Ospedaliero è presente il Dipartimento di Neurochirurgia della II Facoltà di Medicina degli Studi di Napoli

TAVOLA 11

TAVOLA 11

Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
		Totale	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
P.O. SAN PAOLO II LIV. EMERGENZA	ALLERGOLOGIA	0	3	0	3	0	0	0	0
	CHIRURGIA GENERALE	28	0	4	32	23	0	2	25
	EMATOLOGIA	0	1	0	1	0	0	0	0
	MEDICINA GENERALE	46	2	0	48	28	2	0	30
	NIDO								
	NEUROLOGIA	14	2	0	16	13	0	2	15
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	0	2	30	13	0	2	15
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	0	10	24	14	0	8	22
	PEDIATRIA	17	2	0	19	13	0	2	15
	TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8
	ASTANTERIA	2	0	0	2	2	0	0	2
	NEONATOLOGIA	10	0	0	10	10	0	0	10
	CARDIOLOGIA con UTIC	0	0	0	0	8	2	0	10
		167	10	16	193	137	12	12	152
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI S. VESUVIO Totale		167	10	16	193	137	12	12	152

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			Totale	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
NA1	P.O. PELLEGRINI	ALLERGOLOGIA	1	2	0	3	0	0	0	0
NA1	II LIV. EMERGENZA	CARDIOLOGIA	9	2	0	11	8	2	0	10
NA1		CHIRURGIA GENERALE	23	0	5	28	21	0	2	23
NA1		CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1	2	1	0	1	2
NA1		CHIRURGIA VASCOLARE	12	0	4	16	13	0	2	15
NA1		MEDICINA GENERALE	8	2	0	10	8	2	0	10
NA1		NEFROLOGIA	5	7	0	12	5	7	0	12
NA1		OCULISTICA	7	0	8	15	7	0	8	15
NA1		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	2	0	2	4	3	0	2	5
NA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	0	4	24	13	0	2	15
NA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	0	1	2	1	0	1	2
NA1		OTORINOLARINGOIATRIA	5	0	1	6	5	0	1	6
NA1		UROLOGIA	2	0	3	5	0	0	0	0
NA1		TERAPIA INTENSIVA	7	0	1	8	8	0	0	8
NA1		UNITA' CORONARICA	8	0	0	8	8	0	0	8
NA1		ASTANTERIA	2	0	0	2	2	0	0	2
NA1		GASTROENTEROLOGIA	0	4	0	4	4	0	0	4
NA1		RADIOLOGIA	0	2	0	2	0	0	0	0
PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI S. VESUVIO Totale			113	19	30	162	107	12	12	131

TAVOLA 12

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			Totale	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
NA1	P.O. SAN GENNARO	CARDIOLOGIA	12	5	0	17	0	0	0	0
NA1	I LIV. EMERGENZA	CHIRURGIA GENERALE	28	0	2	30	23	0	2	25
NA1		EMATOLOGIA	6	10	0	16	16	4	0	20
NA1		MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E	12	6	0	18	7	1	0	8
NA1		MEDICINA GENERALE	22	2	0	24	23	2	0	25
NA1		NIDO								
NA1		NEUROLOGIA	12	4	0	16	11	4	0	15
NA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	0	3	10	7	0	3	10
NA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	9	0	6	15	9	0	6	15
NA1		OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	3	13	7	0	3	10
NA1		PSICHIATRIA	8	0	0	8	8	0	0	8
NA1		UROLOGIA	11	0	6	17	13	0	2	15
NA1		TERAPIA INTENSIVA	2	0	0	2	0	0	0	0
NA1		DERMATOLOGIA	4	2	0	6	4	2	0	6
NA1		GASTROENTEROLOGIA	8	4	0	12	8	4	0	12
NA1		ONCOLOGIA	0	10	0	10	0	10	0	10
NA1		DIABETOLOGIA	0	0	0	0	7	1	0	8
NA1		RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0	0	0	0	8	2	0	10
NA1		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	0	0	0	0	4	0	0	4
PRESIDIO OSPEDALIERO NIPOLIOVESI			151	43	20	214	155	30	18	201

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 13

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE			NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOTALE	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS
NA1	LORETO CRISPI	DAY HOSPITAL	0	8	8	16	0	6	12
NA1	PRES.INTERMEDIO	RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	0	0	0	0	4	4
	PRESIDIO OSPEDALIERO NA1	LOVEST 1000	0	8	8	16		10	6

ASL		CARRI	ATTUALE CONFIGURAZIONE			NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOTALE	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS
NA1							15	0	0
									15

TAVOLA 14

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	PRECEDENTE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOTALE ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOTALE ORDINARI	DH	DS	TOTALE
NA1	P.O. FATEBENEFRATELLI Il livello dell'emergenza	CARDIOLOGIA	12	0	0	12	12	0	0	12
NA1		CHIRURGIA GENERALE	32	0	2	34	32	0	2	34
NA1		MEDICINA GENERALE	38	2	0	40	28	2	0	30
NA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	0	1	33	32	0	1	33
NA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	56	0	1	57	46	0	1	47
NA1		PEDIATRIA	4	0	0	4	4	0	0	4
NA1		TERAPIA INTENSIVA	4	0	0	4	4	0	0	4
NA1		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	4	0	0	4
NA1		NEONATOLOGIA	14	0	0	14	14	0	0	14
NA1		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	0	0	6	6	0	0	6
NA1		TOTALE	202	2	3	208	182	2	3	188
NA1	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRATELLI P.O. FONDAZ. EVANGELICA BETANIA Il livello dell'emergenza	CARDIOLOGIA	6	0	0	6	6	0	0	6
NA1		CHIRURGIA GENERALE	27	3	0	30	24	0	3	27
NA1		MEDICINA GENERALE	29	3	0	32	24	0	3	27
NA1		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA1		OCULISTICA	15	5	0	20	15	0	5	20
NA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	2	0	10	8	0	2	10
NA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	35	3	0	38	33	0	3	36
NA1		TERAPIA INTENSIVA	2	0	0	2	2	0	0	2
NA1		NEONATOLOGIA	8	2	0	10	8	2	0	10
NA1		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10	0	0	10	10	0	0	10
NA1		TOTALE	140	18	0	158	180	2	18	148
NA1	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA TOTALE		140	18	0	158	180	2	18	148

