NURSIND
Segreteria Territoriale Salerno
Salerno Nursind Nursind Salerno

Salerno, lì 17/09/2026

Prot. N. 159 / STN / 2026

Alla Direzione Generale ASL Salerno
Alla Direzione Sanitaria ASL Salerno
Alla Direzione Amministrativa ASL Salerno

e, p.c.
Alla Regione Campania – Direzione Generale Tutela della Salute
Alle OO.SS. ed alla RSU ASL Salerno

OGGETTO: Osservazioni Atto Aziendale ASL Salerno.

La scrivente Organizzazione Sindacale **NurSind Salerno**, a seguito della ricezione della Bozza di Atto Aziendale dell'ASL Salerno, è ad esprimere le seguenti valutazioni per quanto riguarda le novità in esso espresse in merito all'organizzazione ospedaliera e territoriale, nonché delle reti tempo dipendenti ed i rapporti con il privato e con l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.

RETE OSPEDALIERA

"Mauro Scarlato" di Scafati:

Nel nuovo Atto aziendale Scafati viene qualificato espressamente come:

«Presidio ospedaliero di base con Pronto Soccorso ad indirizzo pneumologico e riabilitativo».

La configurazione dei reparti e dei posti letto, tuttavia, rimane sostanzialmente uguale rispetto all'Atto precedente.

Struttura	Posti letto	Configurazione
Pneumologia	20	**UOC**
Recupero e riabilitazione funzionale	40	**UOC**
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	8	UOS
Chirurgia generale	16	UOS
Medicina generale	20	UOS
Ortopedia e traumatologia	20	UOS
Lungodegenza	20	UOSD
Reumatologia	8	UOSD
Totale della tabella ufficiale	**152**	

C.F. 94048360658 - Via Manzella, 11 cap 84127 - Salerno (SA) - tel./fax 089 – 2866824
Cell. 346 – 1073644 - E mail salerno@nursind.it PEC salerno@pec.nursind.it

Le novità più rilevanti

1. **Pronto soccorso formalmente riconosciuto**

Nel nuovo organigramma compare una:

UOS Pronto Soccorso con Osservazione Breve, senza posti letto propri.

Si tratta di un elemento positivo, ma il documento non specifica:

- numero dei posti tecnici di OBI;
- organico medico, infermieristico e OSS;
- tempi di attivazione o potenziamento;
- autonomia rispetto al Pronto soccorso di Nocera;
- disponibilità continuativa delle specialità necessarie.

2. **Indirizzo pneumologico e riabilitativo**

Scafati viene specializzato soprattutto in due aree:

- broncopneumologia, con una UOC di Pneumologia da 20 posti;
- riabilitazione intensiva respiratoria, cardiologica, neurologica e traumatologica.

Questa scelta rischia, però, di ridurre la vocazione generalista del presidio, nonostante la presenza del Pronto soccorso.

3. **Due Aree Funzionali Omogenee**

Il nuovo Atto programma:

- un'**AFO medica ad indirizzo reumatologico**, dichiarata di 28 posti, dei quali 4 ad alta intensità assistenziale;
- un'**AFO post-acuzie**, dichiarata di 68 posti, con riabilitazione intensiva multiprofessionale.

4. **Servizio di cardiologia senza posti letto**

È previsto a Scafati un **Servizio di cardiologia**, ma:

- non costituisce UOC, UOS o UOSD;
- non dispone di posti letto;
- afferisce alla UOC di Cardiologia del P.O. di Nocera Inferiore.

Pertanto non si tratta di una cardiologia autonoma né di una vera unità di degenza cardiologica.

5. **Unità di raccolta e conservazione del sangue**

Viene prevista un'unità di raccolta e conservazione del sangue collegata al Servizio trasfusionale dell'Ospedale di Nocera Inferiore.

6. **Servizi diagnostici formalizzati**

Sono previsti:

- UOS Laboratorio di analisi;
- UOS Radiologia senza posti letto;
- UOS Emodialisi senza posti letto;
- servizi diagnostici dedicati alle attività broncopneumologiche.

7. **Dipendenza organizzativa da Nocera**

Il nuovo Atto stabilisce che:

«Tutte le UU.OO.SS. sono afferenti alle rispettive UU.OO.CC. del P.O. di Nocera».

Quindi molte strutture di Scafati non hanno autonomia complessa e dipendono dalle corrispondenti UOC di Nocera. Anche il personale del comparto del blocco operatorio viene posto sotto la gestione della Direzione medica di presidio.

La grave contraddizione sui posti letto

Nel nuovo Atto emergono numeri incompatibili:

- la tabella iniziale dei presidi assegna a Scafati **152 posti letto**;
- la scheda analitica dei reparti totalizza **152 posti letto**;
- la parte descrittiva, invece, dichiara **158 posti letto**;
- l'AFO post-acuzie viene indicata con **68 posti**, mentre Riabilitazione e Lungodegenza ne totalizzano soltanto **60**.

Queste divergenze devono essere formalmente chiarite. Non è possibile stabilire dal documento dove siano collocati i **6 posti aggiuntivi** rispetto ai 152 né gli **8 posti mancanti** rispetto ai 68 dichiarati per l'AFO post-acuzie.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto attribuisce a Scafati una fisionomia più chiara, centrata su:

- Pronto soccorso;
- pneumologia;
- riabilitazione;
- post-acuzie;
- reumatologia.

Tuttavia, **non emerge un reale aumento certo dei posti letto**. La maggior parte delle discipline fondamentali — Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Rianimazione, Pronto soccorso, Radiologia e Laboratorio — resta configurata come struttura semplice e dipendente dalle UOC di Nocera.

Il rischio è che Scafati venga riconosciuto formalmente come ospedale di base con Pronto soccorso, ma senza l'autonomia organizzativa, gli organici e i servizi specialistici indispensabili per sostenerne concretamente l'attività. La contraddizione tra **152 e 158 posti letto** rende inoltre necessario un immediato chiarimento da parte dell'ASL Salerno.

Ospedale "Umberto I" di Nocera: cosa cambia

La conclusione principale è questa: **nel nuovo Atto aziendale i posti letto dell'Umberto I restano 327 e la dotazione delle singole discipline risulta sostanzialmente invariata**. Il cambiamento riguarda soprattutto il ruolo organizzativo: Nocera diventa formalmente il centro di riferimento del sistema ospedaliero **Nocera-Pagani-Scafati** e delle principali reti dell'emergenza dell'area nord.

Posti letto: nessun aumento

Area/struttura	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	12
Cardiologia	18
Chirurgia generale	30
Chirurgia vascolare	10
Malattie infettive	14
Medicina d'emergenza-urgenza	8
Medicina generale	26
Nefrologia	10
Neurochirurgia	16
Neurologia	10
Oculistica	8
Ortopedia e traumatologia	24
Ostetricia e ginecologia	30
Otorinolaringoiatria	14

Area/struttura	Posti letto
Pediatria	15
Urologia	16
Blocco operatorio e post-intensiva	4
Stroke Unit	8
Urologia oncologica	4
UTIC	8
Gastroenterologia	10
Terapia intensiva neonatale	6
Neonatologia	10
Psichiatria-SPDC	16
Totale	**327**

Quindi il nuovo Atto **non determina un incremento certo dei posti letto** rispetto al documento precedente.

Le principali novità organizzative

1. Nocera diventa il presidio guida di Pagani e Scafati

Il documento istituisce il:

«Presidio ospedaliero di I livello Nocera/Pagani/Scafati».

All'Umberto I risultano annessi:

- il P.O. "Andrea Tortora" di Pagani;
- il P.O. "Mauro Scarlato" di Scafati.

Molte strutture semplici di Pagani e Scafati afferiscono alle corrispondenti UOC di Nocera. L'Umberto I assume, quindi, una funzione sovra-presidio, con maggiori responsabilità cliniche e gestionali.

2. DEA di I livello e centro dell'emergenza dell'area nord

Nocera viene confermato come:

- **DEA di I livello**;
- sede di Pronto soccorso;
- UOC Medicina d'emergenza-urgenza con 8 posti letto;
- UOC Anestesia e rianimazione con 12 posti;

- riferimento organizzativo per l'emergenza di Pagani e Scafati.

L'Atto precisa che i 12 posti di terapia intensiva comprendono anche quelli destinati alla **terapia intensiva postoperatoria**. Pertanto, non emerge un aumento reale della disponibilità rianimatoria.

3. Hub della rete cardiologica

L'Umberto I viene qualificato come **hub cardiologico**, con:

- UOC Cardiologia: 18 posti;
- UOS UTIC: 8 posti;
- UOS Emodinamica, senza posti letto;
- UOS Elettrostimolazione, senza posti letto.

Il Servizio di cardiologia previsto a Scafati dipenderà dalla UOC di Cardiologia di Nocera.

4. Stroke Unit di secondo livello

Nocera viene formalmente individuato quale:

SU2L – Stroke Unit di secondo livello.

Sono previsti:

- UOC Neurologia: 10 posti;
- UOS Stroke Unit: 8 posti;
- UOC Neuroradiologia;
- UOC Neurochirurgia: 16 posti.

La Stroke Unit di Nocera dovrà temporaneamente assistere anche la popolazione del **Distretto 58 dell'ASL Napoli 3 Sud**, in attesa dell'attivazione della seconda Stroke Unit prevista a Castellammare di Stabia.

Questa è una criticità rilevante: **aumenta il bacino di utenza senza che il nuovo Atto preveda un aumento dei posti letto neurologici o della Stroke Unit**.

5. Centro traumatologico di zona

Nocera è confermato quale **CTZ nella rete traumatologica**, supportato da:

- Ortopedia e traumatologia: 24 posti;
- Neurochirurgia: 16 posti;
- Chirurgia vascolare: 10 posti;
- Rianimazione;
- Radiologia e neuroradiologia.

Anche in questo caso la funzione strategica viene rafforzata, ma senza un corrispondente incremento numerico dei posti letto.

6. Ruolo nelle emergenze pediatriche e digestive

L'Atto qualifica Nocera come:

- **spoke di II livello** nella rete delle emergenze pediatriche;
- spoke nella rete delle emergenze gastroenteriche;
- sede di Terapia intensiva neonatale con 6 posti;
- sede di Gastroenterologia con 10 posti.

Sono inoltre indicati **2 posti letto per il Centro regionale per le malattie infettive pediatriche**. Il testo, però, non chiarisce se questi posti siano aggiuntivi o ricavati dai 327 già assegnati.

7. Servizio trasfusionale sovra-ospedaliero

La struttura trasfusionale di Nocera dovrà gestire e coordinare l'attività per:

- Nocera;
- Pagani;
- Scafati;
- Sarno.

Pagani, Scafati e Sarno vengono individuati come unità di raccolta collegate a Nocera. Anche questa scelta amplia il carico gestionale dell'Umberto I.

8. Due nuove Aree Funzionali Omogenee

Il nuovo Atto programma:

- **AFO medica:** 36 posti, di cui 4 ad alta intensità assistenziale;
- **AFO chirurgica:** 40 posti, con day surgery multispecialistico e servizio di odontoiatria sociale per persone fragili e con bisogni speciali.

L'Atto, però, non indica con sufficiente chiarezza:

- quali reparti confluiranno stabilmente nelle due AFO;
- quale sarà l'organico dedicato;
- come saranno gestiti coordinamenti e responsabilità;
- se i 4 posti ad alta intensità saranno aggiuntivi o ricavati dai posti esistenti.

9. Gestione del blocco operatorio

La UOS Blocco operatorio e post-intensiva coordinerà soltanto:

- personale medico afferente alla UOS;
- attività della dirigenza medica.

Il personale del comparto — infermieri, OSS e altre professioni sanitarie — sarà invece gestito dalla **Direzione medica di presidio**.

Questa separazione potrebbe generare sovrapposizioni decisionali e deve essere accompagnata da un regolamento chiaro su turni, responsabilità, programmazione delle sedute e gestione delle urgenze.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto **rafforza Nocera sulla carta**, attribuendogli funzioni di rilievo sovraziendale e interprovinciale:

- coordinamento di Pagani e Scafati;
- DEA di I livello;
- hub cardiologico;
- Stroke Unit di secondo livello;
- Centro traumatologico di zona;
- riferimento trasfusionale per quattro ospedali;
- ampliamento del bacino Stroke all'ASL Napoli 3 Sud.

Ma questo rafforzamento **non è accompagnato da un aumento dei 327 posti letto né da una dotazione organica esplicitamente potenziata**.

Il rischio concreto è che l'Umberto I riceva:

più funzioni, più territori e maggiori responsabilità, ma senza nuovi posti letto e senza una previsione verificabile di personale aggiuntivo.

La questione centrale da porre all'ASL è quindi la coerenza tra le nuove funzioni assegnate e:

- numero di medici, infermieri, OSS e tecnici;
- posti letto realmente attivabili;
- capacità del Pronto soccorso;
- disponibilità di posti in rianimazione;
- copertura della Stroke Unit;
- sostenibilità delle attività chirurgiche e diagnostiche;
- risorse necessarie per coordinare Pagani, Scafati e Sarno.

Sarno e Pagani nel nuovo Atto aziendale

La principale conclusione è che **i posti letto complessivi non aumentano**:

- Sarno resta a **144 posti letto**;
- Pagani resta a **75 posti letto**.

Le modifiche riguardano soprattutto specializzazione, dipendenze organizzative, reti cliniche e nuovi servizi programmati.

Ospedale "Villa Malta" di Sarno

Posti letto invariati

Struttura	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	8
Cardiologia	14
UTIC	6
Chirurgia generale	28
Medicina generale	26
Ortopedia e traumatologia	24
Ostetricia e ginecologia	20
Pediatria	10
Otorinolaringoiatria	8
Totale	**144**

La configurazione numerica coincide con quella dell'Atto precedente.

