

Avvertenze: il testo vigente qui pubblicato è stato redatto dall'ufficio legislativo del Presidente della Giunta regionale al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni della legge, integrata con le modifiche apportate dalle leggi regionali 26 febbraio 1998, n. 2 e 18 maggio 2016, n. 13.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate sono stampate con caratteri corsivi.

Testo vigente della Legge Regionale 11 gennaio 1994, n. 2.

“Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria”.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL COMMISSARIO DEL GOVERNO

ha apposto il visto

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

TITOLO I

Il Sistema integrato regionale per l'emergenza sanitaria (S.I.R.E.S.)

Art. 1

Finalità ed obiettivi.

1. La presente legge, nell'ambito della programmazione sanitaria, detta norme per la istituzione del Sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria (S.I.R.E.S.).

2. Il S.I.R.E.S. si realizza mediante l'adeguamento e la integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri, secondo quanto previsto dalla legge n. 833 del 1978, n. 595 del 1985, n. 109 del 1988, n. 412 del 1991, dalla legge regionale n. 36 del 1987, dal D.P.R. 27 marzo 1992 e dal D.L. n. 502 del 1992, e successive modifiche.

Art. 2

Componenti del S.I.R.E.S.

1. Il S.I.R.E.S. assicura le attività di urgenza ed emergenza sanitaria attraverso:

a) la rete delle centrali operative (C.O.);

b) la rete del sistema assistenza urgenza territoriale (S.A.U.T.);

c) il sistema trasporti infermi (S.T.I.);

d) la organizzazione ospedaliera integrata (pronto soccorso attivo, dipartimento di emergenza accettazione, centri di emergenza regionali).

TITOLO II

Il Sistema di allarme sanitario

Art. 3

Le centrali operative.

1. Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla rete delle centrali operative (C.O.), cui fa riferimento il numero unico telefonico 118.

2. Alle C.O. affluiscono tutte le richieste di intervento per la emergenza sanitaria.

3. Le C.O. garantiscono il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

Art. 4

Organizzazione delle centrali operative.

1. La rete regionale delle C.O. è organizzata secondo criteri di compatibilità tra le singole centrali della Campania e quella delle altre regioni e province autonome, in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi, al fine di consentire la gestione del traffico intra ed interregionale secondo quanto previsto dal secondo comma dell'art. 3 del D.P.R. 27 marzo 1992.

2. Per garantire un razionale utilizzo delle risorse ed il coordinamento delle varie componenti, il S.I.R.E.S. è organizzato in sotto sistemi con competenze specifiche, riferite ai diversi momenti in cui si articola l'intervento sanitario di emergenza (S.A.U.T., S.T.I., P.S.A., D.E.A., C.E.R.). Le centrali operative sono organizzate per bacini di utenza regionale, provinciali e sub - provinciali; hanno competenze multi zonali e sono coordinate dalla centrale di riferimento regionale.

Art. 5

Compiti delle Centrali operative.

1. I compiti delle centrali operative provinciali e sub - provinciali sono:

- a) ricezione delle chiamate di soccorso;
- b) valutazione del tipo di intervento richiesto con definizione e disposizione presumibile della risposta idonea;
- c) coordinamento dei mezzi di soccorso nel proprio bacino di utenza con mantenimento del contatto e conoscenza della dislocazione e disponibilità di tutti i mezzi anche mediante radiotelecollegamenti, secondo le modalità di cui all'art. 3 del D.P.R. 27 marzo 1992;
- d) coordinamento dei servizi impegnati nel S.I.R.E.S. (S.A.U.T., P.S.A., D.E.A., C.E.R.);
- e) conoscenza della disponibilità di posti letto nel territorio di competenza;

2. I compiti della centrale operativa di riferimento regionale sono:

- a) collegamento della rete regionale e nazionale delle centrali operative;
 - b) coordinamento degli interventi sanitari nelle grandi emergenze in collegamento con la Protezione civile e le altre Istituzioni (Prefettura, Vigili del fuoco, Questura, Carabinieri, Guardia di finanza);
 - c) conoscenza della disponibilità dei posti letto a livello regionale;
 - d) coordinamento delle eliambulanz e dei mezzi di soccorso speciali;
 - e) coordinamento dell'accesso ai Centri di emergenza regionali.
-

Art. 6

Caratteristiche delle Centrali operative.

1. Le Centrali operative sono localizzate di norma nell'area ospedaliera dei dipartimenti di emergenza accettazione.

2. Le C.O. sono di norma caratterizzate da:

- a) adeguato numero di locali tecnici per gli impianti (radio telecomunicazioni, climatizzazione ed altre attrezzature);
- b) area operativa organizzata in relazione alle diverse esigenze;
- c) area direzionale e multi funzionale (uffici, sala riunioni ed altri servizi);
- d) area dedicata per le sezioni di potenza degli apparati di ricetrasmisione, del sistema antennistico e del sistema informatico.

3. Di norma i contenuti tecnologici delle C.O. devono prevedere la presenza di:

- a) apparati ricetrasmittenti e di telefonia secondo gli standard previsti dal D.P.R. 27 marzo 1992;
 - b) un sistema informatico in grado di assicurare in tempo reale la disponibilità di tutte le informazioni utili alla gestione dell'intervento sanitario di emergenza.
-

Art. 7

Personale delle Centrali operative.

1. Il personale delle C.O. è costituito da personale medico, di norma specializzato in anestesia e rianimazione, infermieristico, tecnico ed amministrativo.

2. Le responsabilità e le competenze del personale medico della C.O. sono quelle stabilite dall'art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1992.

3. Le responsabilità e le competenze del personale infermieristico della C.O. sono quelle stabilite dall'art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1992.

4. Il personale tecnico è addetto al funzionamento delle apparecchiature informatiche e ricetrasmittenti.
5. La responsabilità medico-organizzativa della C.O. è attribuita nominativamente dal Consiglio di D.E.A., sede delle C.O. anche a rotazione, ad un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto corresponsabile, in possesso di documentata esperienza nel settore dell'emergenza ed operante nella medesima area della emergenza.
6. La dotazione di personale per le C.O. è dimensionata in modo da assicurare:
- a) per le C.O. con utenza superiore a 600.000 abitanti e per la Centrale operativa di riferimento regionale (C.O.RE.) le seguenti presenze:
- 1) dalle ore 8 alle ore 20: 1 medico, 2 infermieri professionali, 1 tecnico, 1 amministrativo;
 - 2) dalle ore 20 alle ore 8: 1 medico, 2 infermieri professionali, 1 tecnico;
- b) per le C.O. con utenza inferiore a 600.000 abitanti le seguenti presenze:
- 1) dalle ore 8 alle ore 20: 1 medico, 2 infermieri professionali, 1 tecnico, 1 amministrativo;
 - 2) dalle ore 20 alle ore 8: 1 medico, 2 infermieri professionali, 1 tecnico.
7. Lo standard di riferimento per la determinazione degli organici delle C.O. è:
- a) per le C.O. di cui al punto a) del comma precedente: 6 medici, 10 infermieri professionali, 6 tecnici, 4 amministrativi;
- b) per le C.O. di cui al punto b) del comma precedente: 6 medici, 9 infermieri professionali, 4 tecnici, 4 amministrativi.
8. Il personale delle C.O. fa parte della pianta organica del D.E.A. in cui ha sede la C.O.
9. Il personale medico è quello delle unità operative del D.E.A. sede della C.O., maggiorato secondo lo standard del presente articolo.
10. Le Aziende USL e le Aziende Ospedali nell'atto di adeguamento delle piante organiche indicheranno quale e quali Unità operative del D.E.A. sono tenute ad assicurare il servizio presso la C.O. con apposite turnazioni del personale medico ed infermieristico.
11. La responsabilità della C.O. è attribuita secondo i criteri di cui all'art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1992.
12. Le piante organiche vengono adeguate secondo lo standard dei commi precedenti e secondo le modalità previste dalla presente legge.
13. Per il servizio presso C.O., secondo quanto stabilito dall'art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1992, possono essere utilizzati anche i medici di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza reso esecutivo con il D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41, secondo le indicazioni del Consiglio del D.E.A. presso cui ha sede la C.O.
-

Art. 8

Disciplina delle attività delle C.O.

1. Il Consiglio del D.E.A., presso cui ha sede la C.O. ne disciplina l'attività, in coerenza con il disposto del comma successivo del presente articolo, con particolare riguardo:
- a) alla definizione dell'organizzazione del lavoro a livello della C.O.;
- b) alla definizione delle modalità di aggiornamento professionale del personale della C.O.
2. Il comitato regionale dell'emergenza sanitaria:
- a) adegua per tutte le C.O. la codificazione degli interventi di emergenza relativa alle attività svolte compresa la identificazione dell'utenza secondo gli standard di cui al D.M. 15 maggio 1992 del Ministro della sanità;
- b) definisce per tutte le C.O. i criteri di integrazione dei momenti in cui si articola la risposta alla emergenza sanitaria.
-

Art. 9

(Individuazione e bacino di utenza delle CO)

1. Il bacino di utenza afferente a ciascuna CO è dimensionato in base alla normativa vigente.
2. La rete regionale è costituita dalle seguenti CO provinciali e sub provinciali:
- a) CO di Napoli Città presso l'ASL Napoli 1 città;
 - b) CO di Napoli Ovest presso l'ASL Napoli 2 nord;
 - c) CO di Napoli Est presso l'ASL Napoli 3 sud;

- d) CO di Salerno presso l'ASL di Salerno;
- e) CO di Avellino presso l'ASL di Avellino;
- f) CO di Benevento presso l'ASL di Benevento;
- g) CO di Caserta presso l'ASL di Caserta.

