

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIUSEPPE MOSCATI
AVELLINO
UOC CONTROLLO DI GESTIONE**

**PIANO DELLA
PERFORMANCE
2017-2019**

SOMMARIO	
1. PRESENTAZIONE	2
1.1 GOVERNO CLINICO, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO DI QUALITA'	3
1.2 IL CLIMA E IL BENESSERE ORGANIZZATIVO	4
1.3 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	4
1.4 LA FORMAZIONE CONTINUA	5
1.5 TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHNI DI LAVORO	5
1.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI	6
1.6.1 LA CARTA DEI SERVIZI	6
1.6.2 LA CONFERENZA DEI SERVIZI	7
1.6.3 L'AUDIT CIVICO	7
1.6.4 TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	7
1.7 RELAZIONI SINDACALI	8
1.8 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	8
2. IL PIANO DELLA PERFORMANCE	10
2.1 IL CONTENUTO DEL PIANO	11
2.2 I PRINCIPI GENERALI DEL PIANO	11
2.3 IL PIANO E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	12
2.4 LA DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE E LA RELAZIONE SANITARIA	13
3. LA MISSION, LA VISIONE E LE POLITICHE AZIENDALI	14
4. L'AORN: DATI STRUTTURALI	16
4.1 LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO	16
4.2 LE RISORSE FINANZIARIE	19
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	20
5.1 LE RISORSE UMANE	20
5.2 LE ATTIVITA' DI RICOVERO	22
5.3 LE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	23
5.4 EPIDEMIOLOGIA	23
5.5 DISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER TIPOLOGIA DI RICOVERO	24
5.6 LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	27
5.7 DIMISSIONI PER RESIDENZA	27
6. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E GLI OBIETTIVI OPERATIVI	29
AREA STRATEGICA 1 – APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI	30
AREA STRATEGICA 2 – TEMPI DI ATTESA	31
AREA STRATEGICA 3 – CODIFICA CARTELLE CLINICHE E SDO	32
AREA STRATEGICA 4 – DEY SERVICE E PACC	33
AREA STRATEGICA 5 – STANDARD DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	34
AREA STRATEGICA 6 – RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO	35
7. GLI OBIETTIVI GENERALI	38
8. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	40
SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE - COMPARTO	42
SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE – DIRIGENZA	44
9. LA VALUTAZIONE E LA VERIFICA DEI RISULTATI	46
NOTA	47

1. PRESENTAZIONE

La necessità di dare concreta attuazione all'Atto Aziendale recentemente approvato dalla Giunta Regionale costituisce il principale impegno della Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e alta specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino, in considerazione dei numerosi aspetti innovati che esso apporta all'organizzazione complessiva e alle procedure organizzativo-operative.

Esso è stato predisposto nella logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale del miglioramento dello stato di salute della popolazione, nel rispetto dei vincoli di equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio.

Le azioni ed i programmi sono coerenti e necessari per garantire:

- una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale
- la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria
- la parità di trattamento del personale
- l'omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del piano di rientro
- un rapporto istituzionale incentrato sulla programmazione concertata
- l'individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).

L'Atto Aziendale definisce un assetto organizzativo basato su principi e regole di funzionamento in grado di garantire:

- la flessibilità organizzativa e procedurale
- la dipartimentalizzazione delle unità operative assistenziali
- il perseguimento di adeguati livelli di qualificazione e economicità delle attività
- la promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità
- l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza
- l'integrazione trasversale delle competenze e dei servizi
- la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa
- il decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti proposti alle strutture organizzative, individuate come centri di responsabilità
- l'accentramento dei poteri di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo in rapporto fiduciario.

La prospettiva dalla quale il *management* del Moscati si è mosso per proporre le innovazioni strutturali, organizzative e operative ha tenuto nel giusto conto una serie di fattori:

- i mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, che hanno determinato l'insorgenza di nuovi rischi con diretto impatto sullo stato di salute della popolazione;
- la pianificazione e la priorità conferita – nell'assetto organizzativo – ad ambiti di attività in grado di dare risposte tempestive, efficaci e sostenibili al nuovo quadro epidemiologico;
- i processi organizzativi, soprattutto interni all'azienda, in grado di sostituire le risposte settoriali con risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, tenendo conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle diseguaglianze nella salute;
- la garanzia dei processi di continuità assistenziale.

Non si può sottacere che sono presenti forti limiti allo sviluppo dei processi innovativi e al potenziamento delle attività, in contrasto con le aspettative ampiamente diffuse tra il personale e

l'utenza che si confrontano quotidianamente con la contestuale disponibilità di una struttura all'avanguardia per tutto il mezzogiorno d'Italia, nel momento in cui le strutture sanitarie sono chiamate soprattutto a gestire in maniera efficiente le risorse disponibili.

Pertanto, l'equilibrio economico-finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema, atteso che la Regione Campania è tuttora impegnata con il piano di rientro dal disavanzo a garantire la coerenza con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi.