TAVOLA 15

TAVOLA 15

		ATTUALE CONFIGURAZIONE					NUOVA CONFIGURAZIONE				
ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	
NA2	OSPEDALE SAN GIULIANO II LIVELLO EMERGENZA	DAY HOSPITAL	0	3	0	3	0	0	0	0	
NA2		CARDIOLOGIA	6	3	0	9	10	2	0	12	
NA2		CHIRURGIA GENERALE	24	0	3	27	23	0	2	25	
NA2		MEDICINA GENERALE	22	2	0	24	23	2	0	25	
NA2		NEUROLOGIA	2	0	0	2	0	0	0	0	
NA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	0	3	15	12	0	3	15	
NA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	0	3	19	18	0	2	20	
NA2		PEDIATRIA	2	2	0	4	2	2	0	4	
NA2		UROLOGIA	6	0	3	9	6	0	3	9	
NA2		TERAPIA INTENSIVA	6	0	0	6	8	0	0	8	
NA2		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	4	0	0	4	
NA2		ASTANTERIA	5	0	0	5	5	0	0	5	
NA2		EMODIALISI	2	0	0	2	2	0	0	2	
NA2	GASTROENTEROLOGIA	2	0	0	2	0	2	0	2		
NA2	ONCOLOGIA	2	0	0	2	0	2	0	2		
NA2											
NA2	OSPEDALE SAN GIULIANO Totale		111	10	12	133	113	10	10	133	
NA2	P.O. RIZZOLI DI ISCHIA	CARDIOLOGIA	4	0	0	4	4	0	0	4	
NA2		CHIRURGIA GENERALE	15	0	0	15	13	0	2	15	
NA2		MEDICINA GENERALE	16	0	0	16	14	2	0	16	
NA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	0	0	8	6	0	2	8	
NA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	9	0	0	9	8	0	1	9	
NA2		PEDIATRIA	5	0	0	5	3	2	0	5	
NA2		TERAPIA INTENSIVA	5	0	0	5	5	0	0	5	
NA2		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	4	0	0	4	
NA2		EMODIALISI (*)	11	0	0	11	0	0	0	0	
NA2			77	-	-	77	57	4	5	66	
NA2		CHIRURGIA GENERALE	3	0	0	3	3	0	2	5	
NA2		MEDICINA GENERALE	3	0	0	3	3	2	0	5	
NA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	0	0	3	3	0	0	3	
NA2											
NA2	OSPEDALE RIZZOLI Totale		9	-	-	9	9	2	2	13	
NA2	OSPEDALE CIVILE ALBANO FRANCESCANO PROCIDA	CHIRURGIA GENERALE	3	0	0	3	3	0	2	5	
NA2		MEDICINA GENERALE	3	0	0	3	3	2	0	5	
NA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	0	0	3	3	0	0	3	
NA2											
NA2	OSPEDALE CIVILE ALBANO FRANCESCANO Totale		9	-	-	9	9	2	2	13	

* Il P.O. Rizzoli di Ischia erogherà attività di dialisi in regime ambulatoriale (11 posti tecnici)

TAVOLA 16			ATTUALE CONFIGURAZIONE					NUOVA CONFIGURAZIONE				
ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE		
NA2	OSPEDALE S.M.DELLE GRAZIE II LIVELLO EMERGENZA	CARDIOLOGIA	6	3	0	9	6	3	0	9		
NA2		CHIRURGIA GENERALE	24	0	0	24	23	0	2	25		
NA2		GERIATRIA	6	0	0	6	6	0	0	6		
NA2		MEDICINA GENERALE	30	3	0	33	23	2	0	25		
NA2		NEUROCHIRURGIA + T.I. POST OP.	21	0	3	24	21	0	3	24		
NA2		OCULISTICA	0	0	3	3	0	0	3	3		
NA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	0	3	27	17	0	3	20		
NA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21	0	3	24	22	0	3	25		
NA2		OTORINOLARINGOIATRIA	6	0	3	9	6	0	3	9		
NA2		PEDIATRIA	20	3	0	23	13	2	0	15		
NA2		PSICHIATRIA	12	0	0	12	12	0	0	12		
NA2		UROLOGIA	6	0	3	9	6	4	0	10		
NA2		TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8		
NA2		UNITA' CORONARICA	8	0	0	8	8	0	0	8		
NA2		FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	0	3	3	3	0	3	0	3		
NA2		GASTROENTEROLOGIA	0	3	0	3	0	3	0	3		
NA2		ONCOEMATOLOGIA	8	2	0	10	6	4	0	10		
NA2		RIABILITAZIONE POLISPECIALISTICA	0	0	0	0	12	0	0	12		
NA2	OSPEDALE S.M.DELLE GRAZIE Totale		200	14	21	235	189	21	17	227		