Cosa viene aggiunto o precisato

1. DEA di I livello e Pronto soccorso

Sarno viene qualificato come:

- **DEA di I livello nella rete dell'emergenza**;
- sede di **UOSD Pronto soccorso con Osservazione breve intensiva**;
- spoke della rete IMA;
- PST - Pronto soccorso traumatologico;
- spoke di I livello della rete delle emergenze pediatriche.

L'Atto, però, non assegna posti letto autonomi all'Osservazione breve intensiva e non indica l'organico necessario.

2. Nuovi servizi senza posti letto

Sono previsti:

- Servizio di Oncologia;
- Servizio di Pneumologia;
- Servizio di Endoscopia digestiva;
- UOSD Laboratorio di analisi;
- UOC Radiologia;
- unità di raccolta e conservazione del sangue collegata al Servizio trasfusionale di Nocera.

Oncologia, Pneumologia ed Endoscopia non risultano dotate di propri posti letto. Di conseguenza, si tratta di servizi prevalentemente ambulatoriali o integrati nelle degenze esistenti.

3. Endoscopia digestiva dipartimentale

L'Endoscopia digestiva assume la qualifica di **servizio dipartimentale** e viene affidata al Direttore del Dipartimento di Medicina generale, specialistica e oncologica.

L'Atto non chiarisce:

- dotazione di personale dedicato;
- autonomia organizzativa;
- reperibilità per le urgenze;
- attività endoscopica nelle ore notturne e festive.

4. Due Aree Funzionali Omogenee

Sono programmate:

- **AFO medica:** 26 posti, di cui 4 ad alta intensità;
- **AFO chirurgica:** 36 posti.

I 36 posti dell'AFO chirurgica sembrano corrispondere ai 28 di Chirurgia generale e agli 8 di Otorinolaringoiatria.

I 4 posti di alta intensità dell'AFO medica non risultano aggiuntivi: sembrano essere ricavati all'interno dei 26 posti già attribuiti alla Medicina generale.

5. Gestione del blocco operatorio

Il personale del comparto del blocco operatorio sarà gestito dalla Direzione medica di presidio. Servono, però, disposizioni precise su:

- turnistica;
- responsabilità organizzative;
- apertura delle sale;
- gestione delle urgenze;
- assegnazione di infermieri e OSS.

Valutazione su Sarno

Sarno viene formalmente valorizzato come ospedale dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti, ma **senza incremento dei posti letto** e senza un piano del personale.

Il rischio è quello di attribuire nuove funzioni — oncologia, pneumologia, endoscopia, OBI e alta intensità — utilizzando il personale già in servizio.

Ospedale "Andrea Tortora" di Pagani

Posti letto invariati

Struttura	Posti letto
Chirurgia generale	14
Ematologia	20
Oncologia	20
Anestesia e rianimazione	6
Breast Unit	2
Oncoematologia pediatrica	8
Dermatologia	5
Totale	**75**

Anche per Pagani il totale rimane uguale all'Atto precedente.

Cosa cambia

1. Pagani diventa ufficialmente il polo oncologico dell'ASL Salerno

Il nuovo Atto definisce Pagani come:

«Polo oncologico dell'ASL di Salerno».

Il presidio viene caratterizzato da:

- Ematologia;
- Oncologia;
- Chirurgia generale ad indirizzo oncologico;
- Breast Unit;
- Dermatologia oncologica;
- fotodermatologia;
- Oncoematologia pediatrica;
- Radioterapia programmata;
- Chirurgia plastica ricostruttiva.

È il cambiamento strategico più importante: Pagani viene specializzato sempre più nettamente nell'assistenza oncologica.

2. Nessun Pronto soccorso

L'Atto stabilisce espressamente che Pagani è un:

presidio ospedaliero senza Pronto soccorso.

Il Tortora viene annesso al Presidio ospedaliero di I livello "Umberto I" di Nocera Inferiore.

Pertanto le emergenze devono fare riferimento principalmente a Nocera, mentre Pagani mantiene una funzione specialistica programmata, soprattutto oncologica.

3. Dipendenza organizzativa da Nocera

Affluiscono alle corrispondenti UOC di Nocera:

- UOS Anestesia e rianimazione;
- UOS Radiologia;
- UOS Servizio di cardiologia.

Anche l'unità di raccolta e conservazione del sangue sarà collegata al Servizio trasfusionale di Nocera.

Pagani perde quindi autonomia in diversi servizi fondamentali, pur assumendo il ruolo di polo oncologico aziendale.

4. Radioterapia programmata

Nel nuovo organigramma compare una **UOC Radioterapia senza posti letto**, ma il testo parla ancora di attività "programmata".

Questa formulazione non dimostra che la Radioterapia sia già:

- attivata;
- autorizzata;
- dotata delle apparecchiature;
- provvista di personale medico, infermieristico e tecnico;
- inserita in un cronoprogramma finanziato.

Si tratta, quindi, di un'importante previsione, ma non ancora di una garanzia di effettiva operatività.

5. Chirurgia plastica ricostruttiva

Viene introdotto un **Servizio di Chirurgia plastica a valenza dipartimentale**, con funzioni trasversali per:

- Breast Unit;
- ricostruzione mammaria immediata;
- ricostruzione differita;
- supporto alle chirurgie generali aziendali;
- percorsi multidisciplinari oncologici.

È una novità significativa, ma il servizio non viene qualificato come UOC, UOSD o UOS e non dispone di posti letto propri. Restano da definire organico, responsabilità e modalità di funzionamento.

6. Oncoematologia pediatrica: previsione non ancora attuata

La tabella assegna a Pagani **8 posti di Oncoematologia pediatrica**. Tuttavia, il testo precisa che l'attività:

continuerà a essere erogata dalla Pediatria dell'Umberto I di Nocera fino alla sua attivazione a Pagani.

Esiste quindi una differenza tra:

- dotazione formalmente attribuita a Pagani;
- attività che, almeno transitoriamente, resta a Nocera.

L'Atto non indica la data di trasferimento, l'organico e le condizioni necessarie per l'attivazione.

7. Servizio di cardiologia

A Pagani viene prevista una **UOS Servizio di cardiologia**, senza posti letto, dipendente dalla UOC Cardiologia di Nocera.

Non è dunque prevista una cardiologia autonoma né una UTIC.

8. Diagnostica ematologica e laboratori

È prevista una UOS di Diagnostica ematologica. Le prestazioni di laboratorio e microbiologia saranno assicurate:

- dalle strutture presenti a Pagani;
- dalle altre strutture del DEA Nocera-Pagani-Scafati.

Il modello è quindi integrato, ma può comportare centralizzazione di esami e dipendenza funzionale da Nocera.

9. Un'AFO da 25 posti

L'Atto prevede una sola AFO con:

- 25 posti complessivi;
- 4 posti ad alta intensità assistenziale.

Non viene però spiegato con chiarezza quali reparti confluiranno nell'AFO. Il numero di 25 posti non coincide immediatamente con le principali aggregazioni della tabella, rendendo necessaria una precisazione aziendale.

Valutazione sindacale complessiva

Ospedale	Indirizzo strategico	Criticità principale
Sarno	Emergenza, chirurgia, cardiologia e reti tempo-dipendenti	Più servizi e funzioni, ma sempre 144 posti e nessun organico aggiuntivo indicato
Pagani	Polo oncologico aziendale	Nessun PS, forte dipendenza da Nocera e diverse attività ancora solo programmate
Nocera	Centro del sistema ospedaliero dell'area nord	Aumento delle responsabilità verso Pagani, Scafati e Sarno senza aumento dei posti letto

In sintesi, il nuovo Atto **specializza Pagani nell'oncologia e rafforza formalmente Sarno nell'emergenza**, ma non aumenta i posti letto. Diverse innovazioni — Radioterapia, Oncoematologia pediatrica a Pagani, Oncologia e Pneumologia a Sarno, posti di alta intensità e nuovi servizi — restano prive di tempi di attivazione, organici e risorse chiaramente individuate.

Eboli, Battipaglia e Roccadaspide

La conclusione generale è che il nuovo Atto aziendale **riorganizza i tre ospedali in un unico Presidio ospedaliero di I livello Battipaglia-Eboli-Roccadaspide**, ma non aumenta i posti letto ospedalieri già assegnati:

Ospedale	Vecchio Atto	Nuovo Atto	Variazione
Battipaglia	142	142	Nessuna
Eboli	152	152	Nessuna
Roccadaspide	46	46 ospedalieri, più 20 programmati come Ospedale di Comunità	Nessun aumento ospedaliero certo

Il cambiamento riguarda quindi soprattutto **integrazione funzionale, specializzazione e dipendenze organizzative**.

Ospedale di Battipaglia

Posti letto invariati

Struttura	Posti letto
Chirurgia generale	22
Medicina generale	22
Ostetricia e ginecologia	30
Pediatria	16
Ortopedia e traumatologia	22
Cardiologia	8
Terapia intensiva neonatale	4
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	10
Neonatologia	8
Totale	**142**

Cosa viene aggiunto o precisato

1. DEA di I livello

Battipaglia viene confermato come:

- sede di Pronto soccorso;
- **DEA di I livello**;
- PST nella rete traumatologica;
- spoke di I livello nella rete pediatrica;
- ospedale orientato all'area chirurgica e materno-infantile.

2. Due posti di terapia intensiva pediatrica

Il nuovo Atto prevede che **2 posti della Pediatria siano aggregati alla Terapia intensiva** con destinazione pediatrica.

Non sembrano essere posti aggiuntivi: vengono ricavati dalla dotazione già esistente. Occorre quindi chiarire se i posti ordinari di Pediatria effettivamente disponibili scendano da 16 a 14.

3. Potenziamento del punto nascita

Il documento parla di:

«potenziamento del punto nascita».

Non specifica però:

- aumento dei posti letto;
- dotazione aggiuntiva di ostetriche, infermieri pediatrici e OSS;
- numero di medici;
- tempi di attivazione;
- eventuale incremento della terapia intensiva neonatale.

Il potenziamento rimane quindi una previsione programmatica.

4. Nuovi servizi programmati

Sono previsti:

- Servizio di Endoscopia digestiva;
- Servizio di Allergologia;
- Servizio dipartimentale di diagnostica e terapia del pavimento pelvico.

L'Atto non attribuisce loro posti letto né una precisa articolazione organizzativa.

5. Specializzazione respiratoria della Medicina

Viene programmata un'**AFO medica di 30 posti**, costituita da:

- 22 posti di Medicina generale;
- 8 posti di area cardiologica.

Quattro posti saranno destinati all'alta intensità assistenziale. La Medicina di Battipaglia viene orientata prevalentemente all'area pneumologica e respiratoria.

I posti ad alta intensità non risultano aggiuntivi, ma ricavati dai 30 già presenti.

6. Servizio trasfusionale sovra-ospedaliero

La UOC Servizio trasfusionale di Battipaglia gestirà le attività per:

- Battipaglia;
- Eboli;
- Oliveto Citra.

Questo aumenta il carico organizzativo e la responsabilità del presidio senza una contestuale indicazione di personale aggiuntivo.

7. Rianimazione integrata con Eboli

Per Eboli e Battipaglia viene prevista **un'unica UOC di Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva**, articolata sui due ospedali.

Il modello prevede due incarichi di alta o altissima specializzazione per la gestione dei posti letto distribuiti nei due stabilimenti.

La criticità è evidente: due ospedali con Pronto soccorso, sale operatorie e reti dell'emergenza vengono affidati a una sola UOC, senza che siano indicate:

- consistenza dell'organico;
- guardia medica dedicata in ciascuna sede;
- reperibilità;
- autonomia dei due servizi;
- tempi di copertura delle urgenze simultanee.

Ospedale “Maria Santissima Addolorata” di Eboli

Posti letto invariati

Struttura	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	8
Cardiologia	14
UTIC	6
Chirurgia generale	18
Medicina generale	20
Nefrologia	16
Oculistica	6
Otorinolaringoiatria	8
Urologia	16
Ortopedia e chirurgia protesica	20
Pneumologia	2
Malattie infettive	8
Neurologia	10
Totale	**152**

Cosa viene aggiunto o precisato

1. Eboli diventa polo cardiologico del DEA

Il presidio viene confermato come:

- sede di Pronto soccorso;
- **DEA di I livello**;
- hub di primo livello nella rete cardiologica;
- dotato di Emodinamica;
- spoke nella rete dell’ictus.

Nonostante il ruolo di hub, restano:

- Cardiologia: 14 posti;
- UTIC: 6 posti;
- Neurologia: 10 posti.

Non è previsto un aumento numerico.

2. Pronto soccorso dipendente da Battipaglia

La UOS Pronto soccorso con Osservazione breve di Eboli afferisce alla corrispondente UOC di Battipaglia.

Anche il Servizio trasfusionale di Eboli dipende dalla UOC di Battipaglia.

Questo determina una riduzione dell'autonomia organizzativa di Eboli in due settori strategici.

3. Ortopedia hub aziendale per la protesica

La UOSD Ortopedia e chirurgia protesica di Eboli, con 20 posti, viene individuata come:

Hub aziendale per gli interventi di chirurgia protesica.

La funzione viene quindi potenziata sul piano strategico, ma la struttura resta una **UOSD** e non diventa UOC.

4. Pneumologia diagnostica e interventistica

Viene programmata una UOSD di Pneumologia diagnostica e interventistica.