L'alta complessità dei processi erogati, la multifattorialità delle prestazioni, la necessaria integrazione tra i vari ruoli, la riduzione al minimo delle situazioni di conflitto con l'esterno e all'interno dell'azienda, la ricerca del benessere organizzativo sono fattori determinanti, e rappresentano una forte motivazione a rendere effettivamente operativi alcuni fondamentali strumenti per la gestione del sistema, che vengono di seguito indicati:

1.1 GOVERNO CLINICO, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO DI QUALITÀ

Nell'ottica del perseguimento di un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, la Direzione Generale del Moscati ha inteso implementare il modello di governo clinico basato sul riconoscimento di una funzione forte degli operatori sanitari, in quanto non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che l'intero sistema aziendale sia orientato verso questo obiettivo.

I principi cardine di questo nuovo sistema possono essere così riassunti:

- perseguire l'appropriatezza delle prestazioni
- garantire la sicurezza delle cure
- controllare la qualità degli interventi e delle prestazioni.

Rinviando alla seconda parte del Piano la descrizione analitica dei programmi previsti per garantire tali finalità, a questo punto è opportuno evidenziare che **le politiche aziendali**, ai diversi livelli di governo del sistema, **perseguono l'obiettivo di assicurare che la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate rappresentino parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, della organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.**

In questa ottica la qualità rappresenta parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole unità operative, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono all'allocazione delle risorse. Inoltre, rappresenta un indicatore fondamentale di valutazione dei risultati delle attività.

L'efficacia del governo clinico di un'azienda complessa come il Moscati comporta, in particolare, il monitoraggio di processi ed esiti, utilizzando un adeguato e completo sistema di indicatori, lo sviluppo e l'aggiornamento di procedure organizzative e linee guida professionali, la costante verifica della loro applicazione, l'implementazione di azioni finalizzate al controllo della qualità.

La metodologia utilizzata comporta un approccio sistemico, che consente di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio:

- fornendo indicazioni per gli interventi più appropriati e utilizzando piani di intervento per ridurre il verificarsi di errori;
- facendo leva sulla maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento di tutti gli operatori;
- incentivando adeguati livelli di comunicazione e appropriate relazione fra professionisti, direzione e cittadini.

A tal fine, l'Azienda provvede ad adottare, secondo le indicazioni regionali, il Piano annuale per la gestione del rischio clinico, oltre che implementare le seguenti azioni:

- raccolta dei dati sugli eventi avversi;

- coordinamento e indirizzo alle attività dei “facilitatori per il rischio clinico” individuati e formati in tutte le unità operative;
- collaborazione alla realizzazione dell’attività formativa per i dirigenti aziendali con compiti gestionali e in generale per tutti i dipendenti aziendali;
- approfondimento della conoscenza dei fattori di rischio e possibilità di prevenzione attraverso l’impiego e la diffusione delle tecniche più aggiornate;
- promozione della cultura dell’*incident reporting* per la rilevazione, raccolta e analisi dei *near misses*;
- promozione dell’audit clinico presso ogni unità operativa;
- assistenza nell’ambito dei piani di azioni correttive e nelle relative valutazioni di efficacia, con particolare riguardo al miglioramento della sicurezza assistenziale;
- consulenza e assistenza agli operatori dell’azienda in tutti i processi condivisi rivolti alla riduzione del rischio clinico;
- promozione dei percorsi formativi e gestionali proposti dal Ministero della salute e dalla Regione Campania, come ad esempio per l’introduzione del “*Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check-list*” con cui sono stati adottati i 16 obiettivi per la sicurezza in sala operatoria.

1.2 IL CLIMA E IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

La direzione dell’azienda moscati pone in essere tutte le iniziative e gli interventi utili per la realizzazione ed il mantenimento del benessere fisico e psicologico del personale dipendente, adottando processi e percorsi per assicurare che gli ambienti e le relazioni di lavoro siano il più possibile utili a contribuire al miglioramento della qualità della vita in ambito lavorativo, condizione indispensabile e strategicamente rilevante per raggiungere gli obiettivi prefissati secondo criteri di efficacia e produttività.

Il *management* aziendale si impegna a fare in modo che vengano garantire:

- le migliori condizioni emotive e relazionali nell’ambiente quotidiano in cui si lavora;
- la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l’apprendimento;
- l’ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro;
- un contesto organizzativo che favorisca gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro;
- un’adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.

Gli interventi progettati e realizzati in tale ottica, sono funzionali alle seguenti finalità:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i dipendenti;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione;
- migliorare l’immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell’orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psicosociali.

1.3 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La valorizzazione degli operatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica aziendale. Per la realizzazione di questo obiettivo sono garantiti:

- ambienti di lavoro che stimolino il miglioramento professionale e consolidino i rapporti di collaborazione;
- l'assegnazione di compiti da svolgere e obiettivi da conseguire comprensibili e condivisi;
- la costante verifica del livello di condivisione degli obiettivi;
- l'accertamento periodico della motivazione all'impegno nel servizio;
- la verifica dei risultati delle iniziative di miglioramento, attraverso processi atti ad evidenziarne e comunicarne i benefici per il dipendente e l'organizzazione.