TAVOLA 17

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA3	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI DI DIO CONFLUISCE NEL NUOVO OSPEDALE DI AFRAGOLA II LIVELLO DELL'EMERGENZA	CARDIOLOGIA	9	0	0	9	18	2	0	20
NA3		CHIRURGIA GENERALE	20	3	3	23	23	0	2	25
NA3		MEDICINA GENERALE	19	4	0	23	23	2	0	25
NA3		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA3		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	0	0	14	18	0	2	20
NA3		OSTETRICIA E GINECOLOGIA *	16	3	3	19	23	0	2	25
NA3		PEDIATRIA	10	1	0	11	12	3	0	15
NA3		PSICHIATRIA	4	2	0	6	8	2	0	10
NA3		ONCOLOGIA	10	5	0	15	15	5	0	20
NA3		UTIC	0	0	0	0	8	0	0	8
NA3		TERAPIA INTENSIVA	0	0	0	0	8	0	0	8
NA3		NEONATOLOGIA	0	0	0	0	10	0	0	10
NA3		OSSERVAZIONE BREVE	0	0	0	0	4	0	0	4
NA3		RIABILITAZ. CARDIOLOGIA	0	0	0	0	10	0	0	10
NA3			102	12	6	120	180	14	6	200
NA3	NUOVO AFRAGOLA TOTALE		26	0	5	31	26	0	5	31
NA3	ISTITUTO DI CURA MARIA SS. DELLA PIETA'	CHIRURGIA GENERALE	38	17	0	55	26	2	0	28
NA3		MEDICINA GENERALE **	5	0	5	10	5	0	5	10
NA3		OCULISTICA	5	0	5	10	5	0	5	10
NA3		OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	4	14	10	0	4	14
NA3		UROLOGIA	0	0	0	0	5	5	0	10
NA3		ONCOLOGIA	0	0	0	0	4	0	0	4
NA3		AREA CRITICA - T.I.P.O. ***	84	17	19	120	81	7	19	107
NA3	ISTITUTO DI CURA MARIA SS. DELLA PIETA' Totale		102	12	6	120	180	14	6	200

Il P.O. San Giovanni di Dio confluirà nel nuovo presidio ospedaliero di Afragola. L'attuale presidio rimarrà nella disponibilità dell'azienda sanitaria.

* Due posti letto dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia sono destinati all'attività di procreazione medicalmente assistita.

** Nell'U.O. di Medicina Generale sono ricompresi i posti letto di Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia.

*** T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 18

TAVOLA 18			ATTUALE CONFIGURAZIONE					NUOVA CONFIGURAZIONE		
ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA4	PRES. OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETA' NOLA II LIVELLO EMERGENZA	CARDIOLOGIA	12	0	0	12	12	2	0	14
NA4		CHIRURGIA GENERALE	14	0	2	16	23	2	0	25
NA4		GERIATRIA	5	1	0	6	0	0	0	0
NA4		MEDICINA GEN E D'URGENZA	14	1	0	15	23	2	0	25
NA4		NEFROLOGIA	1	1	0	2	1	2	0	3
NA4		OCULISTICA	0	0	4	4	0	4	4	4
NA4		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	0	1	17	18	0	2	20
NA4		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	0	2	8	23	0	2	25
NA4		OTORINOLARINGOIATRIA	3	0	1	4	3	1	0	4
NA4		PEDIATRIA	14	2	0	16	6	4	0	10
NA4		UROLOGIA	4	0	1	5	4	0	1	5
NA4		TERAPIA INTENSIVA	4	0	0	4	4	0	0	4
NA4		UNITA' CORONARICA	6	0	0	6	6	0	0	6
NA4		ASTANTERIA	10	0	0	10	0	0	0	0
NA4		RECUPERO E RIABILITAZIONE	10	4	0	14	0	0	0	0
NA4		GASTROENTEROLOGIA	0	1	0	1	0	0	0	0
NA4		LUNGODEGENTI	7	0	0	7	0	0	0	0
NA4		ONCOLOGIA	0	8	0	8	10	5	0	15
NA4		NEONATOLOGIA	0	0	0	0	4	0	0	4
NA4	PRES. OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETA' Totale		126	18	11	155	137	18	9	164

TAVOLA 19

TAVOLA 19

		ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE				
ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA4	OSPEDALE CAV RAFFAELE APICELLA CONFLUIRA' NEL NUOVO OSPEDALE DI POMIGLIANO	CARDIOLOGIA	6	1	0	7	0	0	0	0
NA4		CHIRURGIA GENERALE	18		2	20	8	2	0	10
NA4		MEDICINA GENERALE	21	3	0	24	8	2	0	10
NA4		NEFROLOGIA	0	1	0	1	0	0	0	0
NA4	OSPEDALE TERRITORIALE POLISPECIALISTICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12		1	13	18	2	0	20
NA4		OSTETRICIA E GIN + IVG	18		2	20	2	0	0	2
NA4		PEDIATRIA	8	1	0	9	0	0	0	0
NA4		PSICHIATRIA	16	0	0	16	16	0	0	16
NA4		UNITA' CORONARICA	6	0	0	6	0	0	0	0
NA4		NEONATOLOGIA	4	0	0	4	0	0	0	0
NA4		ONCOLOGIA	0	8	0	8	0	0	0	0
NA4		PNEUMOLOGIA + FISIOF. RESP	3	1	0	4	13	2	0	15
NA4		GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	13	2	0	15
NA4		DIABETOLOGIA E MAL. DEL RICAMBIO	0	0	0	0	8	2	0	10
NA4		RIABILITAZIONE INTENSIVA RESP	0	0	0	0	8	4	0	12
NA4		RIABILITAZIONE INTENSIVA ORTOPEDIC	0	0	0	0	0	4	0	15
NA4		NEUROLOGIA	0	0	0	0	13	2	0	10
NA4		RIABILITAZIONE INTENS. NEUROLOGICA	0	0	0	0	8	2	0	10
NA4		GERIATRIA	0	0	0	0	4	1	0	5
NA4		AREA CRITICA	0	0	0	0	4	0	0	4
			112	15	5	132	131	23	-	154

Il P.O. Cav. Raffaele Apicella di Pollena Trocchia confluirà nel nuovo ospedale di Pomigliano D'arco. L'attuale presidio rimarrà nella disponibilità dell'Azienda sanitaria.