3. Ciascuna A.S.L. individua la localizzazione della CO di competenza al fine di assicurare la massima efficienza dei servizi e l'operatività della struttura. Alle ASL è affidata la diretta gestione delle risorse umane e strumentali della componente territoriale del Soccorso sanitario, attribuendone la responsabilità alla Centrale operativa territoriale.

4. Alla centrale operativa di Napoli Città sono assegnati anche i compiti di:

- a) conoscenza della disponibilità dei posti letto a livello regionale;
- b) coordinamento operativo delle eliambulanz e dei mezzi di soccorso speciali.

(1) Articolo così integralmente sostituito dall'articolo 3, comma 1 della legge regionale 18 maggio 2016, n. 13. In precedenza il presente articolo era stato modificato dall'articolo 19, commi 1, 2 e 3 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 10

Attivazione delle Centrali operative.

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale attiva su tutto il territorio regionale la rete delle centrali operative, secondo quanto previsto dal precedente articolo 9.

TITOLO III

Servizio assistenza urgenza territoriale (S.A.U.T.)

Art. 11

Finalità del S.A.U.T.

1. Al fine di assicurare al cittadino in casi di urgenza emergenza sanitaria un rapido ed efficace intervento è istituito il servizio assistenza urgenza territoriale (S.A.U.T.).

2. Il S.A.U.T. è in attività ventiquattro ore al giorno, integra le attività del servizio di guardia medica, utilizzando i presidi esistenti ed i sanitari convenzionati ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, il cui orario è definito in 36 ore settimanali, secondo i dettati contrattuali e secondo le determinazioni in applicazione del D.L. n. 502 del 1992 e successive modifiche.

2 bis) il numero di presidi di guardia medica che dovranno assumere le caratteristiche di S.A.U.T. non può essere superiore al numero dei distretti individuati dalla Regione, ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992. N. 502 e successive modifiche ed integrazioni. (1)

3. La gestione del S.A.U.T. è affidata alle U.S.L. di ospedali di riferimento che sono tenuti a dotare i presidi di farmaci attrezzature e materiale atti a garantire interventi sanitari di prima necessità.

4. Al S.A.U.T. competono:

- a) le funzioni proprie della guardia medica;
- b) le funzioni di pronto soccorso attivo medico - chirurgico di base territoriale (P.S.A.T.);
- c) le funzioni di integrazione, nei termini stabiliti dalla presente legge, del S.T.I.

5. Presso i Presidi del S.A.U.T. può essere prevista la presenza di infermieri professionali, che possono anche essere utilizzati in attività territoriali per l'assistenza di pazienti che hanno bisogno di interventi terapeutici per i quali non è prevista la presenza medica

(1) Comma aggiunto dall'articolo 19, comma 4 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 12

Attività del S.A.U.T.

1. I medici del S.A.U.T. svolgono:

- a) attività territoriale;
- b) attività ospedaliera;

2. L'attività territoriale consiste in:

- a) assicurare il pronto soccorso attivo medico - chirurgico territoriale di base P.S.A.T.;

- b) rispondere con massima sollecitudine alle chiamate della C.O.;
- c) recarsi, nel più breve tempo possibile, sul luogo in cui è stato richiesto l'intervento;
- d) identificare la gravità della situazione sanitaria;
- e) stabilire la possibilità di trattamento in loco;
- f) richiedere al C.O. il mezzo di trasporto più idoneo;
- g) predisporre, se necessario, a ricovero ospedaliero;
- h) fornire notizie sulle condizioni del paziente, direttamente o tramite la C.O., ai sanitari che prenderanno successivamente in cura il caso:
- i) prestare servizio, se necessario, sui mezzi del S.T.I.;
- l) demandare, in casi di competenza, il trattamento al medico di base.

3. L'attività ospedaliera consiste nell'inserimento dei medici di S.A.U.T. nella organizzazione dei D.E.A. e dei P.S.A.T. con funzioni di accettazione e di primo impatto con la utenza.

4. Ciascun medico è tenuto a prestare servizio almeno trenta giorni all'anno presso le strutture di emergenza ospedaliera.

5. Le direzioni sanitarie degli ospedali, secondo le indicazioni del Consiglio di dipartimento, garantiscono il corretto ed adeguato utilizzo dei medici del S.A.U.T., se possibile, nel rispetto delle singole professionalità.

TITOLO IV

Il Sistema trasporto infermi (S.T.I.)

Art. 13

Finalità del Sistema trasporto infermi.

1. Per provvedere tempestivamente ed efficacemente alle esigenze dell'emergenza sanitaria è istituito il Servizio trasporto infermi (S.T.I.).

2. Il S.T.I. garantisce:

- a) il trasporto rapido e protetto del malato;
 - b) il raccordo tra assistenza domiciliare, territoriale ed ospedaliera;
 - c) le prime ed adeguate cure sia sul luogo dove si verificata l'urgenza - emergenza, che durante il trasporto.
-

Art. 14

Tipologia dei mezzi di trasporto infermi.

1. Nelle more della definizione degli standard di cui al comma 2 dell'art. 5 del D.P.R. 27 marzo 1992, l'attività del S.T.I. è svolta con mezzi di trasporto differenziati in relazione alla funzione da assicurare.

2. In base alla tipologia, alle attrezzature ed al personale di bordo i mezzi di soccorso sanitario sono così suddivisi:

- a) autoambulanze di tipo A, definite di soccorso, da utilizzare quando sussistono necessità di interventi sanitari complessi, urgenti e non differibili;
 - b) autoambulanze di tipo B, definite di trasporto, in grado di realizzare un'assistenza semplice;
 - c) eliambulanze, elicotteri di soccorso sanitario, organizzati come le autoambulanze di tipo A;
 - d) adeguati mezzi di trasporto rapido navali attrezzati come autoambulanze di tipo B, da utilizzare, mediante apposite convenzioni, con il Ministero della marina mercantile - Ispettorato generale della Capitaneria di porto, per le isole del golfo di Napoli;
 - e) mezzi di soccorso speciali, terrestri, aerei e navali, sono utilizzabili - sulla base di apposite convenzioni stipulate dalla Giunta regionale con enti e/o istituzioni pubbliche, civili e militari - per situazioni eccezionali.
-

Art. 15

Attrezzature dello S.T.I.

1. Le attrezzature di assistenza in dotazione ai mezzi di soccorso consistono:

- a) per le autoambulanze di tipo A e le eliambulanze:
 - 1) apparato di climatizzazione;
 - 2) apparecchiature per radio e/o tele collegamenti;

- 3) respiratore automatico;
 - 4) elettrocardiografo;
 - 5) sistema di monitoraggio dei principali parametri vitali;
 - 6) defibrillatore;
 - 7) pace-maker;
 - 8) occorrente per immobilizzazione temporanea e medicazioni anche complesse e quanto altro necessari in termini di attrezzature sanitarie e di farmaci per consentire le attività di rianimazione cardio-respiratoria e metabolica;
 - 9) attrezzature per il trasporto neonatologico per i mezzi di soccorso a ciò deputati;
- b) per le autoambulanze di tipo B e per i mezzi navali:
- 1) apparato di climatizzazione;
 - 2) apparecchiature per radio e/o tele collegamenti;
 - 3) semplici attrezzature di assistenza;
 - 4) attrezzatura medica di base;
 - 5) farmaci ed attrezzature per la instaurazione per il mantenimento di terapia parenterale;
- c) per i mezzi di soccorso speciali:
- 1) attrezzature necessarie per l'impiego cui sono destinati.
-

Art. 16

Personale del S.T.I.

1. Ciascun mezzo di soccorso in attività deve essere dotato di personale in grado da garantire un servizio continuativo nelle 24 ore. Il personale per i mezzi di soccorso è così definito:

- a) per le autoambulanze di tipo A:
- 1) un medico rianimatore;
 - 2) un infermiere;
 - 3) un autista barelliere;
- b) per le autoambulanze di tipo B e assimilati:
- 1) un infermiere;
 - 2) un autista barelliere;

2. Il personale medico ed infermieristico dei mezzi di soccorso deve essere in grado di praticare il pronto soccorso medico avanzato.