1.4 LA FORMAZIONE CONTINUA

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno della nostra azienda, al fine di garantire sempre più alti livelli di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dal Moscati, come metodo permanente e strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, fattori indispensabili per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale rappresentano, oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, lo strumento propedeutico per la trasmissione di valori, norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e persegue la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'azienda.

Per tale ragione, i percorsi formativi gestiti in proprio dal Moscati, riconosciuto dal Ministero della Salute come *provider* anche per altre aziende, sono ampi e diversificati sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie sono stati avviati e si stanno sviluppando politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi che assicurino efficacia clinica ed efficienza.

I programmi realizzati e quelli programmati rispondono all'ottica di disporre di personale non solo costantemente formato e aggiornato sulle conoscenze tecnico-scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, ma anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale (e quindi, in senso lato, manageriale).

Già da alcuni anni l'azienda elabora e pubblica sul proprio sito il "Piano annuale della formazione" che riporta le attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, suscettibile di essere integrato in presenza di sopraggunte "priorità".

1.5 TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Gli obblighi e gli adempimenti previsti dal d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico del Moscati è rappresentato dalla promozione e attuazione concreta di tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un ospedale sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

In tal senso il *management* aziendale assicura che:

- il servizio prevenzione e protezione e le attività di medicina del lavoro abbiano sia l'organizzazione che risorse qualitativamente e quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto;
- siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

1.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Il Moscati pone in essere strategie ed azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché le opportune modalità per consentire l'attività, all'interno della propria struttura, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro.

A tal fine, sul sito istituzionale dell'azienda è individuata, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, ecc): il loro accesso è libero e garantito.

Ulteriori strumenti attraverso cui vengono garantite la partecipazione e la tutela dei cittadini sono la Carta dei servizi, la Conferenza dei servizi, l'audit civico, la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

1.6.1 LA CARTA DEI SERVIZI

La carta dei servizi è il documento che formalizza il patto sottoscritto dall'Azienda con i cittadini/utenti ed è ispirata ai seguenti principi informativi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini/utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- previsione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La carta dei servizi riporta anche il nominativo del responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

I destinatari della carta dei servizi sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'azienda eroga.

A tal fine, essa è redatta in modo comprensibile a tutti e contiene le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e con quali standard di qualità.

La carta dei servizi è pubblicata sul sito internet dell'azienda (www.aosgmoscatti.av.it) ed è aggiornata annualmente. Lo schema di riferimento adottato per la stesura è costituito dal DPCM del 19 maggio 1995, integrato dal d. lgs. 150/2009 (in particolare dall'art. 28).

Con il "progetto carta dei servizi", l'Azienda ha provveduto a:

- individuare nell'ufficio relazioni esterne la struttura organizzativa deputata alla gestione di tutte le attività previste. essa dispone di personale adeguato a tale funzione ed il responsabile dell'ufficio è anche il referente per la stesura e l'aggiornamento della carta;

- produrre il nuovo modello cartaceo del documento (scaricabile dal sito web), che è alla sua quinta edizione, ripensato secondo criteri di maggiore efficienza e più agevole da consultare per gli utenti. In base a tale progettazione i fruitori del documento possono staccare le parti di loro maggiore interesse per formare un proprio vademecum a seconda del bisogno.

La carta è idealmente suddivisa in quattro parti:

- la prima, relativa alla presentazione dell'azienda nei suoi aspetti generali, logistici, strutturali. Il cittadino vi trova informazioni utili al raggiungimento dei luoghi di erogazione delle prestazioni, alle modalità di fruizione dei servizi e a tutto ciò che concerne il ricovero e l'attività ambulatoriale.
- la seconda parte descrive gli standard di qualità, conformi ai 14 diritti enunciati nella Carta europea dei diritti del malato, nonché gli impegni e i programmi di miglioramento. Fornisce inoltre informazioni sulle attività di particolare rilevanza per i cittadini.
- la terza parte contiene tutte le informazioni relative al diritto di tutela dei cittadini con la descrizione degli URP e l'indicazione delle modalità di accesso agli stessi.
- l'ultima parte contiene le notizie specifiche e dettagliate sull'organizzazione di ciascuna unità operativa (operatori in servizio, prestazioni erogate, orari di accesso, possibili contatti, tempi medi di attesa, ecc.).

1.6.2 LA CONFERENZA DEI SERVIZI

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i. il direttore generale indice la conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e individuare interventi opportuni per migliorare la qualità delle prestazioni.

Nella conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla conferenza dei servizi sono invitati a partecipare anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

1.6.3 L'AUDIT CIVICO

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni dell'azienda ospedaliera.