TAVOLA 20

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA5	OSP MARESCA ** CON FUNZIONE SPECIALISTICA GASTROENTEROLOGICA II LIVELLO DELL'EMERGENZA	CARDIOLOGIA *	2	0	0	2	0	0	0	0
NA5		CHIRURGIA GENERALE	12	0	1	13	13	0	2	15
NA5		MEDICINA GENERALE	22	2	0	24	23	2	0	25
NA5		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	0	1	14	0	0	0	0
NA5		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	0	0	18	0	0	0	0
NA5		OTORINOLARINGOIATRIA	12	0	0	12	0	0	0	0
NA5		PEDIATRIA	4	1	0	5	0	0	0	0
NA5		UROLOGIA	13	0	1	14	13	0	1	14
NA5		UNITA' CORONARICA	6	0	0	6	0	0	0	0
NA5		RECUPERO E RIABILITAZIONE	18	2	0	20	0	0	0	0
NA5		NEONATOLOGIA	6	0	0	6	0	0	0	0
NA5		GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	20	5	0	24
NA5		DIABETOLOGIA E MALATT. NUTRIZIONE	0	0	0	0	10	3	0	13
NA5		MALATTIE DEL FEGATO E DEL RICAMBIO	0	0	0	0	10	3	0	13
NA5		AREA CRITICA - T.I.P.O. ***	0	0	0	0	4	0	0	4
NA5		OSPEDIALE MARESCA TOTALE	128	5	3	134	93	13	3	109
NA5	OSP BOSCORECANE II LIVELLO DELL'EMERGENZA	CHIRURGIA GENERALE	18	0	1	19	23	0	2	25
NA5		MEDICINA GENERALE	24	1	0	25	23	0	2	25
NA5		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	0	1	15	18	0	2	20
NA5		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	0	1	15	23	0	2	25
NA5		OTORINOLARINGOIATRIA	8	0	1	9	12	0	3	15
NA5		PEDIATRIA	6	1	0	7	13	0	2	15
NA5		UNITA' CORONARICA	5	0	0	5	0	0	0	0
NA5		ASTANTERIA	4	0	0	4	0	0	0	0
NA5		CARDIOLOGIA CON UTIC	0	0	0	0	10	0	0	10
NA5		NEONATOLOGIA	0	0	0	0	6	0	0	6
NA5		UROLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	0	0	0	18	2	0	20
NA5		TERAPIA INTENSIVA	0	0	0	0	5	0	5	5
NA5		OSPEDIALE BOSCORECANE TOTALE	93	2	4	99	151	2	13	166

A modifica di quanto previsto nella DRGC 2162 del 14.12.2007 in considerazione della nuova configurazione assunta dall'Ospedale Maresca di Torre del Greco, il punto nascita di questo presidio ospedaliero confluisce nel P.O. di Boscorecane. Tale trasferimento avverrà al completamento dei lavori che interessano il P.O. di Boscorecane.

(*) L'Unità Operativa di Cardiologia presso il P.O. Maresca di Torre del Greco è riconfigurata quale servizio di diagnosi e cura senza posti letto.

(**) E' prevista l'istituzione di un servizio di PSAUT.

(***) T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 21

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA5	OSP SAN LEONARDO - GRAGNANO II LIVELLO DELL'EMERGENZA	CARDIOLOGIA CON UTIC	5	1	0	6	18	2	0	20
NA5		CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	18	0	2	20	23	0	2	26
NA5		NEFROLOGIA	7	1	0	8	7	1	0	8
NA5		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		NEUROLOGIA	14	2	0	16	13	2	0	15
NA5		OCULISTICA	3	0	1	4	2	0	2	4
NA5		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	0	1	2	0	0	0	0
NA5		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	0	2	17	18	0	2	20
NA5		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	30	0	3	33	23	0	2	25
NA5		OTORINOLARINGOIATRIA	3	0	1	4	3	0	1	4
NA5		PEDIATRIA	7	1	0	8	6	2	0	8
NA5		UROLOGIA	21	0	3	24	13	0	2	15
NA5		TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8
NA5		UNITA' CORONARICA	6	0	0	6	0	0	0	0
NA5		ASTANTERIA- MED. GENERALE E D'URG.	42	0	2	44	23	0	2	25
NA5		NEONATOLOGIA	8	1	0	9	8	1	0	9
NA5		GERIATRIA	16	2	0	18	18	2	0	20
NA5		MEDICINA GENERALE	22	6	0	28	23	2	0	25
NA5		PSICHIATRIA	4	0	0	4	4	0	0	4
NA5	OSPEDALE SAN LEONARDO-GRAGNANO TOT		230	14	15	259	210	12	13	235