3. Le funzioni di barelliere sono svolte dall'autista e dall'infermiere dei mezzi di soccorso.

4. Il personale medico - rianimatore dell'autoambulanza di tipo A proviene dall'Unità operativa di anestesia e rianimazione dell'ospedale a cui è assegnato il mezzo di soccorso.

5. Quando non impegnato a bordo dei mezzi di soccorso sanitario, il personale delle S.T.I. partecipa all'attività propria dell'ospedale al quale è assegnato.

6. Lo standard di riferimento di personale per la determinazione delle piante organiche è così individuato:

- a) per ogni autoambulanza di tipo A: 6 medici, 6 infermieri, 6 autisti barellieri;
- b) per ogni autoambulanza di tipo B: 6 infermieri, autisti barellieri.

7. Il personale sanitario di bordo per le eliambulanze ed i mezzi di soccorso speciali, su richiesta della C.O.RE., è messo a disposizione dalla C.O. sul cui territorio è ubicata la sede di stazionamento dell'eliambulanza e/o del mezzo di soccorso speciale ed è costituito dal personale del S.T.I. del P.S.A. e dei D.E.A. ricadenti nel bacino di utenza della C.O. stessa.

Art. 17

Coordinamento del S.T.I.

1. Il personale e i mezzi del S.T.I., ivi compresi i mezzi navali, ancorché ubicati presso i D.E.A., i P.S.A., i C.E.R, i S.A.U.T., ed altre dislocazioni territoriali, sono coordinati e diretti dal D.E.A. sede della C.O. competente per territorio.

2. Le eliambulanze ed i mezzi di soccorso speciali sono coordinati dalla C.O. regionale.

3. La C.O. regionale, in caso di necessità, coordina tutti i mezzi di soccorso sanitario presenti sul territorio regionale.

Art. 18

Quantificazione e dislocazione del S.T.I.

1. Il numero dei mezzi di soccorso sanitario presenti sul territorio regionale è determinato dall'applicazione degli articoli 18, 19 e 41 della presente legge.

2. Le ambulanze ed i mezzi assimilati sono dislocate presso ospedali sede di P.S.A., D.E.A., C.E.R, punti di stazionamento territoriali e presidi dei S.A.U.T..

3. Le dotazioni di unità mobili di soccorso sono determinate nel modo seguente:

a) per i D.E.A. sede di C.O.:

1) autoambulanze di tipo A = 2;

2) autoambulanze di tipo B = 4;

b) per i D.E.A. non sede di C.O.:

1) autoambulanze di tipo A = 1;

2) autoambulanze di tipo B = 1;

c) per i P.S.A.:

1) autoambulanze di tipo A = 1;

2) autoambulanze di tipo B = 1.

4. Nell'ambito delle dotazioni individuate vanno previste le sufficienti attrezzature necessarie al trasporto neonatale.

5. La dotazione di autoambulanze per il D.E.A. pediatrico dell'ospedale Santobono di Napoli è determinata in due autoambulanze di tipo A e due autoambulanze di tipo B.

6. La dislocazione delle autoambulanze su territorio, presso i S.A.U.T. e presso i C.E.R avviene nell'ambito delle dotazioni dei mezzi di soccorso assegnati al D.E.A. sede della C.O. competente per territorio.

7. Un mezzo navale della Capitaneria di porto rispondente alle caratteristiche di cui all'art. 14 della presente legge è dislocato presso ciascun porto principale delle tre isole del Golfo di Napoli.

Art. 19

Eliambulanze e mezzi di soccorso speciali.

1. Il servizio trasporto infermi a mezzo trasporto di eliambulanze è attivato entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

2) *La regione stipula apposite convenzioni con le istituzioni pubbliche, o in caso di impossibilità motivata, con privati per la disponibilità di due eliambulanze da parcheggiare presso gli aeroporti di Capodichino e Pontecagnano. (1)*

3. I comuni della regione, sul cui territorio sono localizzati D.E.A., P.S.A. e C.E.R., devono assicurare aree limitrofe alle sedi ospedaliere atte a consentire l'atterraggio ed il decollo di eliambulanze.

4. I mezzi di soccorso speciali sono utilizzati per necessità particolari e la disponibilità è assicurata da convenzioni stipulate dalla Regione con Istituzioni pubbliche, civili o militari.

(1) Comma aggiunto dall'articolo 19, comma 5 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 20

Piante organiche del S.T.I.

1. Le UU.SS.LL. e gli Ospedali aziendali entro i termini e con le modalità stabilite dalla presente legge, adottano un atto ricognitivo dei mezzi e del personale impegnati nell'attività di soccorso sanitario.

2. Dopo tale atto le UU.SS.LL. e gli Ospedali azienda provvedono agli adeguamenti di pianta organica in base agli standard della presente legge, prioritariamente mediante utilizzazione e riconversione degli organici previsti dalla legge regionale 6 gennaio 1983, n. 6, secondo le prescrizioni degli articoli 26, 31, 32 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29.

3. La legge regionale 6 gennaio 1983, n. 6 "Disciplina del trasporto degli infermi, degli infortunati e di pronto soccorso" è abrogata, ivi comprese le procedure conseguenziali non ancora definite.

4. Gli adeguamenti di pianta organica dovranno tenere conto della utilizzazione degli eventuali esuberanti risultanti dalla ristrutturazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 ed espletate le procedure di mobilità e di riconversione, dovranno avvenire secondo le indicazioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche.

TITOLO V

Organizzazione ospedaliera integrata

Art. 21

Attività di emergenza ospedaliera.

1. Il S.I.R.E.S. assicura l'attività di emergenza ospedaliera mediante:

- a) il pronto soccorso attivo (P.S.A.);
- b) il dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A);
- c) i centri di emergenza regionali (C.E.R).

2. Il coordinamento e la interconnessione tra P.S.A., D.E.A. e C.E.R è realizzata dalle centrali operative e dalla centrale di riferimento regionale.

Art. 22

Il pronto soccorso attivo.

1. L'ospedale sede di P.S.A. deve assicurare:

- a) cure adeguate ed esaustive per le patologie urgenti proprie delle discipline che lo costituiscono;
 - b) accertamenti diagnostici e cure di prima istanza per tutte le altre patologie acute rivolte ad ottenere almeno la stabilizzazione del paziente;
 - c) trasferimento del paziente in strutture ospedaliere più complesse attraverso il S.T.I.
-

Art. 23

Requisiti degli ospedali con P.S.A.

1. Gli ospedali sede di pronto soccorso attivo (P.S.A.) devono possedere le seguenti componenti costitutive minime:

- a) presenza di guardia medica attiva in anestesia rianimazione, medicina, chirurgia, ostetricia - ginecologia, pediatria;
- b) presenza di guardia o reperibilità in cardiologia, orto - traumatologia, laboratorio di analisi con banca del sangue, radiologia.

2. Sono da ritenersi afferenti le unità operative di altre discipline eventualmente presenti in ospedale.

3. Gli ospedali sede di P.S.A. vengono organizzati secondo il modello delle aree funzionali omogenee, in base a quanto previsto dall'art 4 della legge n. 412 del 1991.

4. L'organizzazione per aree funzionali omogenee prevede l'accorpamento dei degenti con problemi sanitari consimili. All'interno dell'area funzionale i degenti sono affidati ai medici dell'unità operativa competente per patologia, per gli aspetti diagnostici e terapeutici, ed al personale infermieristico per quelli di assistenza diretta, con uso in comune delle risorse umane e strumentali assegnate all'area funzionale.

5. Negli ospedali sede di P.S.A. la percentuale dei posti letto da riservare all'urgenza non può essere inferiore al 10% della dotazione complessiva dei posti letto di ciascuna area funzionale, escluse le unità operative di discipline dell'area funzionale di terapia intensiva, la cui dotazione di posti letto è totalmente destinata all'urgenza.

6. La percentuale di cui al comma precedente, è determinata in sede di trattativa aziendale per la organizzazione del lavoro.

Art. 24

Responsabilità del P.S.A.

1. Le responsabilità delle attività sanitarie del P.S.A. ed il collegamento tra le specialità presenti in ospedale e con la C.O. di riferimento territoriale attribuite, a turnazione, e con i criteri indicati all'articolo 116 del D.P.R. n. 384 del 1990 e all'articolo 4 della legge n. 412 del 1991, ad un medico con qualifica non

inferiore ad aiuto con documentata esperienza nel settore della emergenza, o, se già individuato con formale provvedimento, al medico responsabile dello stesso settore, purché in possesso dei requisiti richiesti.

2. Il Direttore sanitario è responsabile della organizzazione e della articolazione del lavoro, sentite le OO.SS..

Art. 25

Disciplina dei ricoveri per i P.S.A.

1. Salvo i casi di urgenza le ammissioni di elezione, negli ospedali sede di P.S.A., devono essere programmate e avvengono su documentata richiesta del medico curante corredata degli accertamenti diagnostici, di laboratorio, strumentali e di altre strutture Sanitarie.

2. A tal fine entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è istituito, sotto la diretta responsabilità della direzione sanitaria, un Centro unico di prenotazione (C.U.P.) per l'attività di elezione.