Il processo di audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori co-progettati tra cittadini e referenti aziendali sulle opportune modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori sono finalizzati al confronto con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

1.6.4 TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione, definito col d.lgs. n. 150 del 2009 e costantemente precisato e integrato da provvedimenti successivi è inteso come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".

Tale direzione segue il "Piano triennale anticorruzione 2016-2018", adottato con delibera n. 74 del 29/01/2016. Esso è stato redatto ai sensi della legge n. 190/2012, in linea con le indicazioni dell'ANAC, ed è pubblicato sul sito istituzionale del Moscati.

Seguendo le indicazioni contenute nella determinazione n. 12 del 28.10.2015, l'Azienda ha contemplato nel proprio piano le aree a rischio individuate nella sezione della nota ANAC dedicata specificamente alla sanità, e cioè:

- A) contratti pubblici
- B) incarichi e nomine
- C) gestione delle entrate e delle uscite
- D) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Gli ambiti di attività definiti "area di rischio specifico", e ai quali l'azienda è tenuta a prestare particolare attenzione, attivando efficienti sistemi di sorveglianza, riguardano:

1. alpi e liste di attesa
2. rapporti contrattuali con privati
3. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
4. attività conseguenti al decesso ospedaliero.

La pubblicazione on line di dati e provvedimenti corrisponde all'obiettivo di offrire ai cittadini la possibilità di un'effettiva conoscenza dell'azione del moscati, nell'ottica di agevolare la pubblicità delle informazioni, la verifica del buon andamento dei servizi offerti, la corretta gestione delle risorse utilizzate.

Essa rappresenta uno strumento informativo sull'andamento della performance in quanto mette a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'azienda: gli obiettivi, i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

1.7 RELAZIONI SINDACALI

Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori. Con apposito documento, discusso e approvato in sede di contrattazione decentrata, vengono definite le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto di quanto previsto dai contratti collettivi nazionali.

La Direzione Generale dell'Azienda afferma in modo deciso:

- il principio della correttezza delle relazioni sindacali;
- la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli;
- l'effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità;
- la precisa individuazione dei confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione, anch'essi oggetto di formalizzazione del documento approvato in contrattazione decentrata.

Tutto ciò rappresenta un sistema di principi ineludibili per un trasparente e proficuo espletamento delle rispettive attività, con l'obiettivo di contemperare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità, nell'ottica di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività.

Gli impegni reciproci che caratterizzano il confronto fra rappresentanza aziendale e rappresentanti dei lavoratori si concretizzano complessivamente nell'adozione del "regolamento delle relazioni sindacali", documento che prevede la certezza della informazione preventiva alle Organizzazioni Sindacali ed alle

rappresentanze unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti all'organizzazione del lavoro e su quelli che hanno riflesso sui rapporti di lavoro; oltre che sulle regole per le sessioni di concertazione, consultazione e contrattazione.

Infine, il regolamento rappresenta la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e dei diritti per l'esercizio dell'attività sindacali (anche tenendo conto delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal d.lgs. 150/2009, come modificato ed integrato dal d. lgs. 141/2011).

1.8 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

In tale contesto riveste una fondamentale importanza la gestione dei rischi in ambito sanitario, con la conseguente necessità di adottare adeguati processi di governo degli stessi.

Federsanità – ANCI, insieme ad Agenas, ha sviluppato un "Modello sistemico di gestione del rischio in sanità" per fronteggiare la diversità e molteplicità degli approcci possibili; tale modello descrive i requisiti che deve soddisfare un'Organizzazione per dimostrare la propria efficace gestione ed è applicabile a tutte le strutture ospedaliere e sanitarie, pubbliche e private, che svolgono attività cliniche e diagnostiche. La sua implementazione parte da un preventivo monitoraggio dei fattori di rischio ed e i risultati raggiunti sono certificabili da Parte Terza.

Il Moscati di Avellino è stata la prima azienda ospedaliera in Italia ad ottenere il certificato di qualità per la gestione del rischio (il primo livello nel novembre 2014 e il secondo il 19 settembre 2016), secondo il modello di Federsanità e Agenas, da parte di un ente terzo quale il Bureau Veritas, azienda francese leader a livello mondiale nella valutazione e analisi dei pericoli legati alla qualità, all'ambiente, alla salute, alla sicurezza e alla responsabilità sociale.

2. IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il piano della performance è stato introdotto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 (*) come strumento per la verifica della produttività delle aziende ed enti pubblici. Il processo previsto è in parte corrispondente alla metodologia di budget articolato sull'assegnazione ai centri di responsabilità aziendali di obiettivi economici e qualitativi, opportunamente pesati e verificati attraverso specifici indicatori di risultato (il confronto avviene tra gli obiettivi attesi e quelli realizzati).

Il budget viene integrato dai principi ispiratori del decreto Brunetta, al fine di consentire la misurazione e valutazione non solo della **performance organizzativa** (relativa all'intera azienda) ma anche della **performance individuale** (il singolo operatore).