TAVOLA 22

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINA RI	DH	DS	TOTALE
NA5	OSP S.MARIA DELLA MISERICORDIA	CARDIOLOGIA CON UTIC	14	5	0	19	18	2		20
NA5	P.O. SORRENTO	CHIRURGIA GENERALE	28	0	5	33	23	0	2	25
NA5	II LIVELLO EMERGENZA	MEDICINA GENERALE	28	5	0	33	23	0	2	25
NA5		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	5	0	25	18	0	2	20
NA5		TERAPIA INTENSIVA	5	0	0	5	5	0	0	5
NA5			95	15	5	115	87	2	6	95
NA5	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA TOTALE		25	0	5	30	13	0	2	15
NA5	OSP DE LUCA E ROSSANO	CHIRURGIA GENERALE	25	5	0	30	13	2	0	15
NA5	I LIVELLO DELL'EMERGENZA	MEDICINA GENERALE	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		NIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
NA5		OCULISTICA	0	0	10	10	0	0	10	10
NA5		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	29	0	5	34	27	0	3	30
NA5		PEDIATRIA	25	5	0	30	18	2	0	20
NA5		NEONATOLOGIA	0	0	0	0	10	0	0	10
NA5		AREA CRITICA - T.I.P.O.**	0	0	0	0	4	0	0	4
NA5			104	10	20	134	85	4	15	104
NA5	OSPEDALE DE LUCA E ROSSANO TOTALE									

**T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 23

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DS	DH	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DS	DH	TOTALE
SA1	P.O. S. MARIA DELL'OLMO CAVA	CARDIOLOGIA	8	1	0	9	8	1	0	9
SA1		CHIRURGIA GENERALE	19	0	5	24	19	0	5	24
SA1		M. ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	7	3	0	10	7	1	1	8
SA1	1 LIVELLO EMERGENZA RETE EMERGENZA	GERIATRIA	0	1	0	1	0	0	0	0
SA1		MEDICINA GENERALE	22	1	0	23	22	1	0	23
SA1		NIDO								
SA1		OCULISTICA	0	0	2	2	0	0	0	0
SA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	0	4	12	8	0	4	12
SA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	0	2	18	16	0	2	18
SA1		PEDIATRIA	8	2	0	10	6	4	0	10
SA1		TERAPIA INTENSIVA *	8	0	0	8	4	0	0	4
SA1		UNITA' CORONARICA	2	0	0	2	0	0	0	0
SA1		RECUPERO E RIABILITAZIONE	2	1	0	3	0	0	0	0
SA1		PNEUMOLOGIA	8	2	0	10	8	2	0	10
SA1		AREA CRITICA - T.I.P.O. **	0	0	0	0	4	0	0	4
SA1	P.O. S. MARIA DELL'OLMO CAVA Totale		108	11	13	132	102	9	11	122

* I 4 posti letto di Terapia Intensiva sono allocati presso il Presidio di Castiglione di Ravello

** T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 24

TAVOLA 24

		ATTUALE CONFIGURAZIONE				
ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
	P.O. UMBERTO I	CARDIOLOGIA	18	1	0	19
SA1	NOCERA	CHIRURGIA GENERALE	22	0	2	24
SA1		MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	16	4	0	20
SA1		MEDICINA GENERALE	20	1	0	21
SA1		NEFROLOGIA	9	3	0	12
SA1		NEUROCHIRURGIA	20	0	0	20
SA1		NIDO				
SA1		NEUROLOGIA	18	2	0	20
SA1		OCULISTICA	3	0	6	9
SA1		ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	8	0	3	11
SA1		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	25	0	3	28
SA1		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	29	0	3	32
SA1		OTORINOLARINGOIATRIA	14	0	6	20
SA1		PEDIATRIA	12	1	0	13
SA1		PSICHIATRIA	16	0	0	16
SA1		UROLOGIA	15	0	5	20
SA1		TERAPIA INTENSIVA	12	0	0	12
SA1		UNITA' CORONARICA	8	0	0	8
SA1		GASTROENTEROLOGIA	4	1	0	5
SA1		NEONATOLOGIA	9	0	0	9
SA1		ONCOLOGIA	2	13	0	15
SA1		ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	0	3	0	3
SA1		ONCOEMATOLOGIA	10	5	0	15
SA1		PNEUMOLOGIA	18	2	0	20
SA1		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	9	0	0	9
SA1			317	36	28	381
SA1	P.O. UMBERTO I Totale		11	0	4	15
SA1	P.O. ANDREA TORTORA	CHIRURGIA GENERALE	21	1	0	22
SA1	PAGANI	MEDICINA GENERALE	6	0	0	6
SA1		TERAPIA INTENSIVA	8	4	0	12
SA1		DERMATOLOGIA				
SA1	P.O. ANDREA TORTORA Totale		46	5	4	55

TAVOLA 25

OSP. NOCERA PAGANI III LIVELLO RETE EMERGENZA					NUOVA CONFIGURAZIONE			
Descrizione disciplina					TOT. P. ORDINARI	DI	OS	TOTALE
CARDIOLOGIA					14	1	0	15
CHIRURGIA GENERALE					23	0	2	25
CHIRURGIA D'URGENZA					15	0	0	15
CHIRURGIA PEDIATRICA					3	2	0	5
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI					16	2	0	18
MEDICINA GENERALE					22	3	0	25
NEFROLOGIA					9	3	0	12
NEUROCHIRURGIA E NEUROTALMATOLOGIA					20	0	0	20
NIDO								0
NEUROLOGIA CON STROKE UNIT					14	1	0	15
OCULISTICA					3	0	0	3
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					8	0	3	11
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					22	0	3	25
OSTETRICIA E GINECOLOGIA					22	0	3	25
OTORINOLARINGOIATRIA					14	0	6	20
PEDIATRIA					12	1	0	13
PSICHIATRIA					16	0	0	16
UROLOGIA					15	0	5	20
TERAPIA INTENSIVA					12	0	0	12
UNITA' CORONARICA CON EMODINAMICA INTERVENTISTICA					8	0	0	8
GASTROENTEROLOGIA					4	1	0	5
NEONATOLOGIA					9	0	0	9
ONCOLOGIA					2	13	0	15
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA					0	3	0	3
ONCOEMATOLOGIA					10	5	0	15
PNEUMOLOGIA					18	2	0	20
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE					9	0	0	9
DERMATOLOGIA					8	4	0	12
TOTALE					225	39	30	397