La tabella le attribuisce soltanto **2 posti letto**. La dotazione appare molto limitata rispetto alle funzioni specialistiche assegnate.

5. Servizi di nuova previsione

Sono indicati:

- Servizio di Onconefrologia;
- UOS Immunopatologia renale;
- UOS Tecniche dialitiche;
- Servizio di Dermatologia;
- Servizio dipartimentale di Chirurgia maxillo-facciale;
- Terapia intensiva postoperatoria.

Diversi di questi servizi risultano privi di posti letto e senza un organico specificamente individuato.

6. Centro regionale per le malattie infettive pediatriche

Il testo assegna **2 posti letto** al Centro regionale per le malattie infettive pediatriche.

Non viene chiarito se siano:

- aggiuntivi rispetto ai 152;
- ricavati dagli 8 posti di Malattie infettive;
- ricavati dalla dotazione di un altro reparto.

È necessaria una precisazione formale.

7. Tre Aree Funzionali Omogenee

Sono programmate:

- AFO medica: 22 posti, di cui 4 ad alta intensità;
- AFO chirurgica generalista: 38 posti;
- AFO chirurgica specialistica: 14 posti.

Le prime due trovano una possibile corrispondenza:

- 20 Medicina più 2 Pneumologia = 22;
- 18 Chirurgia generale più 20 Ortopedia = 38.

La composizione dell'AFO chirurgica specialistica da 14 posti, invece, **non coincide chiaramente** con Urologia, Oculistica e Otorinolaringoiatria, che complessivamente dispongono di 30 posti. Il documento risulta quindi poco chiaro.

8. Specializzazione endocrino-metabolica

La Medicina generale di Eboli viene orientata verso le aree:

- pneumologica;
- endocrino-metabolica.

Anche questa previsione non è accompagnata dall'indicazione di personale o posti aggiuntivi.

Ospedale di Roccadaspide

Configurazione dei posti letto

Struttura	Posti letto
Medicina generale e delle fragilità	14
Area chirurgica polispecialistica	14
Cardiologia	6
Lungodegenza	12
Totale ospedaliero	**46**
Ospedale di Comunità programmato	20
Totale dichiarato dal testo	**66**

I 20 posti dell'Ospedale di Comunità **non sono posti ospedalieri ordinari**: appartengono all'assistenza territoriale e non possono essere sommati senza distinzione ai 46 posti del presidio.

Cosa cambia

1. Ospedale in zona disagiata

Roccadaspide viene formalmente qualificato come:

presidio ospedaliero in zona disagiata.

Viene previsto un Pronto soccorso integrato con il DEA di riferimento, con:

- UOS Pronto soccorso e Osservazione breve;
- servizio anestesiologico;
- collegamento funzionale con Battipaglia ed Eboli.

L'Atto non assegna posti propri all'OBI né chiarisce l'organico necessario per garantire il servizio.

2. Medicina generale e delle fragilità

La Medicina generale viene orientata alla presa in carico:

- dell'anziano fragile;
- delle cronicità complesse;
- delle patologie avanzate.

È una trasformazione di indirizzo più che un potenziamento, perché i posti restano 14.

3. Day surgery polispecialistico

I 14 posti dell'Area chirurgica polispecialistica vengono destinati principalmente a:

- chirurgia diurna;
- procedure invasive e semi-invasive;
- percorsi programmati;
- attività ortopedica in day surgery.

Questo comporta una riduzione della vocazione chirurgica ordinaria e una maggiore specializzazione verso interventi programmati senza degenza prolungata.

4. Servizio di ortopedia

È previsto un Servizio di ortopedia per interventi in day surgery, ma:

- non ha propri posti letto;
- non viene qualificato come UOC, UOSD o UOS;
- non è indicato un organico dedicato;
- non è garantita attività ortopedica h24.

5. Cardiologia declassata

Nel precedente Atto la Cardiologia di Roccadaspide risultava **UOSD**. Nel nuovo documento compare come **UOS**, sempre con 6 posti letto.

Si tratta di un effettivo arretramento organizzativo:

- minore autonomia;
- dipendenza da una UOC sovraordinata;
- possibile riduzione della capacità gestionale.

6. Ospedale di Comunità da 20 posti

Il nuovo Atto programma un Ospedale di Comunità da 20 posti, portando formalmente il complesso a 66 posti.

Ma l'Atto non indica:

- sede effettiva;
- data di apertura;
- lavori necessari;
- personale infermieristico e OSS;
- copertura medica;

- risorse finanziarie;
- rapporto con i reparti ospedalieri.

Fino alla reale attivazione, la dotazione certa resta di **46 posti ospedalieri**.

7. Contraddizione sull'AFO medica

Il documento parla di:

AFO medica ad indirizzo cardiologico con 32 posti, cui afferiscono 12 posti di lungodegenza.

La formulazione è ambigua:

- Medicina 14 + Cardiologia 6 + Lungodegenza 12 = 32;
- se i 12 posti di Lungodegenza fossero aggiuntivi ai 32, si arriverebbe a 44 posti medici.

La tabella complessiva conferma però soltanto 46 posti totali, compresi i 14 chirurgici. È quindi più plausibile che i 12 posti di Lungodegenza siano già compresi nei 32, ma il testo deve essere corretto o chiarito.

Valutazione sindacale complessiva

Presidio	Rafforzamento formale	Criticità
Battipaglia	DEA, trauma, pediatria, punto nascita, trasfusionale	Nessun aumento dei posti; 2 posti pediatrici riconvertiti; UOC Rianimazione condivisa
Eboli	Hub cardiologico, emodinamica, ictus, chirurgia protesica	PS e trasfusionale dipendenti da Battipaglia; servizi senza organici; Pneumologia con soli 2 posti
Roccadaspide	Zona disagiata, PS, Ospedale di Comunità, medicina delle fragilità	Solo 46 posti ospedalieri certi; Cardiologia declassata; chirurgia prevalentemente in day surgery

In sintesi, il nuovo Atto realizza soprattutto una **centralizzazione e specializzazione funzionale**:

- Battipaglia assume la guida di diversi servizi;
- Eboli mantiene un ruolo cardiologico e specialistico ma perde autonomia in PS, trasfusionale e rianimazione;
- Roccadaspide viene riconosciuto come ospedale di zona disagiata, ma resta fortemente dipendente dal DEA e viene orientato verso fragilità, lungodegenza e day surgery.

Il punto sindacale fondamentale è che **le nuove funzioni non sono accompagnate da nuovi posti letto, organici, risorse e tempi certi di attivazione**.

Ospedale “San Francesco d’Assisi” di Oliveto Citra

Il nuovo Atto aziendale **conferma Oliveto Citra come ospedale di base con Pronto soccorso**. I posti letto rimangono **82**, esattamente come nell’Atto precedente.

La novità non consiste quindi in un aumento dei posti, ma nella definizione più precisa delle funzioni di emergenza, terapia del dolore, alta intensità assistenziale e dei collegamenti con Battipaglia.

Posti letto confermati

Struttura	Configurazione	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	UOC	4
Chirurgia generale	UOC	20
Medicina generale	UOC	20
Ortopedia e traumatologia	UOC	22
Cardiologia	UOSD	12
Psichiatria in DH	Gestione Dipartimento Salute mentale	4
Totale		**82**

Non si rileva alcun incremento rispetto al precedente Atto aziendale.

1. Pronto soccorso confermato

Il documento stabilisce:

«È confermato quale presidio ospedaliero di base con Pronto Soccorso».

Nell’organigramma compare una:

- **UOSD Pronto soccorso con Osservazione breve intensiva**;
- UOC Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con 4 posti.

La conferma del Pronto soccorso è motivata espressamente dal numero degli accessi e dalla necessità di garantire la copertura territoriale.

L'Atto, però, non indica:

- posti tecnici dell'OBI;
- organico medico, infermieristico e OSS;
- eventuale potenziamento;
- autonomia della guardia anestesiologica;
- collegamenti operativi con il DEA di riferimento.

2. Ruolo nella rete traumatologica

Oliveto Citra viene individuato come:

PST - Presidio di Pronto soccorso traumatologico.

Questa funzione dovrebbe essere sostenuta dalla presenza di:

- Ortopedia e traumatologia: 22 posti;
- Chirurgia generale: 20 posti;
- Rianimazione: 4 posti;
- Radiologia;
- Laboratorio di analisi;
- Pronto soccorso con OBI.

Tuttavia, il documento non precisa se Ortopedia, Chirurgia, Radiologia e Rianimazione siano garantite effettivamente in presenza per tutte le 24 ore.

3. Terapia del dolore

Viene prevista una **UOSD Terapia del dolore**, senza posti letto propri.

Il nuovo Atto stabilisce che, in caso di necessità, la Terapia del dolore potrà utilizzare:

2 posti in regime di Day Hospital della UOC di Ortopedia.

Oliveto Citra viene inoltre qualificato come **spoke di secondo livello nella rete della terapia del dolore**, collegato all'hub dell'Azienda Ospedaliera dei Colli.

È un riconoscimento importante, ma rimangono da chiarire:

- personale dedicato;
- giorni e orari di attività;
- disponibilità dei 2 posti;
- percorsi per i pazienti oncologici e con dolore cronico;
- modalità di collegamento con l'hub regionale.

4. Area medica ad alta intensità

Il nuovo Atto prevede un'unica **AFO di area medica con 32 posti**, formata presumibilmente da:

- Medicina generale: 20 posti;
- Cardiologia: 12 posti.

All'interno dell'AFO sono previsti **6 posti ad alta intensità assistenziale**:

- 4 di alta intensità cardiologica;
- 2 di alta intensità di Medicina generale.

Non si tratta di posti aggiuntivi: i 6 posti vengono ricavati nell'ambito dei 32 già esistenti.

L'Atto non chiarisce:

- standard infermieristici specifici;
- rapporto infermiere/paziente;
- presenza medica continuativa;
- apparecchiature di monitoraggio;
- criteri di accesso e dimissione dall'alta intensità.

Senza personale aggiuntivo, l'alta intensità rischia di tradursi in maggiori carichi assistenziali per gli stessi operatori.

5. Cardiologia confermata come UOSD

La Cardiologia mantiene:

- configurazione di **UOSD**;
- 12 posti letto;
- 4 posti destinati all'alta intensità cardiologica.

Non sono indicate UTIC autonoma, Emodinamica o Elettrostimolazione. Per le emergenze cardiologiche maggiori il presidio dovrà quindi fare riferimento alla rete sovraospedaliera.

6. Endoscopia digestiva programmata

L'Atto programma un **Servizio di Endoscopia digestiva**, ma:

- non gli attribuisce posti letto;
- non lo classifica come UOC, UOSD o UOS;
- non indica personale dedicato;

- non stabilisce reperibilità per le urgenze;
- non definisce una data di attivazione.

Si tratta quindi di una previsione programmatica, non della prova di un servizio già pienamente operativo.

7. Unità di raccolta e conservazione del sangue

È prevista un'unità di raccolta e conservazione del sangue collegata al **Servizio trasfusionale del P.O. di Battipaglia**.

Oliveto perde quindi autonomia trasfusionale e dipende organizzativamente da Battipaglia. L'Atto non chiarisce:

- presenza locale di personale dedicato;
- disponibilità h24 di sangue ed emocomponenti;
- tempi di approvvigionamento nelle urgenze;
- organizzazione per interventi chirurgici ed emergenze emorragiche.

8. Psichiatria in Day Hospital

Sono confermati **4 posti di Day Hospital/Day-Night Hospital psichiatrico**, gestiti dal Dipartimento di Salute mentale.

Non si tratta di un SPDC per ricoveri psichiatrici ordinari, ma di attività semiresidenziale subordinata alla presa in carico da parte dell'Unità di Salute mentale territoriale.

9. Servizi diagnostici

Nel nuovo organigramma sono previsti:

- UOSD Laboratorio di analisi;
- UOSD Radiologia senza posti letto;
- Endoscopia digestiva programmata;
- unità di raccolta del sangue collegata a Battipaglia.

La presenza di Radiologia e Laboratorio come UOSD rappresenta un elemento positivo di autonomia organizzativa, ma il documento non garantisce espressamente il funzionamento h24.

10. Blocco operatorio

Il personale del comparto del blocco operatorio sarà gestito dalla **Direzione medica di presidio**.

Questa previsione necessita di un regolamento che definisca:

- programmazione delle sedute;
- turni e reperibilità;
- gestione delle urgenze;
- dotazioni minime di personale;
- rapporto tra Direzione medica, responsabili delle UOC e coordinamento infermieristico.

11. Ospedale di Comunità

Nella programmazione territoriale viene indicato anche un **Ospedale di Comunità a Oliveto Citra**.

Il documento, però, non specifica in modo chiaro:

- numero dei posti;
- sede;
- data di attivazione;
- organico infermieristico e OSS;
- copertura medica;
- rapporto con gli 82 posti dell'ospedale.

L'Ospedale di Comunità costituisce assistenza territoriale e i relativi posti non possono essere considerati automaticamente posti ospedalieri aggiuntivi.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto tutela formalmente il ruolo di Oliveto Citra, confermandolo come:

- ospedale di base;
- sede di Pronto soccorso;
- PST nella rete traumatologica;
- spoke di secondo livello nella terapia del dolore;
- sede di Ortopedia, Chirurgia, Cardiologia e Rianimazione;
- sede di posti ad alta intensità assistenziale.

Ma **non aggiunge posti letto** e non individua le risorse necessarie per garantire concretamente le nuove funzioni.