Il ciclo prende avvio con la stesura del piano della performance, il documento programmatico che esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed il *target* dell'azione del Moscati, in base alle risorse disponibili. Questi elementi sono indispensabili per consentire la successiva misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati.

Con il piano di seguito presentato la Direzione Generale dell'azienda si impegna a garantire la qualità, comprensibilità e attendibilità degli obiettivi, in modo da facilitare la verifica interna ed esterna del proprio operato. Gli obiettivi, pertanto, sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni di salute della collettività di riferimento, alla *mission* e alle strategie aziendali
- misurabili in termini concreti e chiari
- in grado di determinare un significativo miglioramento della qualità degli interventi e dei servizi erogati
- riferibili all'arco temporale di un anno ma rientranti nell'ambito della pianificazione triennale
- commisurati a *standard* disponibili nonché comparabili con i risultati di aziende analoghe
- correlati alla qualità e quantità delle risorse disponibili.

(*) ARTICOLO 10 DEL DECRETO LEGISLATIVO 27 OTTOBRE 2009 N. 150: "PIANO DELLA PERFORMANCE E RELAZIONE SULLA PERFORMANCE".

1. Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono:

a) un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

b) un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: "relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

2. I documenti di cui alle lettere a) e b) del comma 1 sono immediatamente trasmessi alla Commissione di cui all'art. 13 e al Ministero dell'Economia e Finanze.

3. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno del Piano della performance.

4. Per le amministrazioni dello Stato il Piano della performance contiene la direttiva annuale del Ministro di cui all'art. 14 del decreto legislativo 165/2001,

5. In caso di mancata adozione del Piano della performance è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati.

Il diverso orizzonte temporale di riferimento rappresenta l'elemento che distingue gli **obiettivi strategici** dagli **obiettivi operativi** presentati nel presente piano.

Infatti, gli obiettivi strategici hanno una valenza pluriennale e sono di particolare rilevanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'amministrazione ma, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder* ed alla missione istituzionale.

Gli obiettivi operativi, invece, declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività aziendali.

2.1 IL CONTENUTO DEL PIANO

Nel dettaglio, il piano evidenzia:

- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, al fine di consentire la valutazione della *performance* individuale. Eventuali variazioni e ridefinizioni degli obiettivi e degli indicatori della *performance* organizzativa e individuale in corso d'opera saranno tempestivamente inseriti all'interno del piano. Gli interventi correttivi saranno definiti dal vertice strategico a seguito di verifiche intermedie che dovessero evidenziare che alcuni obiettivi non sono più sostenibili o opportuni, o per l'emergere di altre priorità.
- la necessità di tenere nel giusto conto il **contesto interno ed esterno all'azienda**; attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni della collettività e, in generale, sulle attese degli *stakeholder*, elementi questi ultimi essenziali per la qualità della rappresentazione della *performance* (in particolare per la verifica del criterio della rilevanza degli obiettivi).

2.2 I PRINCIPI GENERALI DEL PIANO

L'azione dell'Azienda Ospedaliera Moscati è improntata al rispetto dei principi di trasparenza, intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza, orizzonte pluriennale. E pertanto:

- Nel rispetto del principio di **trasparenza**, il piano viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: «Trasparenza, valutazione e merito».
- Per la sua immediata **intelligibilità**, il piano ha dimensioni contenute ed è facilmente comprensibile anche agli *stakeholder* esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). Presenta una struttura multilivello: nella prima parte sono inseriti contenuti facilmente accessibili e comprensibili. Seguono i contenuti e gli approfondimenti tecnici che, opportunamente richiamati nella parte principale del piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.
- Per garantire la **veridicità**, i contenuti del piano corrispondono alla realtà e sono citate le fonti di provenienza dei dati.
- Ai fini della **verificabilità** del processo, il piano ha uno svolgimento progressivo e presenta la possibilità della sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.
- La stesura del piano è avvenuta attraverso la **partecipazione** attiva della dirigenza alla quale spetta il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre, il

processo favorisce l'interazione con gli *stakeholder* esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.

- I contenuti del piano sono coerenti con il contesto di riferimento (**coerenza esterna**) e con gli strumenti e le risorse umane, strumentali, finanziarie disponibili (**coerenza interna**). Il rispetto del principio della coerenza rende il piano attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi con le risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.
- L'**orizzonte pluriennale** di riferimento del piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento permette il confronto negli anni dello stato di realizzazione degli obiettivi individuati, attraverso la periodica relazione sulla *performance*.

2.3. IL PIANO E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Le azioni ed i programmi contenuti nel piano debbono tener conto della necessità di collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo quando viene garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

In particolare, la coerenza in termini di contenuti viene assicurata dalla coincidenza tra gli obiettivi del piano e quelli presenti nelle note integrative al bilancio di previsione, in termini di risorse economiche complessivamente necessarie al loro perseguimento.

In sintesi, le fasi logiche di elaborazione del piano della performance sono le seguenti:

- definizione dell'identità dell'organizzazione
- analisi del contesto esterno ed interno
- definizione degli obiettivi strategici e delle strategie
- definizione degli obiettivi operativi e dei piani operativi
- comunicazione del piano all'interno e all'esterno.