3. Per consentire il corretto avvio ai ricoveri di elezione secondo le prenotazioni del C.U.P., la direzione sanitaria provvederà a disciplinare opportunamente le dimissioni.

4. La direzione sanitaria dell'Ospedale sede di P.S.A. è tenuta a comunicare la disponibilità dei posti letto alla C.O. di riferimento nei termini e con le modalità stabilite dal Consiglio di D.E.A. presso cui ha sede la C.O.

Articolo 26

Standard di P.S.A. (1)

1. *Al fine di garantire le necessità assistenziali globali, di elezione e proprie dell'attività di emergenza, gli organici degli ospedali sede di P.S.A. sono determinati per ciascuna unità operativa dedicata anche all'emergenza. Per ciascuna unità operativa le dotazioni di posti letto complessivi, ai sensi dell'articolo 9 del DPR 27 marzo 1992, sono dimensionate secondo le prescrizioni seguenti:*

a) **AREA FUNZIONALE DI TERAPIA INTENSIVA**

1) **RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA**

L'unità operativa è dimensionata in 4 - 8 posti letto, di cui 2 - 4 posti letto di rianimazione, 2 - 4 di terapia sub-intensiva secondo le necessità. La stessa svolge anche funzioni di anestesia.

b) **AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE**

1) **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

L'unità operativa è dimensionata in 15 - 20 posti letto

2) **PEDIATRIA**

L'unità operativa è dimensionata in 10 - 20 posti letto

c) **AREA FUNZIONALE DI MEDICINA**

1) **MEDICINA**

L'unità operativa è dimensionata in 20 - 32 posti letto; ha obbligo di guardia attiva e svolge le funzioni di astanteria ed accettazione medica.

2) **CARDIOLOGIA**

L'unità operativa è dimensionata in 6 - 10 posti letto

d) **AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA**

1) **CHIRURGIA**

L'unità operativa è dimensionata in 20 - 32 posti letto; ha obbligo di guardia attiva e svolge le funzioni di astanteria ed accettazione chirurgica.

2) **ORTO-TRAUMATOLOGIA**

L'unità operativa è dimensionata in 15 - 20 posti letto

e) **SERVIZI**

1) **LABORATORI DI ANALISI**

2) **RADIOLOGIA**

3) **ALTRE DOTAZIONI (ANESTESIA, FARMACIA ED ALTRE FUNZIONI).**

4) *I.P.S.A. non sono dotati di organico autonomo per le funzioni di urgenza e di emergenza e l'assistenza è garantita dal personale delle unità operative proprie dell'ospedale, le quali devono essere dimensionate alle attività complessive della struttura.*

5) Gli ospedali sede di P.S.A., ubicati in comuni in cui hanno sede anche ospedali sede di D.E.A., sono dimensionati senza l'unità operativa di orto-traumatologia.

6) Per gli ospedali sede di P.S.A. situati in aree con particolari caratteristiche geodemografiche la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, può consentire il dimensionamento di unità operative inferiori a quelle previste dal presente articolo.

7) le AA.SS.LL. nelle aree nelle quali il servizio di pronto soccorso non è adeguatamente garantito dagli ospedali pubblici, possono, per specifiche esigenze territoriali, procedere all'attivazione del servizio stesso mediante convenzioni con strutture private accreditate.

(1) Articolo sostituito dall'articolo 19, comma 6 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 27 (1)

Individuazione degli ospedali sede di P.S.A.

[1. La Giunta regionale con delibera da adottarsi entro il 15 ottobre di ciascun anno, sentito il Comitato di cui all'art. 43, definisce la mappa degli ospedali sede di Pronto soccorso da considerare inclusi nella rete per l'anno successivo.

2. L'inserimento della mappa di cui al comma precedente è previsto limitatamente ai seguenti ospedali:

a) provincia di Avellino: USL 1 ospedale di Ariano Irpino, USL 2 ospedale di S. Angelo dei Lombardi e Bisaccia, USL 3 ospedale di Solofra;

b) provincia di Benevento: USL 5 ospedale Fatebenefratelli di Benevento, USL 6 ospedale di S. Agata dei Goti, USL 7 ospedale di Cerreto Sannita, USL 9 ospedale di S. Bartolomeo in Galdo;

c) provincia di Caserta: U.S.L. 10 ospedale di Teano, USL 12 ospedale di Piedimonte Matese, U.S.L. 13 ospedale di Sessa Aurunca, U.S.L. 14 ospedale di Capua, U.S.L. 16 ospedale di Maddaloni, U.S.L. 17 ospedale di Marcianise, U.S.L. 18 ospedale di S. Maria Capua Vetere;

d) provincia di Napoli: U.S.L. 21 ospedale di Ischia, U.S.L. 23 ospedale di Giugliano, U.S.L. 24 ospedale di Frattamaggiore, U.S.L. 29 ospedale di Pollena Trocchia, U.S.L. 32 ospedale di Torre del Greco, U.S.L. 34 ospedale di Torre Annunziata, U.S.L. 36 ospedale di Sorrento, U.S.L. 37 ospedale Loreto Crispi, U.S.L. 37 ospedale Capri, U.S.L. 37 ospedale Fatebenefratelli, U.S.L. 42 ospedale S. Gennaro, U.S.L. 44 ospedale Annunziata per l'Area Materno-Infantile, U.S.L. 46 ospedale Incurabili;

e) provincia di Salerno: U.S.L. 47 ospedale di Mercato S. Severino, U.S.L. 48 ospedale di Cava de' Tirreni, U.S.L. 49 ospedale di Amalfi, U.S.L. 50 ospedale di Nocera, USL 51 ospedale di Scafati, U.S.L. 52 ospedale di Sarno, U.S.L. 54 ospedale di Battipaglia, U.S.L. 55 ospedale di Eboli, U.S.L. 56 ospedale di Oliveto Citra, U.S.L. 58 ospedale di Roccadaspide, U.S.L. 60 ospedale di Agropoli, U.S.L. 61 ospedale di Sapri.

3. Ai fini della determinazione dello standard di personale della Unità operativa di cardiologia sono individuati come P.S.A. con unità operativa di cardiologia con Area di assistenza intensiva cardiologica gli ospedali indicati nel presente articolo come sede di P.S.A. per le UU.SS.LL. 1, 2, 3, 7, 9, 12, 14, 16, 17, 21, ospedale Ischia, 23, 24, 29, 32, 34, 36, 37, ospedale Capri, 49, 52, 54, 55, 58, 61].

(1) Articolo abrogato dall'articolo 19, comma 7 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 28

Dipartimento di emergenza ed accettazione.

1. Il Dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A.) è un modello organizzativo teso ad integrare più funzioni dello stesso ospedale, secondo criteri di interdisciplinarietà e contemporaneità di prestazioni.

2. Esso è strutturato in modo da dare una risposta adeguata alla urgenza-emergenza sanitaria secondo le indicazioni D.P.R. 27 marzo 1992.

3. Il D.E.A., oltre alle funzioni del P.S.A., assicura, nell'arco delle 24 ore, gli interventi diagnostici e terapeutici delle funzioni specialistiche di cui è dotato.

4. In base alla complessità delle funzioni assegnate il D.E.A. si distingue in D.E.A. di 1° LIVELLO e D.E.A. di 2° LIVELLO.

Art. 29

D.E.A. di 1° Livello.

1. Le Unità operative specialistiche costitutive del D.E.A. di 1° livello sono rappresentate da:

a) u.o. di medicina, *cardiologia*, chirurgia, ostetricia-ginecologia, pediatria con nido, orto-traumatologia, anestesia - rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica; (1)

b) u.o. di laboratorio di analisi, radiologia, servizio immunotrasfusionale.

2. Il DEA di 1° LIVELLO può comprendere una o più unità operative specialistiche integrative di: ori, urologia, oculistica.

3. Altre unità operative specialistiche, presenti nell'ospedale sede di D.E.A. di 1° LIVELLO partecipano alla attività del D.E.A. secondo quanto stabilito dal Consiglio di dipartimento.

4. Il D.E.A. di 1° LIVELLO richiede la presenza di guardia attiva e/o reperibilità per le Unità operative che lo caratterizzano secondo le indicazioni del Consiglio di dipartimento.

5. Le Componenti organizzative del D.E.A. di 1° livello sono:

a) servizio accettazione: è assicurato dalle unità operative di medicina e chirurgia generale, coadiuvate dai medici del S.A.U.T., secondo turnazioni stabilite dalla Direzione sanitaria, sulla base delle indicazioni del Consiglio di dipartimento;

b) servizio di Pronto soccorso medico, chirurgico e specialistico, in base alle u.o. di cui il D.E.A. è dotato;

c) servizio di osservazione e trattamento indifferibile con durata della degenza di 48 - 72 ore e con dotazione di p.l. variabili secondo la complessità del D.E.A. ed in base alle determinazioni del Consiglio di dipartimento

d) area ad alto rischio con rianimazione T.I. e Unità di terapia intensiva cardiologica

e) Servizio di diagnostica per Immagini (radiologia, ecografia, altre diagnostiche presenti in ospedale)

f) Servizio di laboratorio di analisi e immunotrasfusionale

g) Ambulanze per il pronto soccorso avanzato.