Le questioni principali da porre sono:

1. organico dedicato al Pronto soccorso e all'OBI;
2. copertura anestesiologica, radiologica e laboratoristica h24;
3. personale aggiuntivo per i 6 posti ad alta intensità;
4. piena operatività della Terapia del dolore;
5. tempi di attivazione dell'Endoscopia digestiva;
6. disponibilità trasfusionale nelle urgenze;
7. tempi e dotazione dell'Ospedale di Comunità;
8. mantenimento effettivo delle attività chirurgiche e ortopediche.

In sintesi: **Oliveto Citra viene confermato e formalmente valorizzato, ma il potenziamento è soprattutto organizzativo e programmatico; i posti letto restano 82 e mancano garanzie esplicite su organici, tempi e risorse.**

Ospedale "Luigi Curto" di Polla

Il nuovo Atto aziendale **conferma il L. Curto come DEA di I livello**, ma non aumenta la dotazione complessiva: restano **173 posti letto**, come nel documento precedente.

Il cambiamento riguarda soprattutto la definizione delle reti dell'emergenza, l'organizzazione in quattro AFO e l'attribuzione di nuove funzioni oncologiche e sovraospedaliere.

Posti letto invariati

Struttura	Configurazione	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	UOC	8
Cardiologia	UOC	14
Chirurgia generale	UOC	16
Medicina generale	UOC	20
Ortopedia e traumatologia	UOC	18
Ostetricia e ginecologia	UOC	15
Urologia	UOC	10
UTIC	UOS	6
Gastroenterologia	UOSD	4
Geriatria	UOSD	14
Nefrologia	UOSD	8
Neurologia	UOSD	12
Oculistica	UOSD	4
Oncologia	UOSD	2

Struttura	Configurazione	Posti letto
Otorinolaringoiatria	UOSD	4
Pediatria	UOSD	10
Pneumologia	UOSD	8
Totale		**173**

La distribuzione numerica coincide con quella dell'Atto precedente.

1. DEA di I livello e Pronto soccorso

Polla viene confermato come:

- **DEA di I livello**;
- sede di Pronto soccorso;
- UOSD Pronto soccorso con Osservazione breve;
- riferimento dell'emergenza per il Vallo di Diano;
- presidio collegato alle reti tempo-dipendenti.

L'Atto non assegna posti autonomi all'OBI e non specifica un potenziamento dell'organico del Pronto soccorso.

2. Stroke Unit di primo livello

Il L. Curto viene individuato quale:

SU1L - Stroke Unit di primo livello nella rete dell'ictus cerebrale.

La struttura dispone di:

- UOSD Neurologia: 12 posti;
- Radiologia;
- Rianimazione;
- Laboratorio di analisi.

Esiste però una criticità documentale: nelle tabelle dipartimentali compare la voce **Stroke Unit**, ma senza un numero specifico di posti letto. Non è quindi chiaro:

- quanti dei 12 posti di Neurologia siano dedicati alla Stroke Unit;
- se esista un'area monitorata distinta;
- quale sia l'organico medico e infermieristico dedicato;
- se sia garantita operatività h24;
- quale sia il collegamento con neuroradiologia e trombectomia.

La qualifica di SU1L è importante, ma deve essere sostenuta da posti e personale effettivamente individuati.

3. Rete cardiologica

Polla viene qualificato come **spoke nella rete cardiologica**, con:

- UOC Cardiologia: 14 posti;
- UOS UTIC: 6 posti.

Non sono previste Emodinamica o Elettrostimolazione autonome. Per gli interventi cardiologici avanzati il presidio dovrà quindi fare riferimento all'hub della rete.

4. Rete traumatologica

L'ospedale viene confermato come:

PST - Presidio di Pronto soccorso traumatologico.

Sono presenti:

- Ortopedia e traumatologia: 18 posti;
- Chirurgia generale: 16 posti;
- Rianimazione: 8 posti;
- Radiologia;
- Pronto soccorso.

L'Atto non specifica, però, l'effettiva disponibilità h24 di tutte le professionalità necessarie né un incremento di personale correlato al ruolo di PST.

5. Emergenze pediatriche

Polla viene riconosciuto come **spoke di primo livello nella rete delle emergenze pediatriche**.

La Pediatria dispone di 10 posti, ma è configurata come **UOSD**, non come UOC. Non vengono indicati:

- posti di terapia intensiva pediatrica;
- presenza di terapia subintensiva;
- servizio di trasporto pediatrico;
- organico medico e infermieristico dedicato alle emergenze.

6. Punto nascita: resta il problema della deroga

Il presidio mantiene:

- UOC Ostetricia e ginecologia: 15 posti;
- UOSD Pediatria: 10 posti.

Il nuovo Atto ricorda, però, che Polla rientra tra i punti nascita con meno di 1.000 parti annui e che è stata richiesta una deroga per il mantenimento, motivata da:

- difficoltà geografiche;
- lunghi tempi di percorrenza;
- necessità di garantire l'assistenza alle aree interne.

La presenza del punto nascita nell'Atto aziendale non elimina la necessità della deroga ministeriale né garantisce automaticamente il suo mantenimento futuro.

7. Oncologia con 2 posti di Day Hospital

Viene programmata una **UOSD Oncologia con 2 posti di Day Hospital**.

La struttura oncologica di Polla riceve anche una funzione sovraospedaliera: il nuovo Atto stabilisce che la gestione del DH oncologico del P.O. di Sapri sarà affidata all'Oncologia di Polla.

Si tratta di un ampliamento significativo delle responsabilità, ma con una dotazione locale di appena 2 posti. Il documento non specifica:

- incremento dell'organico;
- numero delle poltrone terapeutiche;
- gestione dei farmaci antiblastici;
- presenza di farmacisti, infermieri e medici aggiuntivi;
- modalità di coordinamento con Sapri.

8. Quattro Aree Funzionali Omogenee

Il nuovo Atto programma:

AFO	Posti	Caratteristiche
AFO medica 1	36	4 posti ad alta intensità
AFO medica 2	20	Indirizzo specialistico
AFO chirurgica 1	26	Area generalista e odontoiatria sociale
AFO chirurgica 2	8	Area specialistica in Day Hospital

Una possibile lettura è:

- AFO medica 1: Medicina 20 + Geriatria 14 + Oncologia 2 = 36;
- AFO medica 2: Gastroenterologia 4 + Nefrologia 8 + Pneumologia 8 = 20;
- AFO chirurgica 1: Chirurgia 16 + Urologia 10 = 26;
- AFO chirurgica 2: Oculistica 4 + Otorinolaringoiatria 4 = 8.

Rimangono però fuori da questa ricostruzione i **18 posti di Ortopedia**, oltre alle aree Cardiologia, Neurologia, Ostetricia e Pediatria. L'Atto non descrive chiaramente la loro collocazione nelle AFO.

9. Quattro posti ad alta intensità

Nell'AFO medica 1 sono previsti **4 posti ad alta intensità assistenziale**.

Non risultano aggiuntivi: saranno presumibilmente ricavati dai posti già esistenti. Mancano indicazioni su:

- dotazione infermieristica;
- monitoraggio multiparametrico;
- presenza medica;
- criteri di ammissione;
- collocazione fisica;
- rapporto con Rianimazione e Pronto soccorso.

10. Odontoiatria sociale

All'AFO chirurgica generalista afferisce un Servizio di **odontoiatria sociale**, destinato alle persone fragili e con bisogni speciali.

È una funzione positiva, ma l'Atto non indica personale, locali, attrezzature e tempi di attivazione.

11. Servizi diagnostici e trasfusionali

Nel nuovo organigramma sono previsti:

- UOC Laboratorio di analisi;
- UOS Servizio trasfusionale;
- UOSD Radiologia senza posti letto;
- servizio di Emodialisi;
- farmacia ospedaliera dell'Area Sud.

Il Servizio trasfusionale non è una struttura complessa autonoma. Occorre verificare se garantisca pienamente l'attività h24 necessaria a un DEA con punto nascita e attività chirurgica.

12. Rapporto con Sant'Arsenio

Le tabelle parlano di:

«Presidio ospedaliero di Polla/Sant'Arsenio»,

mentre l'elenco generale attribuisce tutti i 173 posti al L. Curto di Polla.

Il documento non distingue in modo sufficientemente chiaro quanti posti siano fisicamente collocati a Polla e quanti eventualmente riferiti a Sant'Arsenio.

A Sant'Arsenio risultano inoltre:

- Hospice pubblico attivo;
- RSA per anziani;
- Ospedale di Comunità programmato;
- strutture territoriali e riabilitative;
- servizi per le dipendenze.

Questa commistione tra attività ospedaliere e territoriali richiede una precisa ricognizione delle sedi e degli organici.

13. Gestione amministrativa condivisa

La Direzione amministrativa di Polla gestirà anche:

- Ospedale di Oliveto Citra;
- Distretto sanitario 72 Sala Consilina-Polla.

Anche questa scelta amplia le competenze della struttura senza che siano indicate risorse amministrative aggiuntive.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto conferma Polla come presidio fondamentale delle aree interne:

- DEA di I livello;
- Stroke Unit di primo livello;
- spoke cardiologico;
- PST traumatologico;
- spoke pediatrico;
- punto nascita in deroga;
- riferimento oncologico anche per Sapri.

Ma **i posti letto restano 173** e non viene esplicitato un potenziamento del personale.

Le principali criticità sono:

1. Stroke Unit dichiarata ma senza posti dedicati chiaramente indicati;
2. nuove responsabilità oncologiche verso Sapri con soli 2 posti di DH;
3. mantenimento del punto nascita subordinato alla deroga;
4. quattro posti ad alta intensità senza standard di personale;
5. collocazione incompleta di alcune discipline nelle AFO;
6. mancata distinzione tra posti di Polla e attività di Sant'Arsenio;
7. ampliamento delle responsabilità amministrative e territoriali senza risorse definite.

In sintesi: **il nuovo Atto rafforza formalmente il ruolo strategico di Polla, ma non aumenta i posti letto e non traduce le nuove funzioni in un piano certo di personale, tecnologie e tempi di attivazione.**

Ospedale "Dell'Immacolata" di Sapri

Nel nuovo Atto aziendale il P.O. di Sapri mantiene **116 posti letto complessivi** e viene confermato come **DEA di I livello**. La variazione numerica più concreta riguarda la Medicina generale: **5 posti vengono riclassificati come Nefrologia ed Emodialisi**.

Confronto dei posti letto

Struttura	Atto precedente	Nuovo Atto	Differenza
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	4	4	Nessuna
Cardiologia	10	10	Nessuna
UTIC	6	6	Nessuna
Chirurgia generale	20	20	Nessuna
Medicina generale	**20**	**15**	**-5**
Nefrologia ed Emodialisi	Non prevista autonomamente	**5**	**+5**
Ortopedia e traumatologia	20	20	Nessuna
Lungodegenza	16	16	Nessuna
Ostetricia e ginecologia	10	10	Nessuna
Pediatria	8	8	Nessuna
Oncologia-DH	2	2	Nessuna

Struttura	Atto precedente	Nuovo Atto	Differenza
Totale	**116**	**116**	**Nessun aumento**

Quindi non vengono aggiunti posti letto: **5 posti di Medicina vengono trasformati in posti di Nefrologia ed Emodialisi**.

1. Conferma come DEA di I livello

Sapri viene formalmente confermato come:

- sede di Pronto soccorso;
- **DEA di I livello**;
- PST nella rete traumatologica;
- spoke nella rete cardiologica;
- spoke nella rete ictus;
- spoke di primo livello nelle emergenze pediatriche.

Nell'organigramma risultano:

- UOC Anestesia, rianimazione e terapia intensiva: 4 posti;
- UOSD Pronto soccorso con Osservazione breve;
- UOC Cardiologia: 10 posti;
- UOS UTIC: 6 posti.

L'Atto non indica, però, posti tecnici dell'OBI né un incremento dell'organico del Pronto soccorso.

2. Nuova Nefrologia ed Emodialisi

La principale novità è l'istituzione di una:

UOSD Nefrologia ed Emodialisi con 5 posti letto.

Questi posti vengono sottratti alla Medicina generale, che scende da 20 a 15.

È un rafforzamento specialistico importante, ma non un incremento dell'offerta complessiva. Rimangono da chiarire:

- numero dei posti tecnici per dialisi;
- numero di medici nefrologi;
- dotazione infermieristica;
- attività dialitica per pazienti ricoverati e ambulatoriali;

- copertura delle urgenze dialitiche;
- funzionamento nei giorni festivi;
- gestione dei pazienti nefrologici provenienti dal territorio.

3. Contraddizione sui posti di Medicina

Nella scheda generale del presidio la Medicina risulta dotata di **15 posti**. In una successiva tabella dipartimentale, però, alla Medicina generale di Sapri vengono attribuiti nuovamente **20 posti**, ai quali si aggiungono i 5 di Nefrologia.

Le due indicazioni non sono compatibili:

- 15 Medicina + 5 Nefrologia mantiene il totale a 116;
- 20 Medicina + 5 Nefrologia porterebbe il presidio a 121 posti.

La descrizione dell'AFO conferma una dotazione di 22 posti:

- 15 Medicina;
- 5 Nefrologia;
- 2 Oncologia.

Pertanto, l'interpretazione più coerente è che Medicina venga ridotta a 15 posti. L'ASL deve comunque correggere formalmente la contraddizione.

4. AFO medica oncologica e nefrologica

Viene istituita un'AFO medica di **22 posti complessivi**, con indirizzo oncologico e nefrologico:

- Medicina generale: 15;
- Nefrologia ed Emodialisi: 5;
- Oncologia-DH: 2.

Due dei 22 posti sono destinati all'alta intensità assistenziale.