2.4 LA DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE E LA RELAZIONE SANITARIA

Il piano della performance rappresenta l'evoluzione di due precedenti documenti, uno con funzioni di programmazione (la Direttiva annuale del direttore generale) e l'altro di sintesi (la Relazione sanitaria), previsti dalla normativa regionale.

La **DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE** (di cui all'articolo 14 del decreto n.29/93, recepito all'art. 5.1 dell'atto aziendale) è il documento base per la programmazione e la definizione degli obiettivi delle strutture complesse aziendali.

Viene elaborata in coerenza con gli indirizzi della Regione ed identifica i principali risultati da realizzare, anche in relazione agli indicatori risultanti dal bilancio per centri di responsabilità; infine evidenzia gli obiettivi di miglioramento.

La Direttiva annuale esplicita le strategie direzionali, cioè il filo conduttore che unisce il presente dell'azienda (la sua missione) con il futuro prossimo (gli obiettivi), ed è funzionale alle finalità complessive di medio e lungo periodo (la visione dell'organizzazione).

Le priorità individuate chiariscono la coerenza strategica, in quanto debbono essere armonizzate con l'immagine dell'azienda che si intende costruire.

Gli obiettivi della direttiva annuale rispondono alle seguenti finalità :

1. consolidare e comunicare la visione complessiva del vertice aziendale
2. tracciare il percorso che si intende seguire
3. individuare un'identità che motivi il personale ad agire efficacemente
4. formalizzare gli elementi utili per ricercare la condivisione dell'azione anche all'esterno dell'azienda.

La **RELAZIONE SANITARIA** prevista all'art. 18 della legge regionale n. 10 dell'11 luglio 2002 (Piano Sanitario Regionale 2002-2004) rappresenta lo strumento di "sintesi dei dati e delle informazioni raccolte ed elaborate dal sistema informativo in ordine:

- alle condizioni di salute della popolazione
- all'attività dei distretti, dei presidi, dei dipartimenti e dei servizi
- alla situazione economico-finanziaria
- allo stato di attuazione dei piani attuativi con la indicazione degli strumenti e dei sistemi utilizzati per la misurazione dei risultati raggiunti".

Essa pertanto fornisce un quadro d'insieme dei principali risultati economici, assistenziali e organizzativi raggiunti dalle aziende sanitarie e ospedaliere, e delle attività realizzate nel corso di ciascun anno.

3. LA MISSION, LA VISIONE E LE POLITICHE AZIENDALI

Assicurare all'utenza prestazioni assistenziali sanitarie di ricovero, cura, riabilitazione e diagnostiche secondo principi di economicità, efficacia, efficienza ed equità rappresenta la **mission** specifica dell'Azienda Ospedaliera Moscati.

Tali funzioni possono essere così dettagliate:

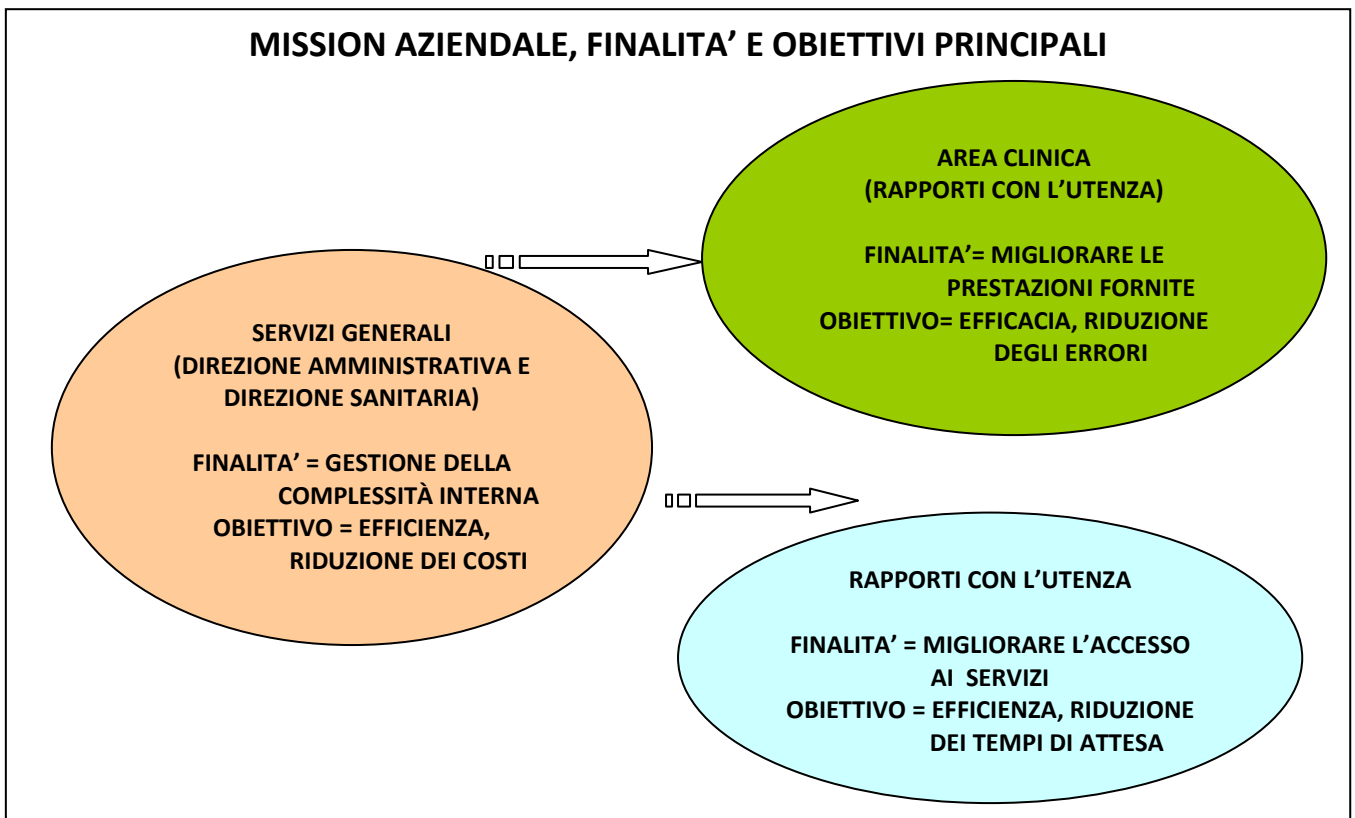
- ✓ consolidare l'attività progettuale tesa a realizzare, con il miglior utilizzo delle risorse disponibili, un sistema di sinergie indispensabile per fornire standard assistenziali di alto livello qualitativo;
- ✓ accrescere la capacità di attrazione nei territori limitrofi realizzando risultati di eccellenza per la soddisfazione dei cittadini utenti
- ✓ vincolare tutte le professionalità dell'azienda alla valutazione (e all'auto-valutazione) sistematica della propria attività puntando ad un accrescimento costante sia dal punto di vista professionale che organizzativo, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori
- ✓ implementare ed aggiornare le linee guida ed i modelli per migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, insistendo sull'efficacia e sul ricorso appropriato ai servizi
- ✓ consolidare la gestione delle patologie dell'emergenza e dell'alta specialità, nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale e quindi con caratteristiche di elevata efficienza clinica
- ✓ prestare massima attenzione ai segnali di cambiamento come espressione della centralità del cittadino e del contesto sociale di riferimento per determinare un reale cambiamento della cultura e dell'etica, conformi al nuovo sistema di valori condiviso dall'azienda
- ✓ assegnare particolare rilievo agli aspetti della comunicazione intesa come relazione operatore-cittadino, ma anche come rapporto di fiducia tra i professionisti e direzione aziendale.

Tutto ciò si esprime in una corrispondente **visione** del ruolo che l'azienda riveste in ambito regionale, incentrata sulle seguenti finalità:

- ✓ soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
 - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
 - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- ✓ soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, l'adeguata partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di miglioramento del benessere organizzativo;
- ✓ miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi;
- ✓ adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- ✓ efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane, economiche e delle tecnologie;
- ✓ collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, gli enti territoriali e gli organismi non profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- ✓ potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

Riassumendo, tre sono le linee guida fondamentali che guidano il piano della performance:

- 1) lo sviluppo di un processo costante di miglioramento della qualità dei risultati e della sicurezza attraverso la maggiore aderenza alle linee guida e ai progressi della medicina, la gestione più attenta dell'assistenza con la riduzione degli errori medici
- 2) l'aumento dell'efficienza, della produttività e del rapporto costo-efficacia che richiedono un uso più appropriato dei servizi, il risparmio di tempo, il corretto uso del prontuario farmaceutico
- 3) il miglioramento qualitativo nell'assistenza e la soddisfazione degli operatori e dei pazienti, attraverso la maggiore comunicazione tra gli operatori e l'alto livello di soddisfazione degli stessi. Questi aspetti concorrono, da una parte, a determinare un più elevato livello professionale e una maggiore consapevolezza del proprio ruolo; e, dall'altra, alla soddisfazione degli utenti che percepiscono di ricevere un servizio di elevato livello qualitativo.



La finalità dell'organizzazione e quindi:

- ✓ migliorare l'**efficienza organizzativa**, attraverso la riduzione/ ottimizzazione dei costi di gestione
- ✓ migliorare l'**efficacia** dei processi, sia facilitando l'accesso ai servizi che aumentando la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati
- ✓ **ridurre gli errori** con l'acquisizione della capacità di lavorare in modo integrato, attraverso lo scambio e la condivisione delle informazioni
- ✓ **ridurre i tempi**, armonizzando i diversi settori dell'ospedale (principalmente le unità di degenza ed i servizi).