OSP. NOCERA PAGANI III LIVELLO RETE EMERGENZA					NUOVA CONFIGURAZIONE	
PRESIDIO DI PAGANI						
Descrizione disciplina						
ATTIVITA' INTRAMOEIA *					40 POSTI LETTO	
* 140 POSTI LETTO PER L'ATTIVITA' INTRAMOEIA DI RICOVERO OSPEDALIERO, RIENTRANTI NEI 397 POSTI TOTALI ASSEGNATI AL PRESIDIO DI NOCERA, NON CHE DI ALTRE ATTIVITA' SANITARIE, SARANNO DEFINITI SULLA BASE DELLE VALUTAZIONI DELLA DIREZIONE GENERALE.						
PRESIDIO DI PAGANI					5 RIUNITI	
ODONTOIATRIA AMBULATORIALE					12 POSTI RENE	
DIALISI AMBULATORIALE						

TAVOLA 26													
P.O. VILLA MALTA													
II LIVELLO DELL'EMERGENZA													
SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1
SARNO													
CARDIOLOGIA													
CHIRURGIA GENERALE													
MEDICINA GENERALE													
NIDO													
OSTETRICIA E GINECOLOGIA													
PEDIATRIA													
UNITA' CORONARICA													
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA													
TERAPIA INTENSIVA													
P.O. VILLA MALTA Totale													
SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI													
II LIVELLO DELLA RETE DELL'EMERGENZA													
CARDIOLOGIA													
CHIRURGIA GENERALE													
MEDICINA GENERALE													
NEFROLOGIA													
NIDO													
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA													
OSTETRICIA E GINECOLOGIA													
PEDIATRIA													
UROLOGIA													
TERAPIA INTENSIVA													
NEONATOLOGIA													
REUMATOLOGIA													
AREA CRITICA - T.I.P.O.*													
P.O. MAURO SCARLATO SCAFATI Totale													
SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1	SA1

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 27

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA2	P.O. SAN FRANCESCO D'ASSISI	CARDIOLOGIA	6	1	0	7	6	1	0	7
SA2	OLIVETO CITRA	CHIRURGIA GENERALE	25	0	3	28	22	0	3	25
SA2	IL LIVELLO DELL'EMERGENZA	MEDICINA GENERALE	26	3	0	29	23	2	0	25
SA2		NIDO								
SA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	0	2	14	12	0	2	14
SA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	17	0	3	20	8	0	2	10
SA2		PEDIATRIA	6	2	0	8	4	2	0	6
SA2		PSICHIATRIA	0	4	0	4	6	0	0	6
SA2		UROLOGIA	13	0	4	17	10	0	3	13
SA2		TERAPIA INTENSIVA	4	3	0	7	0	0	0	0
SA2		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	0	0	0	0
SA2		RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	1	0	1	0	0	0	0
SA2		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	0	0	0	0	6	0	0	6
SA2	P.O. SAN FRANCESCO D'ASSISI Totale		113	14	12	139	97	5	10	112

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

TAVOLA 28

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
	P. O. MARIA SS. ADDOLORA EBOLI	CARDIOLOGIA	10	1	0	11
SA2		CHIRURGIA GENERALE	21	0	1	22
SA2		MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	4	2	0	6
SA2		GERIATRIA	15	1	0	16
SA2		MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	9	1	0	10
SA2		MEDICINA GENERALE	31	1	0	32
SA2		NEFROLOGIA	4	2	0	6
SA2		NEUROLOGIA	8	1	0	9
SA2		OCULISTICA	12	0	3	15
SA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	0	2	24
SA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	0	5	23
SA2		OTORINOLARINGOIATRIA	11	0	1	12
SA2		PEDIATRIA	5	3	0	8
SA2		UROLOGIA	10	0	3	13
SA2		TERAPIA INTENSIVA	7	0	0	7
SA2		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4
SA2			191	12	15	218
SA2	PRESIDIO OSPEDALIERO MARIA SS. ADDOLORA Totale	CARDIOLOGIA	11	1	0	12
SA2		CHIRURGIA GENERALE	16	0	2	18
SA2	PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA BATTIPAGLIA	MEDICINA GENERALE	16	4	0	20
SA2		UNITA' SPINALE	5	0	0	5
SA2		NIDO				
SA2		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21	0	2	23
SA2		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	0	2	22
SA2		PEDIATRIA	5	1	0	6
SA2		TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8
SA2		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4
SA2		ASTANTERIA	0	8	0	8
SA2		NEONATOLOGIA	6	1	0	7
SA2		PNEUMOLOGIA	0	2	0	2
SA2		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	0	0	12
SA2			124	17	6	147
SA2	PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA SPERANZA Totale					

I P.O. di Santa Maria della Speranza di Battipaglia e M.S. Addolorata di Eboli, confluiranno nel nuovo ospedale della Valle del Sele, configurato al II livello della rete dell'emergenza.