L'Atto stabilisce che il personale medico e del comparto dell'AFO dovrà garantire:

- guardia h24 feriale e festiva;
- reperibilità;
- assistenza alle attività oncologiche e nefrologiche.

Questo passaggio è particolarmente delicato: non viene previsto un organico aggiuntivo, mentre allo stesso personale vengono affidate funzioni diverse e copertura continuativa.

5. Oncologia dipendente da Polla

Sapri conserva 2 posti di Day Hospital oncologico, ma la gestione viene affidata alla:

UOSD Oncologia del P.O. di Polla.

L'Oncologia di Sapri, quindi, non è autonoma. Il nuovo modello comporta:

- direzione clinica da Polla;
- possibile rotazione del personale;
- coordinamento dei protocolli terapeutici;
- dipendenza organizzativa per programmazione e responsabilità.

L'Atto non chiarisce se a Sapri sarà garantita una presenza stabile dell'oncologo o solo accessi programmati.

6. Servizio trasfusionale dipendente da Vallo

La gestione del Servizio trasfusionale di Sapri viene affidata alla struttura di Medicina trasfusionale del P.O. di Vallo della Lucania.

Sapri perde quindi autonomia organizzativa nel settore trasfusionale, nonostante disponga di:

- Pronto soccorso;
- Rianimazione;
- blocco operatorio;
- punto nascita;
- Chirurgia e Ortopedia.

Devono essere garantiti formalmente:

- disponibilità di sangue ed emocomponenti h24;
- personale locale;
- tempi di risposta nelle urgenze;
- scorte minime;
- protocolli per emorragie massive e urgenze ostetriche.

7. Ostetricia collegata a Vallo

La UOS Ostetricia e ginecologia di Sapri, con 10 posti, viene collegata funzionalmente alla UOC di Ostetricia e ginecologia del P.O. di Vallo della Lucania.

Anche in questo settore Sapri perde autonomia complessa e dipende da Vallo per l'organizzazione specialistica.

8. Punto nascita ancora subordinato alla deroga

Sapri rientra tra i punti nascita con meno di 1.000 parti annui. Il nuovo Atto richiama la richiesta di deroga motivata da:

- isolamento geografico;
- difficoltà dei collegamenti;
- lunghi tempi di percorrenza;
- necessità di garantire assistenza alle aree interne e costiere.

La presenza del punto nascita nell'Atto non costituisce una garanzia definitiva. Il mantenimento resta collegato alla deroga e alla verifica ministeriale.

Inoltre, non risultano posti di terapia intensiva neonatale: è quindi essenziale garantire un efficace servizio di trasporto materno e neonatale.

9. Spoke nella rete ictus senza Neurologia

Il documento classifica Sapri come **spoke nella rete ictus**, ma nella dotazione del presidio non compare:

- una Neurologia;
- una Stroke Unit;
- un numero di posti dedicati all'ictus.

Questa è una delle principali criticità del nuovo Atto. La funzione di spoke deve essere sostenuta almeno da:

- consulenza neurologica h24;
- teleconsulto;
- diagnostica TAC tempestiva;
- protocolli per trombolisi;
- trasferimento rapido verso la Stroke Unit di riferimento;
- personale formato.

Il solo inserimento nella rete non garantisce la capacità operativa.

10. Rete traumatologica

Sapri viene confermato come PST nella rete trauma, con:

- Ortopedia e traumatologia: 20 posti;
- Chirurgia generale: 20 posti;
- Rianimazione: 4 posti;
- Radiologia;
- Pronto soccorso.

Il ruolo è strategico per il basso Cilento, il Golfo di Policastro e l'elevata presenza turistica estiva. Tuttavia, non viene previsto alcun potenziamento stagionale o strutturale degli organici.

11. Emergenze pediatriche

Il presidio è classificato come spoke di primo livello nelle emergenze pediatriche e dispone di una UOSD Pediatria con 8 posti.

Non risultano:

- terapia intensiva pediatrica;
- subintensiva pediatrica;
- terapia intensiva neonatale;
- posti di osservazione pediatrica chiaramente indicati.

12. Endoscopia digestiva

Nelle tabelle dipartimentali compare un Servizio di Endoscopia digestiva senza posti letto.

Il documento non specifica:

- classificazione organizzativa;
- organico dedicato;
- attività h24;
- reperibilità per emorragie digestive;
- data di effettiva attivazione.

13. Servizi diagnostici

Sono previste:

- UOSD Laboratorio di analisi;
- UOSD Radiologia;
- Servizio trasfusionale dipendente da Vallo;
- Endoscopia digestiva;
- Nefrologia ed Emodialisi.

La permanenza di Laboratorio e Radiologia come UOSD rappresenta un elemento positivo, ma l'Atto non garantisce espressamente la presenza continuativa h24.

14. Ospedale di Comunità e COT

Nella programmazione territoriale Sapri compare anche come sede di:

- Ospedale di Comunità;
- Centrale Operativa Territoriale;
- strutture territoriali del Distretto 71.

Queste attività sono distinte dai 116 posti ospedalieri e non possono essere considerate automaticamente un aumento della dotazione del P.O. Dell'Immacolata.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto conferma formalmente Sapri come ospedale strategico:

- DEA di I livello;
- sede di Pronto soccorso;
- PST traumatologico;
- spoke cardiologico;
- spoke ictus;
- spoke pediatrico;
- punto nascita in deroga;
- sede di nuova Nefrologia ed Emodialisi.

Ma, contemporaneamente:

- i posti totali restano 116;
- Medicina perde 5 posti;
- Oncologia dipende da Polla;
- Trasfusionale e Ostetricia dipendono da Vallo;

- la funzione ictus è prevista senza Neurologia o Stroke Unit;
- il punto nascita resta legato alla deroga;
- non viene indicato personale aggiuntivo.

In sintesi: **Sapri mantiene un ruolo centrale nell'emergenza, ma perde autonomia organizzativa in settori essenziali. L'unica modifica concreta dei posti letto è la trasformazione di 5 posti di Medicina in Nefrologia ed Emodialisi, senza aumento dei 116 posti complessivi.**

Ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania

La conclusione principale è che il nuovo Atto aziendale **non aumenta i posti letto del San Luca**, che restano **286**, con una distribuzione sostanzialmente identica a quella del precedente Atto.

Il cambiamento riguarda soprattutto il rafforzamento formale del ruolo di Vallo come centro del **DEA Vallo-Agropoli**, l'organizzazione in AFO e l'attribuzione di nuove responsabilità sovra-presidio.

Posti letto: nessun aumento

Struttura	Posti letto
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	8
Cardiologia	14
UTIC	8
Chirurgia generale	25
Medicina d'emergenza-urgenza	8
Medicina generale	28
Neurochirurgia	16
Neurologia	10
Stroke Unit	4
Oculistica	10
Ortopedia e traumatologia	30
Ostetricia e ginecologia	16
Pediatria	14
Neonatologia	6
Urologia	14

Struttura	Posti letto
Blocco operatorio e post-intensiva	2
Chirurgia vascolare	10
Gastroenterologia	12
Malattie infettive	15
Oncologia	10
Otorinolaringoiatria	10
Psichiatria-SPDC	16
Totale	**286**

La dotazione coincide con quella dell'Atto precedente. Le nuove funzioni non sono accompagnate da ulteriori posti letto.

1. Nasce formalmente il DEA Vallo-Agropoli

Il nuovo Atto configura un unico:

Presidio ospedaliero di I livello Vallo della Lucania-Agropoli.

Il San Luca diventa il presidio guida, mentre Agropoli viene annesso e dipende da Vallo per diverse funzioni:

- Pronto soccorso di Agropoli integrato con la UOC Medicina d'emergenza-urgenza di Vallo;
- Terapia iperbarica di Agropoli afferente alla UOC Anestesia e rianimazione di Vallo;
- supporto clinico e organizzativo;
- gestione integrata dei percorsi urgenti e dei trasferimenti.

Questo amplia notevolmente il bacino e le responsabilità del personale del San Luca, senza che il documento preveda un aumento della dotazione organica.

2. DEA di I livello e centro dell'emergenza dell'area sud

Vallo viene confermato come:

- **DEA di I livello**;
- sede di Pronto soccorso;
- UOC Medicina d'emergenza-urgenza con 8 posti;
- UOC Anestesia e rianimazione con 8 posti;
- centro di riferimento per l'emergenza dell'area sud della provincia.

L'Atto non prevede un aumento dei posti di Medicina d'urgenza o di Rianimazione, nonostante l'annessione di Agropoli e l'ampiezza del territorio servito.

3. Stroke Unit di primo livello

Il San Luca viene formalmente individuato quale:

SU1L - Stroke Unit di primo livello nella rete dell'ictus.

Sono previsti:

- Neurologia: 10 posti;
- Stroke Unit: 4 posti;
- Neuroradiologia;
- Rianimazione;
- Radiologia;
- Pronto soccorso.

La dotazione della Stroke Unit rimane limitata a 4 posti, senza incremento rispetto al precedente Atto.

Contraddizione sulla Neurologia

Nella scheda generale la Neurologia è indicata come **UOC**. Nelle successive tabelle dipartimentali, invece, compare come **UOSD Neurologia con 10 posti**.

Le due classificazioni non sono equivalenti:

- UOC significa maggiore autonomia e una direzione di struttura complessa;
- UOSD comporta una posizione organizzativa inferiore.

L'ASL deve chiarire se Neurologia resta UOC o viene ridimensionata a UOSD.

4. Hub della rete cardiologica

Il San Luca è confermato come **hub nella rete cardiologica e dell'infarto**, con:

- UOC Cardiologia: 14 posti;
- UOS UTIC: 8 posti;
- UOS Emodinamica;
- Servizio di Elettrostimolazione.

Il ruolo di hub viene formalmente rafforzato, ma i posti non aumentano e l'Atto non definisce il potenziamento dell'organico necessario per garantire Emodinamica e cardiologia interventistica h24.

5. Centro traumatologico di zona

Vallo viene confermato quale **CTZ nella rete traumatologica**, sostenuto da:

- Ortopedia e traumatologia: 30 posti;
- Neurochirurgia: 16 posti;
- Chirurgia vascolare: 10 posti;
- Rianimazione: 8 posti;
- Radiologia e Neuroradiologia;
- blocco operatorio.

Anche in questo caso il ruolo strategico viene riconosciuto senza un aumento dei posti o una quantificazione del personale.

La piena funzionalità del CTZ richiede necessariamente la copertura h24 di Ortopedia, Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, Radiologia e Rianimazione: garanzia che l'Atto non esplicita.

6. Emergenze pediatriche

Il San Luca viene qualificato come **spoke di secondo livello nella rete delle emergenze pediatriche**.

Dispone di:

- UOC Pediatria: 14 posti;
- Neonatologia: 6 posti;
- UOC Ostetricia e ginecologia: 16 posti.

Non sono previsti posti autonomi di terapia intensiva pediatrica o neonatale. La qualifica di spoke di secondo livello deve quindi essere chiarita rispetto alle effettive dotazioni tecnologiche e professionali.

7. Centro regionale per le malattie infettive pediatriche

Il nuovo Atto prevede:

2 posti letto per il Centro regionale per le malattie infettive pediatriche presso Malattie infettive.

Non è specificato se siano aggiuntivi o ricavati dai 15 posti già assegnati alla UOSD Malattie infettive.

Poiché il totale rimane 286, è presumibile che i 2 posti siano compresi nei 15 esistenti. L'Atto dovrebbe comunque indicare:

- area di degenza dedicata;
- personale pediatrico e infettivologico;
- percorsi separati;
- requisiti di isolamento;
- dotazione infermieristica.

8. Terapia del dolore

Viene formalizzata una **UOSD Terapia del dolore**, senza propri posti letto.

La struttura potrà utilizzare, quando necessario:

2 posti in Day Hospital della UOC Medicina generale.

Vallo viene inoltre classificato come spoke nella rete della terapia del dolore.

Anche in questo caso non si tratta di posti aggiuntivi: i due posti vengono utilizzati all'interno della dotazione della Medicina generale.

9. Procreazione medicalmente assistita

Il nuovo Atto riconosce un:

Servizio di PMA a valenza dipartimentale.

Il documento non chiarisce:

- livello delle tecniche autorizzate;
- organico dedicato;
- dotazioni laboratoristiche;
- numero di posti o spazi;
- data di piena attivazione;
- rapporto con Ostetricia e ginecologia.

Il servizio compare nell'organigramma, ma senza una propria articolazione UOC, UOSD o UOS.

10. Tre Aree Funzionali Omogenee

Sono previste:

AFO	Posti	Caratteristiche
AFO medica	40	4 posti ad alta intensità
AFO chirurgica 1	35	Area generalista
AFO chirurgica 2	20	Area specialistica

Una possibile corrispondenza è:

- AFO medica: Medicina generale 28 + Gastroenterologia 12 = 40;
- AFO chirurgica 1: Chirurgia generale 25 + Chirurgia vascolare 10 = 35;
- AFO chirurgica 2: aggregazione di discipline specialistiche.

Tuttavia, la composizione della seconda AFO chirurgica non viene chiarita. Non è spiegato come siano collocati:

- Urologia: 14 posti;
- Oculistica: 10;
- Otorinolaringoiatria: 10;
- Ortopedia: 30;
- Neurochirurgia: 16.

L'AFO specialistica da 20 posti non coincide con la somma delle strutture presenti.

11. Quattro posti ad alta intensità

Nell'AFO medica vengono previsti **4 posti ad alta intensità assistenziale**.

Non risultano aggiuntivi ai 286. Mancano inoltre:

- standard infermieristici;
- rapporto personale/pazienti;
- presenza medica;
- monitoraggio;
- collocazione;
- criteri di accesso.