6. Gli ospedali con D.E.A. di 1° livello sono organizzati, secondo l'art. 4 della legge 412.91 e l'art. 23 della presente legge, sul modello delle aree funzionali omogenee.

7. I p.l. comuni o "indistinti" del D.E.A. sono stabiliti dal Consiglio di Dipartimento e non possono essere inferiori al 10% dei p.l. complessivi e parametrati per l'ospedale sede di D.E.A..

8. I p.l. dell'area funzionale della terapia intensiva e i p.l. per i pazienti "settic" non sono compresi nella percentuale di cui al comma precedente e pur potendo avere collocazione diversa dai p.l. comuni del D.E.A. sono funzionalmente inseriti nel D.E.A. dal cui responsabile sono coordinati.

9. Per ciascuna area funzionale - escluse le aree di terapia intensiva, la cui attività è deputata totalmente alla emergenza - le unità operative specialistiche, caratterizzanti il D.E.A., - adeguate negli organici e/o istituite secondo le prescrizioni della presente legge - sono quelle che svolgono anche le attività di elezione dell'ospedale sede di D.E.A..

10. L'Area di emergenza si avvale del personale proprio dello Ospedale, adeguato secondo gli standards della presente legge.

11. Ciascuna Unità operativa concorre a costituire la équipe infermieristica comune del D.E.A. secondo le determinazioni del Consiglio di dipartimento.

12. Negli Ospedali ove esistono all'interno della stessa area funzionale più unità operative della stessa disciplina, l'adeguamento degli organici è da intendersi complessivo e non per singola Unità operativa secondo le norme di cui al 3° ultimo comma dell'art. 26 della presente legge. Per tutte le unità operative già presenti e non di pronto soccorso si applicano gli standard indicati nel D.M. 13 settembre 1988; in tali casi le attività di emergenza possono essere svolte secondo apposite turnazioni stabilite dal Consiglio di dipartimento.

13. Alla costituzione delle équipe operatorie specialistiche concorrono anche i sanitari della disciplina di base.

14. I D.E.A. di 1° livello sono collegati funzionalmente ed operativamente ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura di cui alla legge regionale 1 gennaio 1983.

(1) Lettera così sostituita dall'articolo 19, comma 8 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 30

D.E.A. di II livello.

1. *Il D.E.A. di secondo livello comprende le unità operative di: medicina, chirurgia, ostetricia-ginecologia, pediatria, cardiologia, neonatologia, ortotraumatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, che deve garantire il servizio di endoscopia urologica, anestesia, rianimazione. unità di terapia intensiva cardiologica. (1)*

2. Il D.E.A. di II livello può comprendere una o più delle Unità operative specialistiche integrative di: chirurgia vascolare, cardiocirurgia, chirurgia toracica che deve garantire il servizio di endoscopia toracica, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, altre chirurgie specialistiche *il D.E.A. di secondo livello può inoltre*

comprendere unità di terapia intensiva neonatale, unità ematologica di diagnosi e terapia per le sindromi emorragiche e trombotiche. (2)

3. Tutti i D.E.A. di II livello sono dotati di: laboratorio di analisi, servizio immunotrasfusionale, diagnostica per immagini (ecografia, radiologia, T.A.C., medicina nucleare, angiografia), gastroenterologia che deve garantire il servizio di endoscopia digestiva, anatomo - istocitopatologia, emodialisi, medicina legale, neurologia o neurofisiopatologia.

4. I D.E.A. di II livello possono essere dotati di: unità operativa di chirurgia e medicina generale destinate esclusivamente all'attività di emergenza; risonanza magnetica nucleare - secondo indicazione regionale - camera iperbarica - secondo indicazione regionale - servizio di Pronto soccorso cardiologico - in base alla complessità del D.E.A. - strutturato in modo da consentire la osservazione ed il trattamento in P.S.; emodinamica - in base alla complessità del D.E.A. - obbligatorio se il D.E.A. è con cardiocirurgia; elettrostimolazione cardiaca - in base alla complessità del D.E.A. - servizio di cardiologia - in base alla complessità del D.E.A. - neuroradiologia - in base alla complessità del D.E.A. - obbligatorio se il D.E.A. è con neurochirurgia; angioradiologia ed altri servizi specialistici - in base alla complessità del D.E.A. - unità operativa di odontostomatologia.

5. Il D.E.A. specialistico pediatrico regionale dell'ospedale Santobono è dimensionato con unità operative pediatriche specialistiche proprie della funzione cui è deputato.

6. I D.E.A. di II livello sono collegati funzionalmente ed operativamente ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura di cui alla L.R. 1 del 3 gennaio 1983, n. 1.

7. Le componenti organizzative del D.E.A. di II livello sono quelle previste per i D.E.A. di I livello all'art. 29 della presente legge.

8. I D.E.A. di II livello sono organizzati secondo il modello delle aree funzionali omogenee, in base a quanto previsto dall'art. 4 della legge n. 412 del 1991 e dall'art. 23 della presente legge.

9. Le unità operative del D.E.A. sono tenute ad assicurare servizio di guardia e/o reperibilità secondo le determinazioni del Consiglio di dipartimento, che stabilisce anche i posti letto "indistinti" del D.E.A. i quali non possono essere inferiori al 10% dei posti letto complessivi e parametrati per l'ospedale sede di D.E.A. Per i posti letto dell'area funzionale di terapia intensiva e per i posti letto destinati ai pazienti "settici" valgono le stesse prescrizioni stabilite per i D.E.A. di I livello all'art. 29 della presente legge.

10. Per ciascuna area funzionale - escluse le unità operative dell'area delle terapie intensive e le unità operative di medicina e chirurgia generale destinate esclusivamente alla attività del D.E.A. - le unità operative caratterizzanti il D.E.A. - adeguate negli organici e/o istituite secondo le prescrizioni della presente legge - sono quelle che svolgono anche l'attività di elezione dell'ospedale sede di D.E.A..

11. L'area di emergenza si avvale del personale proprio dell'ospedale, adeguato secondo gli standard della presente legge e le prescrizioni degli articoli 26, 31 e 32 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29.

12. Ciascuna unità operativa concorre a costituire la équipe infermieristica comune sulla base delle indicazioni del Consiglio di dipartimento.

13. Negli ospedali ove esistono all'interno della stessa area funzionale più unità operative della stessa disciplina, l'adeguamento degli organici è da intendersi complessivo e non per singola unità operativa, così come previsto negli artt. 26 e 29 della presente legge. In tali casi le attività di emergenza possono essere svolte secondo apposite turnazioni stabilite dal Consiglio di dipartimento.

14. Alla costituzione delle équipes operatorie specialistiche concorrono anche i sanitari della disciplina di base.

15. Gli adeguamenti di pianta organica avverranno sulle modalità indicate al comma 8 dell'articolo 26 della presente legge.

(1) Comma così sostituito dall'articolo 19, comma 9 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

(2) Comma così sostituito dall'articolo 19, comma 10 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 31

Aziende ospedaliere.

1. Tutti gli ospedali sedi di D.E.A. di II livello e tutti gli ospedali sedi di C.E.R., se non già riconosciuti aziende ospedaliere di carattere nazionale, costituiscono aziende ospedaliere ai sensi dell'art. 4 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 32

Responsabilità del D.E.A.

1. La responsabilità delle attività del D.E.A. ed il coordinamento tra le specialità presenti in ospedale e con la C.O. sono attribuite, con i criteri indicati all'art. 8 del D.P.R. 27 marzo 1992 e secondo le modalità previste dalla presente legge, ad un medico con qualifica non inferiore a primario con documentata esperienza nel settore dell'emergenza.

2. Il responsabile del D.E.A. è nominato dal Consiglio di dipartimento.

Art. 33

Disciplina dei ricoveri per i D.E.A.

1. Salvo i casi di urgenza le ammissioni di elezione, negli ospedali sede di D.E.A., devono essere programmate e avvengono solo su documentata richiesta del medico curante o di altra struttura sanitaria corredata degli accertamenti diagnostici, di laboratorio e strumentali. A tal fine entro 180 giorni dalla entrata in vigore della presente legge è istituito, sotto la diretta responsabilità della direzione sanitaria, un Centro unico di prenotazione (C.U.P.) per l'attività di elezione.

2. La direzione sanitaria dell'ospedale sede di D.E.A. è tenuta a comunicare la disponibilità di posti letto alla C.O. di riferimento, nei termini e con le modalità stabilite dal Consiglio di D.E.A. presso cui ha sede la C.O..

Art. 34 (1)

standard di D.E.A.