TAVOLA 29 NUOVO OSP DELLA VALLE DEL SELE - EBOLI-BATTIPAGLIA II IV					
Descrizione disciplina	NUOVA CONFIGURAZIONE				
	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	
CARDIOLOGIA	18	2	0	20	
CHIRURGIA GENERALE	21	0	4	25	
GERIATRIA	10	1	0	11	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI E ONCODERMOMENEREOLOGIA	11	1	0	12	
MEDICINA GENERALE ED ENDOCRINOLOGIA	26	2	0	28	
NEFROLOGIA	4	6	0	10	
NEUROCHIRURGIA	10	0	0	10	
NEUROLOGIA CON STROKE UNIT	10	2	0	12	
NEUROLISTICA	9	0	5	14	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	0	5	18	
CHIRURGIA DALLA MANO E DEL PIEDE	2	0	0	2	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	0	5	25	
OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	5	15	
PEDIATRIA	6	4	0	10	
UROLOGIA	10	0	4	14	
TERAPIA INTENSIVA	12	0	0	12	
UNITA' CORONARICA CON EMOdinamica INTERVENTISTICA	12	0	0	12	
NEONATOLOGIA	5	1	0	6	
MEDICINA D'URGENZA	5	0	0	5	
CHIRURGIA D'URGENZA	9	0	0	9	
PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	10	0	0	10	
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	5	0	0	5	
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	0	0	8	
TOTALE	246	19	28	293	

TAVOLA 30

TAVOLA 30

		Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
ASL	Denominazione struttura		TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA2	OSPEDALE AMICO G. FUCITO - M.S. SEVERINO I LIVELLO DELL'EMERGENZA	ALLERGIOLOGIA	0	2	0	2	0	2	0	2
SA2		ANGIOLOGIA	0	2	0	2	2	2	0	4
SA2		CARDIOLOGIA	6	1	0	7	6	1	0	7
SA2		CHIRURGIA GENERALE	21	0	2	23	10	0	10	20
SA2		MEDICINA GENERALE	37	7	0	44	21	2	0	23
SA2		NEFROLOGIA	2	1	0	3	0	0	0	0
SA2		NIDO					0	0	0	0
SA2		ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	13	0	2	15	8	0	2	10
SA2		OSTETRICIA e GINECOLOGIA	23	0	3	26	20	0	5	25
SA2		PEDIATRIA	8	1	0	9	4	4	0	8
SA2		UROLOGIA	19	0	1	20	0	0	0	0
SA2		TERAPIA INTENSIVA	3	0	0	3	0	0	0	0
SA2		UNITA' CORONARICA	3	0	0	3	0	0	0	0
SA2		GASTROENTEROLOGIA	0	2	0	2	0	2	0	2
SA2		NEFROLOGIA	0	0	0	0	10	2	3	15
SA2		ONCOLOGIA	0	0	0	0	5	5	0	10
SA2		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	0	0	0	0	4	0	0	4
SA2			138	18	8	159	90	20	20	130
SA2			24	2	0	26	0	0	0	0
SA2			24	3	0	27	0	0	0	0
SA2	OSPEDALE AMICO G. FUCITO - M.S. SEVERINO Totale P.O.G. DA PROCIDA con funzione specialistica riabilitativa	MEDICINA GENERALE	0	0	0	0	25	0	0	25
SA2		RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	4	0	4	0	0	0	0
SA2		RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA E	0	0	0	0	20	0	0	20
SA2		POLISPECIALISTICA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA2		ONCOLOGIA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA2		LUNGODEGENZA	0	0	0	0	23	2	0	25
SA2		UNITA' DI RISVEGLIO	28	2	0	30	78	2	0	80
SA2		PNEUMOLOGIA	78	11	0	87				
SA2										
SA2		P.O.G. DA PROCIDA Totale								

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

OSP. DA PROCIDA	NUOVA CONFIGURAZIONE	
PRESIDIO DA PROCIDA		
Descrizione disciplina		
105/106/107	112 POSTI RESIDENZIALI	

TAVOLA 31

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA3	P.O. OSP. POLLA-S. ARSENIO II LIVELLO	CARDIOLOGIA	14	1	0	15	14	1	0	15
SA3		CHIRURGIA GENERALE	23	0	1	24	23	0	1	24
SA3		GERIATRIA	14	1	0	15	18	2	0	20
SA3	POLLA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	9	1	0	10	6	1	0	7
SA3		MEDICINA GENERALE	24	1	0	25	24	1	0	25
SA3		NEFROLOGIA	7	1	0	8	7	1	0	8
SA3		NIDO								
SA3		NEUROLOGIA	19	1	0	20	14	1	0	15
SA3		OCULISTICA	11	0	1	12	11	0	4	15
SA3		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	2	20	18	0	2	20
SA3		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	19	0	1	20	19	0	1	20
SA3		OTORINOLARINGOIATRIA	9	0	1	10	9	0	1	10
SA3		PEDIATRIA	9	1	0	10	9	1	0	10
SA3		PSICHIATRIA	8	0	0	8	8	0	0	8
SA3		UROLOGIA	9	0	0	9	13	0	2	15
SA3		TERAPIA INTENSIVA	8	0	0	8	8	0	0	8
SA3		UNITA' CORONARICA	8	0	0	8	8	0	0	8
SA3		ANSTANERIA	10	0	0	10	0	0	0	0
SA3		ONCOLOGIA	0	0	0	0	3	0	0	3
SA3		PNEUMOLOGIA	14	1	0	15	14	1	0	15
SA3		RIABILITAZIONE POLISPECIALISTICA	0	0	0	0	40	0	0	40
SA3	S. ARSENIO	LUNGODEGENZA	0	0	0	0	20	0	0	20
SA3			0	0	0	0	286	9	11	306
SA3	PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA-S. ARSENIO Totale		233	6	8	247				

OSP. POLLA - S. ARSENIO	NUOVA CONFIGURAZIONE
PRESIDIO DI POLLA	15 POSTI TECNICI
DIALISI AMBULATORIALE	
PRESIDIO DI SANT'ARSENIO	NUOVA CONFIGURAZIONE
HOSPICE	10 POSTI RESIDENZIALI