Senza un adeguamento dell'organico, i quattro posti possono determinare un aumento del carico assistenziale sulla Medicina.

12. Gestione del blocco operatorio

La UOS Blocco operatorio e post-intensiva coordinerà esclusivamente:

- personale medico afferente alla struttura;
- attività della dirigenza medica.

Il personale del comparto sarà gestito dalla **Direzione medica di presidio**.

Questa separazione necessita di regole chiare su:

- programmazione delle sedute;
- assegnazione degli infermieri;
- reperibilità;
- apertura contemporanea delle sale;
- gestione delle urgenze;
- responsabilità organizzative.

13. Servizi diagnostici e trasfusionali

Il nuovo organigramma conferma:

- UOC Laboratorio di analisi;
- UOSD Anatomia e istologia patologica;
- UOSD Servizio trasfusionale;
- UOC Radiologia;
- UOSD Neuroradiologia.

Il Servizio trasfusionale di Vallo assume anche la gestione dell'attività trasfusionale del P.O. di Sapri. Si ampliano quindi le responsabilità del San Luca senza un incremento dichiarato delle risorse.

14. Punto nascita

Il punto nascita di Vallo registra meno di 1.000 parti annui ed è collegato a una deroga motivata dalle caratteristiche geografiche e dai lunghi tempi di percorrenza.

Il nuovo Atto mantiene:

- UOC Ostetricia e ginecologia: 16 posti;
- UOC Pediatria: 14 posti;
- Neonatologia: 6 posti.

La presenza nell'Atto non elimina la necessità della deroga e delle verifiche ministeriali.

15. La Dialisi continua a mancare

Nel nuovo Atto aziendale per il P.O. San Luca **non compaiono**:

- UOC o UOSD Nefrologia;
- Servizio di Emodialisi;
- posti letto nefrologici;
- tecniche dialitiche;
- servizio dialitico ospedaliero.

La mancanza è particolarmente evidente perché il documento prevede attività nefrologiche o dialitiche presso:

- Eboli;
- Polla;
- Sapri;
- Scafati.

Per Vallo, ospedale sede di DEA, CTZ, hub cardiologico, Stroke Unit, Rianimazione e Malattie infettive, l'assenza della Dialisi rappresenta una grave lacuna organizzativa.

Il nuovo Atto non chiarisce come debbano essere gestiti:

- pazienti dializzati ricoverati;
- insufficienze renali acute;
- urgenze dialitiche;
- pazienti critici in Rianimazione;
- trasferimenti verso strutture pubbliche o private;
- continuità assistenziale nel territorio cilentano.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto rafforza formalmente il San Luca come:

- centro del DEA Vallo-Agropoli;
- hub cardiologico;
- Stroke Unit di primo livello;
- CTZ traumatologico;
- spoke pediatrico di secondo livello;
- riferimento trasfusionale per Sapri;
- sede di Terapia del dolore e PMA.

Ma, contemporaneamente:

- i posti restano 286;
- Vallo assume responsabilità su Agropoli e Sapri;
- non viene indicato personale aggiuntivo;
- la Neurologia è classificata in modo contraddittorio;
- le AFO non hanno una composizione completamente chiara;
- il punto nascita resta legato alla deroga;
- manca ancora Nefrologia e Dialisi.

In sintesi: **il San Luca riceve più funzioni e responsabilità, ma nessun aumento dei posti letto e nessuna garanzia di potenziamento degli organici. La mancata previsione della Dialisi resta una delle più gravi carenze del nuovo Atto aziendale.**

AGROPOLI

Nel nuovo Atto aziendale il P.O. di Agropoli mantiene complessivamente **100 posti letto**, ma riceve alcune nuove e più precise qualificazioni organizzative.

P.O. di Agropoli: cosa cambia

Aspetto	Atto precedente	Nuovo Atto
Posti letto	100	**100, invariati**
Medicina	UOC Medicina generale, 20 posti	**UOC Medicina generale e delle fragilità**, 20 posti
Riabilitazione	UOC Recupero e riabilitazione, 60 posti	Confermata, con indirizzo respiratorio, cardiologico, neurologico e traumatologico
Lungodegenza	UOSD, 20 posti	Confermata, 20 posti
Emergenza	Non chiaramente definita nella scheda	Agropoli è qualificato come **ospedale in zona disagiata**, con "Pronto soccorso area disagiata"
SUAP	Non indicata	SUAP collocata fisicamente ad Agropoli, con **11 posti**, e previsione di ampliamento
Terapia iperbarica	Non menzionata	Esplicitamente inserito un **Servizio di terapia iperbarica**

La novità più rilevante è il riconoscimento formale del ruolo di Agropoli come **presidio ospedaliero in zona disagiata**. Il Pronto soccorso viene integrato organizzativamente con la UOC Medicina d'Emergenza e Urgenza del DEA di Vallo della Lucania.

Tuttavia, l'Atto precisa:

«Nelle more dell'attivazione del pronto soccorso, l'attività sarà garantita con la presenza di un punto di primo intervento».

Quindi il documento programma e riconosce il Pronto soccorso, ma contemporaneamente ammette che, fino alla sua effettiva attivazione, resta operativo soltanto il **Punto di primo intervento**.

Camera iperbarica

Il nuovo Atto afferma espressamente:

«È presente un servizio di terapia iperbarica afferente alla UOC Anestesia e Rianimazione del P.O. di Vallo della Lucania».

Nelle tabelle organizzative compare inoltre:

- sede: **P.O. di Agropoli**;
- denominazione: **Servizio Terapia Iperbarica**;
- Dipartimento: Area critica ed emergenza-urgenza;
- posti letto: **0**, trattandosi di un servizio tecnico-assistenziale;
- dipendenza funzionale: UOC Anestesia e Rianimazione di Vallo della Lucania.

La novità è dunque importante: nel precedente Atto non risultava alcun riferimento alla terapia o alla camera iperbarica, mentre ora il servizio viene formalmente riconosciuto e collocato ad Agropoli.

Resta però una criticità: l'Atto dice che il servizio «è presente», ma **non specifica**:

- se la camera sia effettivamente attiva e autorizzata;
- data e tempi di avvio;
- giorni e orari di funzionamento;
- dotazione di medici, infermieri e tecnici;
- numero e caratteristiche delle camere disponibili;
- reperibilità per le urgenze;
- protocolli con 118 e Pronto soccorso;
- manutenzione, collaudo e certificazioni;
- prestazioni concretamente erogabili.

Pertanto, il riconoscimento nell'Atto aziendale **non dimostra, da solo, la piena operatività della camera iperbarica**.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto rafforza formalmente Agropoli, ma diversi punti restano programmatici o indeterminati. In particolare, la ASL dovrebbe chiarire:

1. quando sarà realmente attivato il Pronto soccorso;
2. quale personale aggiuntivo verrà assegnato;
3. quanti posti SUAP saranno aggiunti e con quale organico;
4. se il Servizio di terapia iperbarica sia già operativo;
5. quale dotazione stabile di personale avrà;
6. perché il servizio dipenda da Vallo senza una propria articolazione organizzativa formalizzata ad Agropoli.

In sintesi: **la terapia iperbarica entra finalmente nell'organizzazione ufficiale del P.O. di Agropoli, ma mancano tutte le informazioni necessarie per verificare che non si tratti soltanto di una previsione sulla carta**. Anche il Pronto soccorso è previsto, ma il testo conferma implicitamente che non è ancora pienamente attivato.

Distretti sanitari

La novità principale è il tentativo di rendere i Distretti il centro dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022. Tuttavia, **non cambiano il numero, i confini e le sedi dei 13 Distretti sanitari**.

Molte innovazioni — Case e Ospedali di Comunità, COT, infermiere di famiglia, UCA e telemedicina — erano già richiamate nel precedente Atto. Il nuovo documento le descrive in maniera più analitica, ma spesso **senza indicare organici effettivi, cronoprogrammi e risorse di funzionamento**.

I 13 Distretti restano invariati

Distretto	Ambito territoriale	Popolazione
DS 60	Nocera Inferiore	93.716
DS 61	Angri-Scafati	97.032
DS 62	Sarno-Pagani	89.314
DS 63	Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi	92.274
DS 64	Eboli-Buccino	101.448
DS 65	Battipaglia	71.919
DS 66	Salerno	143.957
DS 67	Mercato San Severino	70.966
DS 68	Giffoni Valle Piana	81.549
DS 69	Capaccio-Roccadaspide	56.280
DS 70	Vallo della Lucania-Agropoli	96.492
DS 71	Sapri	44.377
DS 72	Sala Consilina-Polla	62.439

Il totale indicato è di **1.101.763 assistiti in 158 Comuni**.

1. Ogni Distretto diventa UOC

La Direzione di ciascun Distretto viene configurata come **Unità operativa complessa**.

Il Direttore di Distretto dovrebbe disporre di:

- autonomia tecnico-gestionale;
- autonomia economico-finanziaria;
- budget negoziato;

- gestione del personale;
- programmazione attraverso il Piano delle attività territoriali;
- responsabilità sull'integrazione sociosanitaria;
- rapporti con Comuni, Ambiti sociali, MMG e pediatri;
- coordinamento con ospedali e dipartimenti.

È un rafforzamento formale importante. Tuttavia, l'autonomia rischia di rimanere teorica se non viene accompagnata da budget, personale amministrativo e poteri gestionali effettivi.

2. Nuova articolazione interna

In ogni Distretto sono previste almeno tre aree organizzative:

- UOS Cure primarie;
- UOS Materno-infantile;
- UOS Riabilitazione, sociosanitario e cure domiciliari.

Nei Distretti 60, 63, 64 e 66, Riabilitazione-sociosanitario e Cure domiciliari risultano separate in due strutture distinte.

Distretti	**Articolazione**
DS 60, 63, 64 e 66	Cure primarie; Materno-infantile; Riabilitazione e sociosanitario; Cure domiciliari
DS 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71 e 72	Cure primarie; Materno-infantile; struttura unica Riabilitazione-sociosanitario-cure domiciliari

Questa differenza non viene motivata con dati relativi a popolazione, territorio, carichi di lavoro o numero di utenti.

3. Doppia dipendenza delle strutture distrettuali

Le UOS distrettuali:

- dipendono gerarchicamente dalla UOC del Distretto;
- sono collegate funzionalmente alle UOC centrali e ai Dipartimenti aziendali.

Il modello introduce quindi una doppia linea di comando:

Questa configurazione può generare conflitti su:

- assegnazione del personale;
- obiettivi;
- turni;
- priorità assistenziali;
- responsabilità;
- valutazione della performance.

Serve un regolamento che individui con chiarezza chi decide e chi risponde delle attività.

4. Case della Comunità

Il nuovo Atto conferma **33 Case della Comunità**, almeno una Hub per Distretto, organizzate secondo il modello Hub e Spoke.

Le sedi indicate sono:

Agropoli, Amalfi, Auletta, Baronissi, Battipaglia, Buccino, Camerota, Capaccio Paestum, Castellabate, Eboli, Maiori, Montecorvino Pugliano, Montecorvino Rovella, Nocera Inferiore, Nocera Superiore, Oliveto Citra, Pagani, Piaggine, Pontecagnano Faiano, Roccadaspide, Sala Consilina, Salerno-Matierno, San Cipriano Picentino, San Giovanni a Piro, Sanza, Sant'Arsenio, Sapri, Sarno, Scafati, Stio, Teggiano, Vallo della Lucania e Vietri sul Mare.

Le Case della Comunità dovrebbero garantire:

- presa in carico di cronici e fragili;
- PUA e orientamento;
- assistenza infermieristica;
- MMG e pediatri;
- specialistica ambulatoriale;
- punto prelievi;
- prevenzione e vaccinazioni;
- diagnostica di base;
- telemedicina;
- integrazione sociale;
- assistenza domiciliare.

Contraddizione numerica

Il documento dichiara:

- 33 Case della Comunità complessive;
- 23 da realizzare attraverso riconversione di strutture esistenti;
- 13 da realizzare ex novo.

Ma **23 + 13 = 36**, non 33. L'elenco delle sedi ne contiene invece 33. La ripartizione deve essere corretta.

5. Centrali Operative Territoriali

Sono previste **13 COT**, una per ogni Distretto, nelle sedi di:

- Baronissi;
- Battipaglia;
- Cava de' Tirreni;
- Eboli;
- Giffoni Valle Piana;
- Nocera Superiore;
- Roccadaspide;
- Sala Consilina;
- Salerno;
- Sapri;
- Sarno;
- Scafati;
- Vallo della Lucania.

Le COT dovrebbero garantire:

- coordinamento tra ospedale, territorio e domicilio;
- dimissioni protette;
- raccordo con 118 ed emergenza;
- telemedicina e teleconsulto;
- monitoraggio dei pazienti;
- continuità assistenziale.

Standard indicati

Per ciascuna COT sono previsti:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 3-5 infermieri;
- 1-2 operatori di supporto;
- attività sette giorni su sette, anche nelle ore notturne.

L'Atto non chiarisce quali COT siano già operative, con quale personale e se l'attività notturna sia effettivamente garantita.

Ulteriore contraddizione

In una parte il documento indica **una COT ogni 10.000 abitanti**; successivamente parla correttamente di una COT ogni 100.000 abitanti o a valenza distrettuale. È necessaria una correzione.

6. Ospedali di Comunità

L'elenco finale indica Ospedali di Comunità nelle sedi di:

- Agropoli;
- Buccino;
- Oliveto Citra;
- Roccadaspide;
- Sant'Arsenio;
- Sapri;
- Sarno;
- Stio;
- Vallo della Lucania.