1. Per ciascuna attività operativa degli ospedali sede di D.E.A. le dotazioni di posti letto complessivi e quelle per l'assistenza subintensiva - ai sensi dell'art. 9 del DPR 27 marzo 1992 - sono dimensionati secondo le prescrizioni seguenti:

1. AREA FUNZIONALE DELLE TERAPIE INTENSIVE

a) RIANIMAZIONE

Unità operativa di 8 posti letto (comprensivi di rianimazione pediatrica)

b) UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Unità operativa di 8 posti letto

2. AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE

a) OSTETRICA E GINECOLOGIA

Unità operativa di 20 - 32 posti letto

b) PEDIATRIA

unità operativa di 10 - 20 posti letto

c) NEONATOLOGIA

unità operativa di 10 - 20 posti letto

d) TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

unità operativa di 8 - 16 posti letto (di cui 4-8 intensivi e 4-8 sub-intensivi)

e) CHIRURGIA PEDIATRICA

unità operativa di 10 - 20 posti letto

3. AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

a) medicina;

unità operativa di 32 posti letto. Per i D.E.A. di secondo livello l'unità operativa di medicina destinata esclusivamente all'attività di emergenza è dimensionata in 20 posti letto.

4. AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA;

a) CHIRURGIA;

unità operativa di 32 posti letto. Per i D.E.A. di secondo livello l'unità operativa di chirurgia, destinata esclusivamente all'attività di emergenza, è dimensionata in 20 posti letto;

b) ORTO - TRAUMATOLOGIA

Unità operativa di 20 - 32 posti letto;

c) OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - UROLOGIA - MAXILLOFACCIALE

Unità operativa di 10 - 20 posti letto;

d) CHIRURGIA TORACICA - VASCOLARE

Unità operativa di 10 - 20 posti letto;

e) **NEUROCHIRURGIA - CARDIOCHIRURGIA**

Unità operativa di 12 - 20 posti letto.

5. **SERVIZI**

a) **LABORATORIO DI ANALISI;**

b) **SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE O CENTRO TRASFUSIONALE;**

c) **RADIOLOGIA;**

d) **ALTRI SERVIZI (Neurologia, Anatomo-citoistopatologia Anestesia, Cardiologia, Elettrostimolazione cardiaca, Emodialisi, Emodinamica, Neurofisiopatologia, Neuroradiologia, Medicina legale, Medicina nucleare, Odontostomatologia, Pronto Soccorso Cardiologico, altre specialità), dimensionati in base alla complessità del D.E.A..**

6. **ALTRE DOTAZIONI (Farmacia ed altri servizi)**

(1) Articolo così sostituito dall'articolo 19, comma 11 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 35

Consiglio di dipartimento.

1. In ogni ospedale sede di D.E.A. è realizzata una struttura di coordinamento dell'area di emergenza, denominata Consiglio di dipartimento, con il compito di programmare, coordinare e disciplinare le varie attività dell'area di emergenza.

2. Il Consiglio di dipartimento è composto da:

a) Il direttore sanitario dell'ospedale, sede di D.E.A.;

b) 5 apicali eletti da e tra gli apicali di tutte le unità operative del D.E.A.;

c) 6 medici, di cui almeno 4 non apicali, designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dell'area medica;

d) 2 operatori di altre categorie di personale operante nel D.E.A. designati dalle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del comparto sanità.

3. Il Consiglio di dipartimento dura in carica tre anni ed è coordinato dal direttore sanitario, che lo presiede, lo rappresenta, ne promuove l'attività, ne cura la esecuzione dei deliberati.

4. Il direttore sanitario convoca il Consiglio di dipartimento almeno una volta al mese ed entro quattro giorni dalla richiesta del responsabile del D.E.A. o di un terzo dei suoi componenti.

5. Le funzioni di segretario del Consiglio del D.E.A. sono svolte da un funzionario amministrativo nominato dal consiglio stesso, tra i dipendenti dell'ospedale o della U.S.L. in cui ha sede il D.E.A..

Art. 36

Compiti del Consiglio di dipartimento.

1. Il Consiglio di dipartimento ha i seguenti compiti:

a) approva il regolamento interno che disciplina la attività del Consiglio e del D.E.A.;

b) definisce le norme per il corretto funzionamento dell'area di emergenza;

c) definisce le norme per la corretta utilizzazione del personale che opera nel D.E.A.;

d) definisce i rapporti tecnico organizzativi e professionali del personale ospedaliero operante nel D.E.A.;

e) se sede di C.O., predisporre l'organizzazione e stabilisce la modalità di collegamento con la C.O. di tutti i servizi ospedalieri e territoriali del S.I.R.E.S. nel rispettivo bacino territoriale di riferimento;

f) definisce, nell'ambito del D.E.A., compiti e limiti del personale di volontariato, dei neolaureati, degli specializzandi e medici frequentatori, anche mediante protocolli di intesa con la Università;

g) propone protocolli diagnostico-terapeutici per H D.E.A.

h) elabora progetti finalizzati ad aumentare la qualità e la efficienza delle prestazioni assistenziali;

i) elabora piani di ammodernamento strutturale e tecnologico del D.E.A. da proporre all'Amministrazione dell'ospedale e/o dell'U.S.L.;

l) individua le forme più idonee per l'aggiornamento del personale impegnato nel D.E.A.;

m) definisce la dotazione di p.l. comuni o indistinti del D.E.A.;

n) propone all'amministratore o direttore generale per la nomina il responsabile del D.E.A.;

o) se il D.E.A. è sede di C.O. propone per la nomina all'amministratore o direttore generale il responsabile della C.O.;

p) elabora proposte sui problemi della emergenza da inviare al Comitato regionale per la emergenza sanitaria e all'assessorato alla sanità.

Art. 37

Centri di emergenza regionali.

1. Per garantire il trattamento di patologie complesse che richiedono strutture ad elevata tecnologia e particolari competenze specialistiche vengono individuati i Centri di emergenza regionali (C.E.R.).

2. I C.E.R. sono presidi di riferimento per tutto il territorio regionale e sono dislocati presso ospedali o policlinici universitari convenzionati, ove sono presenti attività specialistiche, che avendo le caratteristiche definite al comma precedente, si rivolgono all'intero bacino di utenza regionale.

I C.E.R. sono individuati per:

- a) trapianti epatici
- b) trapianti renali
- c) trapianti pancreatici
- d) trapianti polmonari
- e) trapianti cardiaci
- f) cardiologia e cardiocirurgia adulta e pediatrica
- g) urgenze infettive
- h) grandi ustioni
- i) unità cerebro - spinali o neuroriabilitazione
- l) avvelenamenti
- m) urgenze pediatriche

3. I C.E.R. sono di norma organizzati in dipartimento. In analogia a quanto previsto per i D.E.A., quando sono costituiti da più reparti o servizi ospedalieri e/o universitari.

4. In caso di C.E.R. realizzati tra strutture ospedaliere ed universitarie il Consiglio di dipartimento è composto da componenti ospedalieri ed universitari proporzionalmente alle strutture universitarie ed ospedaliere impegnate nel C.E.R. Al C.E.R. può essere assegnato personale medico anche mediante comando o trasferimento da strutture ospedaliere e/o universitarie della regione.

5. La Giunta regionale, su conforme parere della Commissione consiliare competente, sulla base delle proposte del Consiglio di dipartimento o, in mancanza, dei responsabili delle strutture che concorrono alla costituzione del C.E.R. definisce le dimensioni, le attrezzature, i posti letto e le dotazioni organiche del C.E.R..

Art. 38

Individuazione degli ospedali sede di D.E.A. e di C.E.R.

1. Sono individuati come sede di D.E.A. di I livello, di II livello e di C.E.R. i seguenti ospedali:

[a] D.E.A. di I livello:

- 1) U.S.L. 20 ospedale di Aversa;
- 2) U.S.L. 28 ospedale di Nola;
- 3) U.S.L. 44 ospedale Vecchio Pellegrini;
- 4) U.S.L. 57 ospedale di Polla;] (1)

[b] D.E.A. di II livello:

- 1) U.S.L. 4 ospedale multizonale di Avellino, con discipline integrative di neurologia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica;
- 2) U.S.L. 5 ospedale G. Rummo, con discipline integrative di neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia vascolare e chirurgia toracica;
- 3) U.S.L. 15 ospedale multizonale di Caserta con discipline integrative di neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, cardiocirurgia;
- 4) U.S.L. 35 ospedale di Castellammare con discipline integrative di chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia vascolare, patologia vertebrale;
- 5) U.S.L. 40 ospedale Cardarelli Napoli, con discipline integrative di neurologia, di chirurgia maxillo - facciale, neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, patologia vertebrale;