TAVOLA 32

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA3	P.O. DELL'IMMACOLATA SAPRI	CARDIOLOGIA	4	1	0	5	4	1	0	5
SA3	IL LIVELLO DELL'EMERGENZA	CHIRURGIA GENERALE	19	0	2	21	23	0	2	25
SA3		MEDICINA GENERALE	29	2	0	31	23	2	0	25
SA3		NIDO								
SA3		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	0	2	15	13	0	2	15
SA3		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	13	0	2	15	13	0	2	15
SA3		PEDIATRIA	3	2	0	5	3	2	0	5
SA3		TERAPIA INTENSIVA	5	0	0	5	4	0	0	4
SA3		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	4	0	0	4
SA3		EMODIALISI *	0	11	0	11	0	0	0	0
SA3		NEFROLOGIA	0	0	0	0	5	1	0	6
SA3			0	0	0	0	92	6	6	104
SA3	PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'IMMACOLATA Totale		90	16	8	112	92	6	6	104

Il Servizio di Dialisi (10 posti tecnici) del P.O. dell'Immacolata di Sapri continuerà ad erogare prestazioni in regime ambulatoriale.

TAVOLA 33

ASL	Denominazione struttura	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
		TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA3	OSPEDALE S. LUCA VALLO	28	2	0	30	18	2	0	20
SA3	CHIRURGIA GENERALE	34	0	1	35	20	0	5	25
SA3	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	14	1	0	15	14	1	0	15
SA3	CHIRURGIA D'URGENZA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3	CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3	MEDICINA GENERALE	31	2	0	33	23	2	0	25
SA3	NEUROLOGIA	0	0	0	0	8	2	0	10
SA3	NEUROCHIRURGIA	20	0	0	20	20	0	0	20
SA3	NIDO								
SA3	OCULISTICA	12	0	0	12	8	0	4	12
SA3	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	0	1	21	19	0	1	20
SA3	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	0	3	19	12	0	3	15
SA3	NEONATOLOGIA CON TIN	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3	OTORINOLARINGOIATRIA	5	0	1	6	5	0	1	6
SA3	PEDIATRIA	15	1	0	16	7	3	0	10
SA3	PSICHIATRIA	8	0	0	8	8	0	0	8
SA3	UROLOGIA	12	0	2	14	13	0	2	15
SA3	TERAPIA INTENSIVA	10	0	0	10	10	0	0	10
SA3	UNITA' CORONARICA CON ENODINAMICA INTERVENTISTICA	8	0	0	8	8	0	0	8
SA3	ASTANTERIA - MEDICINA D'URGENZA	11	0	0	11	8	0	0	8
SA3	ONCOLOGIA	0	0	0	0	2	8	0	10
SA3	DAY SURGERY	0	0	12	12	0	0	0	0
SA3	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3	OSPEDALE S. LUCA Totale	244	14	20	278	253	18	16	287

Il Presidio Ospedaliero S. Luca di Vallo erogherà attività di dialisi ambulatoriale: 5 posti tecnici.

TAVOLA 34

TAVOLA 34

ASL	Denominazione struttura	Descrizione disciplina	ATTUALE CONFIGURAZIONE				NUOVA CONFIGURAZIONE			
			TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE	TOT. P. ORDINARI	DH	DS	TOTALE
SA3	OSPEDALE DI ROCCADASPIDE Con funzione di Riabilitazione*	CARDIOLOGIA e MEDICINA	6	1	0	7	9	1	0	10
SA3		CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	20	13	0	2	15
SA3		MEDICINA GENERALE	19	1	0	20	16	0	0	16
SA3		ORTOPEDIA	5	0	1	6	8	0	0	8
SA3		RIABILITAZIONE ORTOPEDICA	0	0	0	0	10	0	0	10
SA3		UNITA' CORONARICA	4	0	0	4	0	0	0	0
SA3		LUNGODEGENZA	0	0	0	0	30	0	0	30
SA3		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	0	0	0	0	4	0	0	4
SA3			52	2	3	57	90	1	2	93
SA3			0	2	0	2	2	0	0	2
SA3	OSPEDALE DI ROCCADASPIDE Totale	ALLERGLOGIA	5	1	0	6	5	1	0	6
SA3	OSPEDALE CIVILE DI AGROPOLI Specialistico oncologico	CARDIOLOGIA	12	0	0	12	12	0	0	12
SA3		CHIR. GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOG.	8	0	0	8	10	0	0	10
SA3		ORTOPEDIA	4	0	0	4	0	0	0	0
SA3		TERAPIA INTENSIVA	4	0	0	4	0	0	0	0
SA3		UNITA' CORONARICA	0	0	0	0	12	4	0	16
SA3		ONCOLOGIA CON RADIOTERAPIA	0	0	0	0	0	5	0	5
SA3		EMATOLOGIA IMMUNOLOGIA	0	0	0	0	0	4	0	4
SA3		DERMATOLOGIA	12	0	0	12	0	0	0	0
SA3		ASTANTERIA	0	0	0	0	18	2	0	20
SA3		MEDICINA ONCOLOGICA	0	0	0	0	0	6	0	6
SA3		AREA CRITICA - T.I.P.O.*	45	3	0	48	85	16	0	81
SA3		OSPEDALE CIVILE DI AGROPOLI Totale								

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

* T.I.P.O. = Terapia Intensiva Post Operatoria

N.B. In tutti i presidi di ASL delle cinque province e nelle Aziende Ospedaliere non sono stati riportati i valori numerici relativi alle cuile del nido in quanto non rientrano nel conteggio dei posti letto.