Sono quindi **9 sedi**.

Contraddizione 8-9-10

Nel nuovo Atto si trovano tre numeri diversi:

- 10 interventi nella parte PNRR;
- 8 Ospedali di Comunità nella descrizione del modello;
- 9 sedi nella tabella conclusiva.

Non è possibile stabilire con certezza quanti OdC saranno realmente attivati.

Standard per un OdC da 20 posti

Il documento indica:

- 7-9 infermieri, compreso un coordinatore;
- 4-6 OSS;
- 1-2 professionisti della riabilitazione;
- un medico per 4-5 ore al giorno, sei giorni su sette;
- assistenza infermieristica h24.

Gli OdC sono strutture territoriali a prevalente gestione infermieristica e **non possono sostituire posti letto ospedalieri per acuti**.

7. Infermiere di famiglia e comunità

Viene formalmente introdotto l'Infermiere di famiglia o comunità con uno standard di:

un infermiere ogni 3.000 abitanti.

Applicando questo rapporto alla popolazione ASL di 1.101.763 residenti, servirebbero indicativamente circa **367 infermieri di famiglia e comunità**.

L'Atto, però, non indica:

- quanti infermieri siano già disponibili;
- quante assunzioni siano previste;
- in quali sedi saranno assegnati;
- se verranno sottratti a ospedali e servizi già in carenza;
- modalità di selezione e formazione;
- incarichi di coordinamento.

8. Unità di Continuità Assistenziale

È prevista almeno una UCA ogni 100.000 abitanti, composta da:

- un medico;
- un infermiere.

Le UCA dovrebbero intervenire a domicilio nelle situazioni complesse, evitando accessi impropri in Pronto soccorso.

Non sono però riportati:

- sedi distrettuali;
- numero effettivo delle équipe;
- orari;
- automezzi;
- dotazioni;
- personale disponibile;
- tempi di attivazione.

9. Assistenza domiciliare

Il nuovo modello prevede che l'ADI raggiunga entro il 2026 almeno il **10% della popolazione con più di 65 anni**.

Poiché gli ultrasessantacinquenni indicati sono 241.843, l'obiettivo corrisponde a circa **24.184 anziani assistiti a domicilio**.

Per raggiungerlo servirebbe un rilevante aumento di:

- infermieri;
- OSS;
- fisioterapisti;
- medici;
- assistenti sociali;
- automezzi;
- tecnologie domiciliari.

Il documento non presenta un piano analitico delle assunzioni.

10. AFT e UCCP

Il nuovo Atto rafforza:

- Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- Unità Complesse di Cure Primarie;
- lavoro in équipe di MMG e pediatri;
- integrazione con infermieri, specialisti, ostetriche e riabilitatori;
- apertura prolungata dei servizi;
- collegamento telematico con gli ospedali.

La partecipazione dei professionisti convenzionati viene descritta come elemento essenziale, ma mancano accordi operativi, sedi definitive e coperture orarie certe.

11. PUA, UVI e valutazione multidisciplinare

La presa in carico dovrebbe avvenire attraverso:

- PUA – Porta Unica di Accesso;
- UVI – Unità di Valutazione Integrata;
- UVBR – Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo;
- PAI – Piano Assistenziale Individualizzato;
- PDTA condivisi.

Il principio è positivo, ma l'Atto non stabilisce tempi massimi di valutazione, composizione minima delle équipe e personale dedicato.

12. Centralizzazione amministrativa

Le Direzioni amministrative vengono aggregate:

- Distretti 60-61-62;
- Distretti 63-66-67;
- Distretti 64-65-68;
- Sapri e DS 71;
- Vallo-Agropoli e DS 69-70;
- Polla-Oliveto Citra e DS 72.

Questa riorganizzazione può ridurre l'autonomia amministrativa del singolo Distretto e allontanare i centri decisionali dagli operatori e dai cittadini.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto promette un forte trasferimento dell'assistenza dall'ospedale al territorio, ma il modello è ancora in larga parte programmatico.

Le principali criticità sono:

1. numero e confini dei Distretti invariati, nonostante forti differenze territoriali e demografiche;
2. nessun piano organico delle assunzioni;
3. circa 367 infermieri di famiglia teoricamente necessari;
4. COT previste h24 senza indicazione del personale disponibile;
5. numeri contraddittori sugli Ospedali di Comunità;

6. errore numerico sulle Case della Comunità;
7. doppia dipendenza gerarchica e funzionale delle UOS;
8. centralizzazione delle funzioni amministrative;
9. mancanza di date certe di apertura;
10. rischio di trasferire personale dagli ospedali già in sofferenza.

In sintesi: **il nuovo Atto rafforza formalmente i Distretti e recepisce il modello del DM 77, ma non modifica il loro numero né presenta un piano concreto e finanziato per personale, aperture e piena operatività delle nuove strutture territoriali.**

Sistema 118

La modifica più importante è la **centralizzazione dell'intero sistema provinciale in un'unica Centrale Operativa 118 con sede a Salerno**.

Il nuovo Atto non prevede il ripristino della Centrale 118 di Vallo della Lucania e non programma l'internalizzazione del servizio. Conferma invece un modello misto, con personale ASL e personale delle associazioni convenzionate.

1. Un'unica Centrale Operativa 118 a Salerno

Il documento stabilisce espressamente:

«Il Sistema Emergenza Urgenza Territoriale 118 dell'ASL Salerno è gestito dall'UOC Emergenza-COT 118 e si compone di una Centrale Operativa unica, nella sua sede di Salerno».

La nuova organizzazione prevede:

- **UOC Emergenza-Urgenza COT 118**;
- **UOS Emergenza territoriale**;
- un'unica centrale provinciale a Salerno;
- sei postazioni operatore;
- ulteriori postazioni per maxi-emergenze, telecardiologia e altre funzioni;
- gestione centralizzata dei mezzi di soccorso.

2. La Centrale 118 di Vallo non viene ripristinata

Nel nuovo Atto non compare:

- una Centrale 118 a Vallo della Lucania;
- una UOS territoriale specifica per l'area sud;
- una seconda centrale operativa;
- una centrale decentrata di supporto;
- una sala operativa per Cilento, Vallo di Diano e Golfo di Policastro.

Il testo non usa la parola "soppressione", ma la previsione di una sola Centrale a Salerno comporta che **la precedente funzione della COT 118 di Vallo non viene riconosciuta né ripristinata nel nuovo assetto**.

Questa centralizzazione è motivata con il DCA 103/2018 e con lo standard di una Centrale per almeno 600.000 abitanti.

3. La criticità dell'area sud

La scelta di una Centrale unica non sembra tenere adeguatamente conto di:

- estensione della provincia di Salerno;
- viabilità complessa;
- aree montane;
- Cilento costiero;
- Vallo di Diano;
- Golfo di Policastro;
- aumento della popolazione durante l'estate;
- difficoltà di collegamento con gli ospedali;
- lunghi tempi di percorrenza.

Il nuovo Atto riconosce che localizzazione dei mezzi, tempi di percorrenza, rete stradale e caratteristiche orografiche devono essere considerati. Non traduce però questo principio in una specifica organizzazione per l'area sud.

4. Sistema inserito nel Dipartimento dell'emergenza

Il 118 viene formalmente collocato nel:

Dipartimento Area critica ed Emergenza-Urgenza ospedaliera e territoriale-COT 118.

L'obiettivo è integrare:

- soccorso territoriale;
- Pronto soccorso;
- Medicina d'urgenza;

- Rianimazione;
- reti ictus, infarto e trauma;
- trasporti secondari;
- elisoccorso.

È una scelta organizzativa positiva, ma l'Atto stesso riconosce che il raccordo tra strutture ospedaliere e 118 costituisce ancora:

«un aspetto critico del sistema».

5. Le funzioni della Centrale unica

La Centrale di Salerno dovrà:

- ricevere e processare le chiamate;
- localizzare l'evento;
- attribuire il codice di priorità;
- scegliere e inviare il mezzo più idoneo;
- movimentare temporaneamente i mezzi tra le diverse aree;
- coordinare l'intervento;
- individuare l'ospedale più appropriato;
- collegarsi con Vigili del fuoco, Protezione civile e altre Centrali;
- coordinare maxi-emergenze;
- gestire telecardiologia;
- gestire, se richiesto, il trasporto di organi;
- raccordarsi con elisoccorso e reti tempo-dipendenti.

Il documento precisa che **solo la Centrale Operativa 118 può disporre l'invio dei mezzi di soccorso**.

6. Fabbisogno teorico di 19 mezzi avanzati

Il nuovo Atto richiama lo standard di:

- un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti;
- copertura territoriale non superiore a 350 km².

Per la provincia di Salerno viene indicato un fabbisogno di:

19 mezzi di soccorso avanzato.

L'Atto afferma che l'ASL "implementerà" il numero di:

- automediche;
- mezzi di soccorso avanzato;
- mezzi di soccorso di base.

La parola "implementerà" evidenzia che si tratta di un obiettivo programmatico. Non viene dichiarato:

- quanti mezzi siano effettivamente attivi;
- dove siano collocati;
- quali funzionino h24;
- quanti siano medicalizzati;
- quali postazioni siano solo infermieristiche;
- quali siano gestite da associazioni;
- quanti mezzi manchino rispetto al fabbisogno di 19.

7. Equipaggi previsti

Il documento individua tre configurazioni:

Mezzo	Equipaggio previsto
Automedica-MSA	Medico, infermiere e autista soccorritore
Ambulanza "India"	Infermiere e autista soccorritore
Ambulanza "Victor"	Autista soccorritore e soccorritore volontario

Sono inoltre richiamati:

- elisoccorso;
- idroambulanze;
- moto mediche.

Il sistema può quindi inviare mezzi con livelli assistenziali molto diversi. È fondamentale che l'ASL renda pubblici i criteri con cui le postazioni vengono medicalizzate, infermierizzate o affidate a soli soccorritori.

8. Nessuna internalizzazione

Il nuovo Atto dichiara che gli equipaggi sono costituiti da:

«personale misto dipendente ASL e personale delle associazioni in convenzione con l'ASL Salerno».

Quindi il documento:

- non prevede la gestione interamente pubblica;
- non programma l'internalizzazione delle postazioni;
- non indica un percorso per assumere autisti, infermieri e soccorritori;
- conferma il ricorso alle associazioni convenzionate;
- consente composizioni variabili in base alle risorse disponibili.

Questa formulazione è particolarmente critica, perché la composizione di un equipaggio di emergenza non dovrebbe dipendere genericamente dalle "esigenze del momento" e dalle "risorse disponibili".

9. Potenziamento estivo senza un piano concreto

L'Atto afferma che i mezzi vengono implementati nel periodo estivo per l'aumento delle presenze nelle località turistiche.

Non sono però indicati:

- numero dei mezzi estivi;
- sedi;
- periodo di attivazione;
- orari;
- personale;
- tempi di risposta;
- copertura di Costiera Amalfitana, Cilento e Golfo di Policastro;
- stanziamenti economici;
- criteri basati sui flussi turistici.

Il potenziamento estivo rimane quindi una dichiarazione generale.

10. Elisoccorso

Il documento conferma due basi regionali HEMS:

- Cardarelli;
- Pontecagnano.

Non viene prevista una nuova base stabile nel Cilento o nel Vallo di Diano.

Sono elencate numerose elisuperfici occasionali, tra cui:

- Agropoli;
- Battipaglia;
- Capaccio;
- Eboli;
- Nocera;
- Oliveto Citra;
- Polla;
- Roccadaspide;
- località della Costiera Amalfitana.

La loro indicazione non equivale però a certificarne:

- operatività notturna;
- autorizzazione;
- illuminazione;
- manutenzione;
- disponibilità continuativa;
- utilizzabilità in ogni condizione.

11. Trasporti secondari

Il nuovo Atto riconosce la necessità di garantire adeguati sistemi di trasporto secondario:

- tra ospedali;
- tra stabilimenti dello stesso presidio;
- verso hub ictus, cardiologici e traumatologici;
- per pazienti che necessitano di prestazioni non disponibili localmente.

Per i traumi maggiori, i trasferimenti secondari urgenti vengono posti a carico del 118.

Il documento non individua però mezzi ed equipaggi specificamente dedicati. Il rischio è che i trasporti secondari sottraggano ambulanze all'emergenza territoriale.

12. Reti tempo-dipendenti

Il 118 assume un ruolo centrale per:

- infarto;
- ictus;
- trauma;
- emergenze pediatriche;
- emergenze ostetriche;
- trasporto verso il presidio adeguato, anche se non è quello più vicino.

Questo modello richiede protocolli aggiornati e una conoscenza in tempo reale di:

- disponibilità dei posti;
- operatività delle Stroke Unit;
- apertura delle Emodinamiche;
- disponibilità delle sale operatorie;
- posti di Rianimazione;
- funzionalità dei reparti specialistici.

L'Atto descrive il principio, ma non presenta i protocolli operativi né un sistema verificabile di monitoraggio.

13. Attenzione: COT 118 e COT territoriali non sono la stessa cosa

Il documento utilizza la sigla COT per due strutture diverse:

- **COT 118:** Centrale Operativa dell'emergenza, unica e situata a Salerno;
- **COT territoriali del DM 77:** 13 Centrali Operative Territoriali distrettuali dedicate a dimissioni protette, cronicità, assistenza domiciliare e continuità delle cure.

Le COT distrettuali non possono sostituire una Centrale 118 e non hanno funzioni di dispatch dei mezzi di emergenza.