- 6) U.S.L. 42 ospedale Nuovo Pellegrini Napoli, con discipline integrative di neurochirurgia, chirurgia vascolare;
- 7) U.S.L. 44 ospedale Loreto Mare Napoli (con utilizzazione anche di unità operative dell'ospedale Ascalesi U.T.I.C. e chirurgia toracica - ed Annunziata - Materno Infantile -), con discipline integrative di chirurgia toracica, neurochirurgia;
- 8) U.S.L. 22 e U.S.L. 38 ospedali di Pozzuoli e S. Paolo, raccordati funzionalmente con discipline integrative tra loro. Le divisioni e servizi di cui allo schema tipo del I comma dell'art. 30, vengono distribuiti nei due ospedali in relazione alle attività preesistenti ed evitando l'attivazione di discipline analoghe in modo da risultare integrative. Il D.E.A. S. Paolo/Pozzuoli deve garantire, nell'isola di Procida, il funzionamento, 24 ore su 24, di un P.S.A., che non gode di autonomia funzionale, ma deve assicurare le attività previste per le discipline di base di cui al I comma dell'art. 23. Il personale del P.S.A. di Procida è quello inquadrato nella pianta organica degli ospedali S. Paolo/Pozzuoli e svolge la sua attività, con apposite turnazioni, sia nel P.S.A. di Procida che nel D.E.A. Tale P.S.A. è localizzato nell'attuale struttura ex IPAB Albano Francese, per la quale la Giunta regionale provvederà alla strutturazione (attuale sala parto e sala operatoria);
- 9) U.S.L. 50 ospedale di Pagani;
- 10) U.S.L. 53 ospedale multizonale di Salerno, con discipline integrative di chirurgia pediatrica, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale;
- 11) U.S.L. 59 ospedale di Vallo della Lucania, con discipline integrative di chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia vascolare]. (1)

c) C.E.R.:

- 1) C.E.R. per i trapianti epatici articolato in due poli indipendenti, che possono essere in collegamento funzionale tra di loro tramite convenzione: Divisione di chirurgia generale e trapianti d'organo della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo Federico II; Unità fegato dell'ospedale Cardarelli. Ciascun polo utilizza autonomamente i posti letto;
- 2) C.E.R. per trapianti renali e pancreatici: Divisione di chirurgia generale e trapianti d'organo della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo Federico II e clinica chirurgica II e patologia chirurgica della Facoltà di medicina e chirurgia del II Ateneo, utilizzando i posti letto già destinati a tal fine;
- 3) C.E.R. per i trapianti polmonari: Divisione di chirurgia generale toracica della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo Federico II;
- 4) C.E.R. per i trapianti cardiaci ed urgenze cardiologiche e cardiocirurgiche complesse adulte e pediatriche, articolato nei seguenti poli, che possono essere il collegamento funzionale tra di loro, tramite apposite convenzioni: trapianti cardiaci ed urgenze cardiologiche e cardiocirurgiche adulte - ospedale Monaldi - ; urgenze cardiologiche e cardiocirurgiche adulte, Dipartimento di cardiologia e cardiocirurgia pediatriche della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo Federico II; urgenze cardiologiche e cardiocirurgiche pediatriche - ospedale Monaldi - ;
- 5) C.E.R. urgenze pediatriche complesse: il complesso degli ospedali Pausillipon, Santobono e del Pronto soccorso dei dipartimenti di pediatria delle Università, in armonia funzionale delle esistenti strutture e di nuove esigenze definite dall'assessorato regionale;
- 6) C.E.R. per grandi ustioni - ospedale Cardarelli - ;
- 7) C.E.R. per avvelenamenti - ospedale Cardarelli - ;
- 8) C.E.R. per urgenze infettive complesse - ospedale Cotugno - ;
- 9) C.E.R. per Unità cerebrospinale neuroriabilitazione ed ortotraumatologia - ospedale C.T.O. - .

2. Per quanto attiene la localizzazione e l'organizzazione dei C.E.R. destinati alle Unità Spinali, si rinvia ad apposita legge regionale.

3. In attesa della definizione della pianta organica dei C.E.R, così come previsto dall'art. 37 della presente legge, la pianta organica del Centro ustionati è temporaneamente articolata come segue: posti letto n. 12; 4 aiuti chirurgo, 4 aiuti anestesista, 6 assistenti chirurgo, 6 assistenti anestesista, 18 infermieri.

(1) Lettera abrogata dall'articolo 19, comma 12 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 39

Riorganizzazione ospedaliera e P.R.O.

1. La rete ospedaliera regionale va riorganizzata con apposito atto entro il 31 marzo 1994, anche tenuto conto delle indicazioni della presente legge, ma sulla scorta di più ampie esigenze assistenziali, in modo da:

- a) razionalizzare la rete ospedaliera sulla scorta dell'attuale individuazione degli ospedali sede di P.S.A. di D.E.A. e C.E.R.;

b) assicurare la non proliferazione di strutture complesse;

c) *Razionalizzare ed adeguare gli organici ospedalieri alle funzioni attribuite agli ospedali sede del P.S.A., D.E.A. e C.E.R. dalla presente legge e secondo le indicazioni del Piano regionale Ospedaliero.* (1)

2. La razionalizzazione delle piante organiche ospedaliere avverrà mediante:

a) riconversione delle attuali p.o.;

b) blocco del turnover per unità operative con organici eccedenti gli standard della presente legge e riconversione dei posti in esubero;

c) ampliamento delle p.o. finalizzato all'adeguamento delle p.o. degli ospedali, sede di P.S.A., D.E.A e C.E.R. agli standard della presente legge;

d) provvedimenti di mobilità disposti dalla Giunta regionale per Unità operative, individuate dalla presente legge come costitutive o integrative di P.S.A., D.E.A. o C.E.R. e situate in ospedali non sede di P.S.A., D.E.A e C.E.R.

3. Entro 360 giorni dall'approvazione della presente legge, la Regione approva il Piano regionale ospedaliero (P.R.O.) secondo le norme di cui al D.L. n. 502 del 1992 e successive modifiche.

4. Il P.R.O. definisce caratteristiche dimensioni e compiti di tutti gli ospedali della Regione Campania sulla base dello standard di:

a) 5.5 p. 1. x 1.000 ab.: strutture per acuti;

b) 0.5 p. 1. x 1.000 ab.: strutture di riabilitazione.

5. Fino all'approvazione del P.R.O., in assenza di determinazioni regionali, tutti gli ospedali della regione garantiranno gli attuali livelli di assistenza.

6. Negli ospedali in cui esistono unità operative autonome di accettazione queste devono essere riconvertite in unità operative proprie del P.S.A. o D.E.A.

(1) Lettera così sostituita dall'articolo 19, comma 12 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

TITOLO VI

Educazione sanitaria

Art. 40

Informazione ed educazione sanitaria.

1. La Regione e le UU.SS.LL. promuovono apposite campagne di informazione e di educazione sanitaria, anche al fine di evitare il ricorso indiscriminato al S.I.R.E.S..

2. Le suindicate campagne informative dovranno fornire alla popolazione idonee notizie sul funzionamento del S.I.R.E.S. ed in particolare devono essere finalizzate ad abituare l'utenza a:

a) chiamare solo per reale emergenza sanitaria la C.O.;

b) rivolgersi al SAUT, ai Distretti delle UU.SS.LL., al medico curante, per consentire richieste di emergenza sanitaria tecnicamente più qualificata;

c) comunicare la esatta ubicazione del luogo in cui si verifica l'emergenza;

d) rispondere a semplici domande circa la natura e la gravità della emergenza;

e) fornire tutti gli elementi che possono ritenersi utili per permettere il rapido intervento dei mezzi di soccorso.

3. Per il coordinamento e la definizione delle attività di educazione sanitaria è istituito un Centro regionale di coordinamento presso l'Assessorato regionale alla sanità che si avvarrà a tale scopo, di personale con specifiche qualifiche, da individuarsi nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

TITOLO VII

Attività di volontariato

Art. 41

Associazioni ed Enti di volontariato.

1. La Regione stabilisce i termini e le modalità del concorso alla attività di soccorso sanitario di Enti e Associazioni, pubbliche e private, in possesso della apposita autorizzazione sanitaria, sulla base di uno schema di convenzione, definito dalla Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministro della sanità ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 27 marzo 1992.

2. La Giunta regionale, previo parere favorevole della competente commissione consiliare, - limitatamente al trasporto con autoambulanze di tipo B - può instaurare apposite convenzioni con Associazioni ed Enti di volontariato, ad integrazione del S.T.I., in misura non superiore al 50% della dotazione di autoambulanze di tipo B prevista, in applicazione dell'art. 18, per ciascun ambito territoriale di riferimento delle C.O. così come individuato dall'art. 9.

3. I mezzi di soccorso di cui al presente articolo devono essere dotati di un sistema di radio-telecollegamento con la C.O. di riferimento territoriale.

La C.O. deve essere a conoscenza dei mezzi di soccorso di cui al presente articolo e della relativa dislocazione territoriale, che può modificare in base alle necessità assistenziali.

5. I mezzi di soccorso della Croce rossa delle Associazioni e di Enti, pubblici e privati, possono essere utilizzati previa verifica da parte della Regione della conformità al D.M. 17 dicembre 1987, n. 633 e alla presente legge.

TITOLO VIII

Rapporti Università - Regione

Art. 42

Convenzione Regione - Università.

1. Le attività previste dalla presente legge per i Policlinici universitari sono disciplinate dalla Convenzione Regione - Università.

2. La Convenzione, di cui al comma precedente, definisce dimensioni, attrezzature, dotazioni organiche delle componenti universitarie impegnate nel S.I.R.E.S..

TITOLO IX

Indirizzo e controllo del S.I.R.E.S.

Art. 43

Comitato regionale per la emergenza sanitaria.

1. - Entro trenta giorni dalla approvazione della presente legge presso l'Assessorato regionale alla sanità è istituito un organismo tecnico per il coordinamento degli interventi nel campo della emergenza sanitaria, denominato Comitato regionale per la emergenza sanitaria.

2. Il Comitato regionale per la emergenza sanitaria è nominato con decreto dal presidente della Giunta regionale ed è composto da:

- a) assessore alla sanità o suo delegato che lo presiede;
- b) otto dipendenti del Sistema sanitario regionale, con esperienza nel campo della emergenza sanitaria, scelti dall'assessore alla sanità;
- c) due componenti designati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative dell'area medica;
- d) due componenti designati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative del comparto sanità.

In caso di designazioni sindacali non congiunte l'assessore alla sanità provvederà al sorteggio tra i designati sindacali, comunicando la data del sorteggio stesso alle Segreterie regionali.

e) due professori universitari con esperienza nel campo della emergenza sanitaria, scelti dall'assessore alla sanità.

3. Svolge funzioni di segretario un funzionario amministrativo dell'assessorato alla sanità. Alla attività del Comitato regionale per la emergenza sanitaria collaborano tutti gli uffici dello Assessorato regionale alla sanità.

4. Oneri e modalità di funzionamento del Comitato regionale per la emergenza sanitaria sono definiti, su proposta dell'assessore alla sanità, dalla Giunta regionale, entro trenta giorni dalla nomina del Comitato.

TITOLO X

Norme attuative e finali

Art. 44

Relazioni dell'assessore alla sanità.

1. L'assessore alla sanità è tenuto a relazioni semestrali in Consiglio regionale sullo stato di attuazione della presente legge e sull'attività del Comitato regionale, prospettando le soluzioni per tutte le difficoltà applicative che si dovessero verificare.

Art. 45 (1)

Disposizioni attuative.

[1. Le Unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, secondo le prescrizioni del D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29:

- a) con la entrata in vigore della presente legge utilizzano i medici di guardia medica nei servizi di accettazione e di primo impatto con la utenza nelle aree di emergenza ospedaliera, nei limiti stabiliti dal relativo contratto di lavoro;
- b) entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge predispongono l'adeguamento delle piante organiche relative agli ospedali sede di D.E.A.;
- c) entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge predispongono l'adeguamento delle piante organiche relative agli ospedali sede di P.S.A.;
- d) entro 120 giorni dall'approvazione della presente legge:
 - 1) adeguano le piante organiche del S.T.I., adottando, entro lo stesso termine, un atto deliberativo di ricognizione del personale e dei mezzi impegnati nell'attività di soccorso sanitario;
 - 2) predispongono un piano di adeguamento delle strutture e delle tecnologie;
- e) entro 120 giorni dall'approvazione della presente legge:
 - 1) verificano la rispondenza dei provvedimenti organizzatori precedentemente messi in atto;
 - 2) predispongono un piano per la identificazione dei presidi di guardia medica che assumono le caratteristiche di S.A.U.T..

L'identificazione di cui sopra non potrà essere superiore al 30%, in media regionale, del numero dei presidi di Guardia medica in attività alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Decorsi trenta giorni dai termini assegnati alle Unità sanitarie locali per gli adempimenti della presente legge, la Regione nomina un commissario ad acta.

3. La mancata osservanza dei termini di cui ai comma precedenti può comportare la sostituzione dell'amministratore straordinario o del direttore generale della U.S.L..

4. La Giunta regionale, secondo le prescrizioni del D. Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29:

- a) entro trenta giorni dall'approvazione della presente legge approva le riconversioni di piante organiche già deliberate dalle U.S.L., per la parte che sono conformi alle indicazioni della presente legge;
- b) entro quarantacinque giorni dal ricevimento delle proposte delle U.S.L. relative all'adeguamento delle piante organiche dei P.S.A., dei D.E.A., dei S.T.I., le approva, con eventuali modifiche, e le trasmette al Consiglio regionale, che le approva entro i successivi trenta giorni;
- c) entro quarantacinque giorni dal ricevimento approva, con eventuali modifiche, le proposte delle U.S.L. relative all'identificazione dei S.A.U.T., che non potrà essere superiore, in media regionale, al 30% del numero dei presidi di Guardia medica, in attività alla data di entrata in vigore della presente legge;
- d) entro novanta giorni dal ricevimento approva, con eventuali modifiche, le proposte delle U.S.L. relative all'adeguamento dei mezzi di soccorso, delle strutture, delle tecnologie;
- e) entro centottanta giorni approva il Piano regionale ospedaliero e lo trasmette al Consiglio che lo approva entro i successivi centottanta giorni;
- f) entro centottanta giorni definisce gli adempimenti relativi al C.E.R. e li trasmette per quanto di competenza al Consiglio regionale, che li approva entro i successivi centottanta giorni.

5. Decorsi sessanta giorni dai termini assegnati alla Regione per gli adempimenti della presente legge le proposte delle U.S.L. si intendono approvate per il principio del silenzio assenso.

6. La Giunta regionale, nei termini previsti dal D.Lgs. del 7 Dicembre 1993, n. 517, dovrà provvedere all'accorpamento di quegli ospedali, indicati nella presente legge, che non abbiano, come requisito il numero di posti letto - richiesti dalla normativa vigente oppure all'adeguamento dei posti letto ai predetti requisiti minimi]. (1)

(1) Articolo abrogato dall'articolo 19, comma 14 della legge regionale 26 febbraio 1998, n. 2.

Art. 46

Norma finanziaria.

1. All'attuazione di quanto disposto dalla presente legge, ai sensi dell'art. 12 del; D.P.R. 27 marzo 1992, si provvede:

a) per le spese in conto capitale prioritariamente con gli stanziamenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nonché con i fondi in conto capitale del Fondo sanitario nazionale assegnati alla Regione Campania, utilizzando per l'esercizio finanziario del 1993 lo stanziamento di lire 122.825.075.000 del capitolo 7500 del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1993.

Le somme così stanziate nello stato di previsione della spesa per l'esercizio finanziario 1993 non impegnate entro il termine dell'esercizio stesso, saranno trasferite alla competenza dei successivi esercizi finanziari fino a tutto il 1995 per essere utilizzate allo stesso scopo.

b) per le spese di parte corrente, di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 nella misura che sarà determinata ai sensi dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, utilizzando per l'anno finanziario 1993 fondi di parte corrente, quantificati in dieci miliardi, di cui al capitolo 7000 dello stato di previsione della spesa.

Per gli anni successivi si farà fronte con gli appositi stanziamenti di bilancio, utilizzando quota parte delle risorse assegnate alla regione iscritte ai capitoli 54 e 106 dello stato di previsione dell'entrata.

2. L'attuazione di quanto disposto dalla presente legge è subordinata per gli anni 1994/1995 agli adempimenti di bilancio di cui al comma precedente.

Art. 47

Norme finali.

1. Le disposizioni di leggi regionali in contrasto con la presente legge sono abrogate.

2. Le disposizioni della presente legge saranno attuate secondo le indicazioni del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n. 502 e del D.L. 3 febbraio 1993, n. 29.

3. Al personale impegnato nel S.I.R.E.S. si applicano le disposizioni del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche.

4. Nel predisporre gli adempimenti di cui al punto d) dell'art. 44 della presente legge sono individuati, in fase di prima attuazione, come sede di S.A.U.T. nelle U.S.L. non provviste di P.S.A. o D.E.A. i presidi di guardia medica di:

U.S.L. 8 Morcone, U.S.L. 11 Vairano, U.S.L. 19 Casal di Principe, U.S.L. 22 Procida, U.S.L. 25 Afragola, U.S.L. 26 Casoria, U.S.L. 27 Pomigliano d'Arco, U.S.L. 30 Portici, U.S.L. 31 S. Giorgio a Cremano, U.S.L. 33 San Giuseppe Vesuviano.

5. Fatti salvi i provvedimenti disposti in applicazione dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, le convenzioni - esistenti alla data odierna in base a disposizioni ministeriali e/o regionali con scadenza nel 1993 - con Case di cura private situate in U.S.L., sprovviste di presidio ospedaliero, sono confermate fino all'adozione del Piano regionale ospedaliero e comunque non oltre 360 giorni dalla data di approvazione della presente legge, in assenza di ulteriori determinazioni regionali.

6. L'individuazione degli ospedali sede di P.S.A., di D.E.A. e di C.E.R. rientra negli adempimenti previsti dall'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

Art. 48

Dichiarazione d'urgenza.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 127 secondo comma - della Costituzione ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

11 gennaio 1994

Grasso