Cosa manca nel nuovo Atto

Il nuovo documento non contiene una vera mappa provinciale delle postazioni 118. Mancano:

1. elenco delle postazioni attive;
2. comune e sede di ogni postazione;
3. tipologia MSA, India o Victor;
4. presenza di medico e infermiere;
5. operatività h12 o h24;
6. gestione diretta o convenzionata;
7. tempi medi di intervento;
8. chilometri e bacino territoriale;
9. mezzi sostitutivi in caso di guasto;
10. piano estivo dettagliato;
11. fabbisogno del personale;
12. piano di internalizzazione;
13. organizzazione specifica per Cilento e Vallo di Diano;
14. destinazione del personale della precedente COT di Vallo;
15. separazione tra emergenza primaria e trasporti secondari.

Valutazione sindacale

Il nuovo Atto introduce una struttura organizzativa più chiara:

- UOC Emergenza-Urgenza COT 118;
- UOS Emergenza territoriale;
- Centrale unica provinciale;
- integrazione formale con ospedali e reti tempo-dipendenti;
- fabbisogno teorico di 19 mezzi avanzati.

Ma le criticità prevalgono:

- **conferma della centralizzazione a Salerno**;
- nessun ripristino della COT 118 di Vallo;
- nessuna internalizzazione;
- conferma del sistema misto con associazioni;
- nessuna mappa delle postazioni;
- nessun dato sugli equipaggi realmente operativi;
- potenziamento estivo non quantificato;
- nessun piano specifico per l'area sud;
- rischio che i trasporti secondari riducano i mezzi disponibili per l'emergenza.

In sintesi: **il nuovo Atto concentra il comando del 118 a Salerno e formalizza l'organizzazione dipartimentale, ma non dimostra un potenziamento reale della rete territoriale. Per il Cilento e il Vallo di Diano, l'assenza di una Centrale decentrata o di un coordinamento territoriale dedicato resta una delle criticità più rilevanti.**

SINTESI GENERALE

L'analisi del nuovo Atto Aziendale evidenzia due criticità collegate: un'apertura strutturale al privato accreditato e l'omessa rappresentazione della Nefrologia con Emodialisi del P.O. San Luca di Vallo della Lucania.

1. Il nuovo Atto prevede esternalizzazioni?

Il documento non usa espressamente la parola "esternalizzazione" e non dispone direttamente l'affidamento di singoli servizi sanitari a operatori privati. Tuttavia, costruisce un modello nel quale il privato accreditato diventa parte stabile e complementare dell'offerta aziendale.

I passaggi più significativi sono:

- a pagina 83 si stabilisce che nel sistema assistenziale saranno coinvolte tutte le risorse pubbliche e private accreditate;
- a pagina 135 viene istituita la UOC Assistenza Accreditata;
- a pagina 139 si prevede, per le prestazioni non prodotte direttamente, una funzione di committenza anche verso il privato accreditato;
- alle pagine 152-153 si afferma che le strutture accreditate operano in complementarità con quelle pubbliche e possono rappresentare modalità "alternative complementari di accesso";
- a pagina 153 si prevede l'integrazione delle case di cura private nelle reti ospedaliere, nelle reti tempo-dipendenti e, ricorrendone le condizioni, nella rete dell'emergenza-urgenza;
- a pagina 274 si prevede che anche gli enti privati accreditati concorrano all'offerta del CUP unico regionale.

Valutazione

Queste disposizioni non costituiscono, da sole, un affidamento al privato. Per esternalizzare concretamente un servizio sarebbero necessari ulteriori atti: programmazione regionale, accreditamento, contratti, tetti di spesa, acquisto di prestazioni o procedure di affidamento.

Il problema politico e sindacale è però evidente: il nuovo Atto non considera il privato soltanto come supporto residuale, ma come componente ordinaria della rete assistenziale. Il rischio è che le carenze di personale e la mancata attivazione di servizi pubblici vengano compensate acquistando prestazioni dal privato, anziché investendo direttamente nelle strutture dell'ASL.

Lo stesso Atto riconosce che le strutture accreditate hanno finito per costituire una rete assistenziale "altrimenti non possibile" (pagina 152). Questa formulazione può trasformare una carenza del servizio pubblico in una giustificazione permanente del ricorso al privato.

2. Perché manca la Dialisi a Vallo della Lucania?

Il nuovo Atto non fornisce alcuna motivazione.

Questo è il punto più grave: non emerge una decisione esplicita di soppressione, trasferimento o riconversione della Dialisi di Vallo. Il servizio semplicemente scompare dalle tabelle organizzative.

Nel Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica e Oncologia, alle pagine 274-275, sono indicate:

Presidio	**Previsione nel nuovo Atto**
Eboli	UOC Nefrologia, UOS Tecniche Dialitiche
Scafati	UOS Emodialisi
Nocera Inferiore	UOC Nefrologia ed Emodialisi
Polla	UOSD Nefrologia ed Emodialisi
Sapri	UOSD Nefrologia ed Emodialisi con 5 posti

Presidio	Previsione nel nuovo Atto
Vallo della Lucania	Nessuna Nefrologia e nessuna Emodialisi

Anche nella descrizione del P.O. San Luca, a pagina 260, sono elencate le AFO mediche e chirurgiche, ma non compare alcuna funzione nefrologica o dialitica.

Non può essere spiegato soltanto con l'assenza di posti letto

L'Atto precisa a pagina 248 che i posti rene della Dialisi sono posti tecnici e non rientrano nel conteggio ordinario dei posti letto per acuti. L'assenza della Dialisi a Vallo, quindi, non può essere giustificata dicendo che non sono stati indicati posti letto di Nefrologia.

Infatti, nella tabella dipartimentale vengono riportati anche servizi dialitici con zero posti letto ordinari. L'omissione di Vallo è pertanto organizzativa, non meramente contabile.

3. Esistono prove che il servizio di Vallo fosse previsto?

Documenti ufficiali dell'ASL Salerno antecedenti al nuovo Atto riportano espressamente:

- la "Nefrologia con Emodialisi P.O. Vallo della Lucania";
- una UOS di Emodialisi del P.O. San Luca;
- un responsabile della UOS di Emodialisi del P.O. di Vallo, articolazione della struttura di Nefrologia e Dialisi.

Questa presenza emerge da precedenti avvisi e documenti aziendali pubblicati sul portale dell'ASL Salerno. Ad esempio, negli atti del 2023 compare espressamente la struttura "Nefrologia con Emodialisi P.O. Vallo della Lucania". Documentazione ASL Salerno sugli incarichi

Pertanto, la mancata indicazione nel nuovo Atto può significare:

1. un errore materiale nella redazione delle tabelle;
2. una mancata ricognizione delle strutture esistenti;
3. il previsto assorbimento della funzione in altra unità operativa;
4. una scelta di concentrazione dell'attività a Sapri, Polla o Eboli;
5. il progressivo trasferimento dell'attività dialitica verso strutture private accreditate.

Le ultime due ipotesi non possono però essere considerate provate, perché l'Atto non contiene motivazione, analisi del fabbisogno, numero dei pazienti, posti rene, distanze, tempi di percorrenza o valutazione dell'impatto territoriale.

4. Il collegamento con il privato

Il collegamento è particolarmente preoccupante perché lo stesso nuovo Atto, a pagina 317, dichiara che:

- in Campania operano 27 strutture pubbliche di Nefrologia o Dialisi e 114 strutture private;
- le strutture private effettuano l'85% delle dialisi complessive.

L'Atto riconosce dunque una fortissima dipendenza regionale dal privato dialitico. Nonostante ciò, invece di rafforzare l'offerta pubblica nel Cilento, omette la Dialisi del principale ospedale dell'area.

L'assenza di Vallo, associata alla previsione della Dialisi a Sapri e Polla e alla forte presenza del privato accreditato, può produrre:

- allontanamento dei pazienti dal territorio di residenza;
- trasferte ripetute più volte alla settimana;
- maggiori disagi per pazienti anziani, fragili e non autosufficienti;
- aumento del trasporto sanitario;
- difficoltà nella gestione delle urgenze nefrologiche;
- impoverimento del P.O. San Luca;
- spostamento della domanda verso strutture private accreditate.

Conclusione

È possibile affermare che:

- il nuovo Atto consolida un modello di integrazione ordinaria con il privato accreditato;
- prevede funzioni di committenza e acquisto di prestazioni;
- riconosce che l'85% della dialisi regionale è già erogato dal privato;
- omette senza motivazione la Nefrologia con Emodialisi di Vallo;
- contraddice precedenti documenti aziendali che attestano l'esistenza della struttura;
- non presenta alcuna valutazione sul fabbisogno del Distretto 70, che comprende 38 comuni e circa 96.500 abitanti.

La questione deve essere immediatamente chiarita chiedendo all'ASL se si tratti di un errore oppure di una scelta organizzativa. In quest'ultimo caso devono essere prodotti il provvedimento presupposto, l'analisi del fabbisogno, i flussi dei pazienti, i posti rene pubblici e privati, i costi dell'assistenza accreditata e la valutazione delle distanze per gli utenti del Cilento.

MEDICINA NUCLEARE DI BATTIPAGLIA

Il nuovo Atto Aziendale riconosce espressamente la Medicina Nucleare del P.O. Santa Maria della Speranza di Battipaglia, attribuendole una specifica configurazione organizzativa.

Cosa prevede

Alle pagine 271-272, nell'ambito del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, il nuovo Atto stabilisce che:

- la Medicina Nucleare di Battipaglia afferisce al Dipartimento di Diagnostica per Immagini;
- viene classificata come UOSD, cioè Unità Operativa Semplice Dipartimentale;
- è indicata come struttura "senza posti letto";
- concorre, insieme alla diagnostica per immagini, all'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche specialistiche.

La tabella di pagina 272 riporta testualmente:

P.O. S.M. Speranza Battipaglia – UOSD – Medicina nucleare senza posti letto.

Si tratta di una previsione importante perché il precedente Atto, nella parte organizzativa disponibile, non indicava espressamente la Medicina Nucleare di Battipaglia.

Non significa che il servizio sia depotenziato o privo di attività. La Medicina Nucleare è normalmente una struttura diagnostica e terapeutica che opera prevalentemente in regime ambulatoriale o di day service.

Lo stesso nuovo Atto, a pagina 248, precisa che la Medicina Nucleare destinata anche alla radioterapia metabolica può utilizzare posti tecnici, che non vengono conteggiati come posti letto ordinari per acuti.

Pertanto, la dicitura "senza posti letto" non impedisce teoricamente:

- esami scintigrafici;
- attività diagnostiche con radiofarmaci;
- prestazioni terapeutiche medico-nucleari;
- radioterapia metabolica;
- supporto ai percorsi oncologici, endocrinologici, cardiologici e nefrologici;
- integrazione con Radiologia, Oncologia e le altre strutture ospedaliere.

Le criticità dell'Atto

Il riconoscimento formale come UOSD è positivo, ma il documento non contiene gli elementi necessari per capire se la Medicina Nucleare sarà realmente attivata o potenziata.

Mancano infatti:

- il cronoprogramma di attivazione;
- la dotazione di medici nucleari;
- il numero di infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica e OSS;
- le apparecchiature previste;
- l'indicazione di gamma camera, SPECT-TC o PET-TC;
- il numero e la tipologia delle prestazioni;
- la disponibilità dei locali autorizzati;
- il piano per la radioprotezione;
- la farmacia o il percorso di approvvigionamento dei radiofarmaci;
- l'indicazione delle attività di radioterapia metabolica;
- i rapporti funzionali con l'Oncologia e con la Rete oncologica campana;
- la copertura finanziaria.

L'Atto, quindi, istituisce la struttura sul piano organizzativo, ma non dimostra che esistano già le risorse per renderla operativa.

Contraddizione interna

A pagina 271 il testo afferma che nel Dipartimento rientrano le Medicine Nucleari dei PP.OO. di Pagani e Battipaglia. Nella tabella di pagina 272, però, viene riportata soltanto la UOSD di Medicina Nucleare di Battipaglia, mentre quella di Pagani non compare.

Questa discordanza rende necessario chiarire:

- se Battipaglia sia destinata a diventare l'unica UOSD aziendale;
- se Pagani sia un servizio dipendente dalla UOSD di Battipaglia;
- se debbano esistere due strutture distinte;
- quale presidio debba svolgere le diverse attività diagnostiche e terapeutiche.

Conclusione

Il nuovo Atto compie una scelta formalmente favorevole a Battipaglia: riconosce la Medicina Nucleare come UOSD autonoma all'interno del Dipartimento di Diagnostica per Immagini.

Tuttavia, si tratta per ora di una previsione organizzativa. Senza personale, apparecchiature, locali autorizzati, risorse economiche e cronoprogramma, la UOSD rischia di rimanere soltanto sulla carta.

NurSind chiede all'ASL:

1. il progetto operativo della Medicina Nucleare di Battipaglia;
2. la data prevista per l'attivazione;
3. la dotazione organica per singolo profilo;
4. l'elenco delle apparecchiature disponibili e da acquistare;

5. le prestazioni diagnostiche e terapeutiche programmate;
6. il rapporto organizzativo con la Medicina Nucleare di Pagani;
7. le risorse economiche già stanziate;
8. se la UOSD sarà effettivamente diretta da un responsabile selezionato secondo le procedure previste.

Tanto Vi si doveva, seppur non espressamente da Voi richiesto.

Cordiali saluti,

Il Segretario Territoriale
Biagio Tomasco

(Firma non autenticata ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/1993)

C.F. 94048360658 - Via Manzella, 11 cap 84127 - Salerno (SA) - tel./fax 089 – 2866824
Cell. 346 – 1073644 - E mail salerno@nursind.it PEC salerno@pec.nursind.it