4. L'AORN MOSCATI:DATI STRUTTURALI

4.1 LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO

L'articolazione delle unità operative aziendali è stata recentemente rivisitata per adeguarla alle direttive del decreto commissariale n. 33/2016 che ha riprogrammato la rete ospedaliera campana per il triennio 2016-2018.

L'azienda è articolata in strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici divisionali, organizzate in:

- **dipartimenti sanitari**, che riuniscono le unità operative con posti letto e i servizi diagnostici
- **servizi generali**, che comprendono le strutture di supporto all'attività assistenziale e fanno capo alla direzione amministrativa e alla direzione sanitaria.

DOTAZIONE DI POSTI LETTO	
DISCIPLINA	POSTI LETTO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
PATOLOGIA NEONATALE E TIN	
PEDIATRIA	
GINECOLOGIA SOCIALE E PREVENTIVA	
FIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
GENETICA MEDICA E LABORATORIO DI GENETICA	
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE	70
ONCOLOGIA	
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO DI MIDOLLO	
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE	
IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONI	
RADIOTERAPIA	
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO	64
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	
OBI	
CHIRURGIA D'URGENZA	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	78
ALLERGOLOGIA	
MEDICINA INTERNA	
UNITA' FEGATO	
MALATTIE INFETTIVE CON CENTRO AIDS	
DERMATOLOGIA E DERMOCHIRURGIA	
PNEUMOLOGIA	
DIABETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA	

NEFROLOGIA		
NEUROLOGIA		
GASTROENTEROLOGIA		
RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE		
DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA		171
CARDIOLOGIA E UTIC		
CARDIOCHIRURGIA		
CHIRURGIA VASCOLARE		
DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE		54
CHIRURGIA GENERALE		
BREAST UNIT		
CHIRURGIA BARIATRICA		
CHIRURGIA ONCOLOGICA		
OCULISTICA CON TRAPIANTO DI CORNEA		
NEUROCHIRURGIA		
OTORINOLARINGOIATRIA		
UROLOGIA		
UROLOGIA FUNZIONALE		
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA		107
	SPDC	18
TOTALE PL		562

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

RADIOLOGIA	PATOLOGIA CLINICA
MEDICINA NUCLEARE	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
NEURORADIOLOGIA	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
ECOGRAFIA	

SERVIZI GENERALI

DIREZIONE SANITARIA

FARMACIA

ORGANIZZAZIONE SERVIZI

IGIENE AMBIENTALE, MEDICINA PREVENTIVA E RADIOPROTEZIONE

ANALISI E MONITORAGGIO ATTIVITA' ASSISTENZIALI E LEA

GESTIONE RISCHIO CLINICO

PRIVACY E MEDICINA LEGALE

FISICA MEDICA

ALPI, LISTE DI ATTESA E GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

AFFARI GENERALI

AFFARI LEGALI

CONTROLLO DI GESTIONE

TECNICO E PATRIMONIO

ECONOMICO – FINANZIARIO

PROVVEDITORATO-ECONOMATO

GESTIONE RISORSE UMANE

SISTEMA INFORMATIVO E FLUSSI ISTITUZIONALI

RELAZIONI ESTERNE E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE E URP

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO, RELAZIONI SINDACALI E RAPPORTI CON L'ASL

N.B.: I PARAGRAFI SUCCESSIVI DAL 4.2 AL 6.7 RIPORTANO I DATI CONSUNTIVI RELATIVI ALL'ANNO 2015 E VERRANNO AGGIORNATI CON QUELLI DELL'ANNO 2016 ENTRO IL PRIMO SEMESTRE 2017.

4.2 LE RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'azienda dispone per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'utenza corrispondono alle assegnazioni effettuate dal fondo sanitario regionale, solo in parte sulla base dei valori della produzione.

CONTO ECONOMICO 2015

Valore della produzione	194.202.685
1) - Contributi in conto esercizio	159.974.349
2) - Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.562.237
3) - Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	916.642
4) - Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	27.645.456
5) - Concorsi, recuperi e rimborsi	574.836
6) - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.611.041
7) - Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	5.811.644
8) - Altri ricavi e proventi	230.954
Costi della produzione	187.736.021
1) - Acquisti di beni	59.171.652
2) - Acquisti di servizi sanitari	10.338.874
3) - Acquisti di servizi non sanitari	21.188.504
4) - Manutenzione e riparazioni	7.942.000
5) - Godimento di beni di terzi	1.123.668
6) - Costi del personale	79.869.870
a) Personale dirigente medico	35.896.974
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	2.099.519
c) Personale comparto ruolo sanitario	30.476.964
d) Personale dirigente altri ruoli	1.167.037
e) Personale comparto altri ruoli	10.229.379
7) - Oneri diversi di gestione	2.567.318
8) - Ammortamenti	5.811.644
9) - Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0
10) - Variazione delle rimanenze	-7.522.088
11) - Accantonamenti	7.244.579

5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

5.1 LE RISORSE UMANE

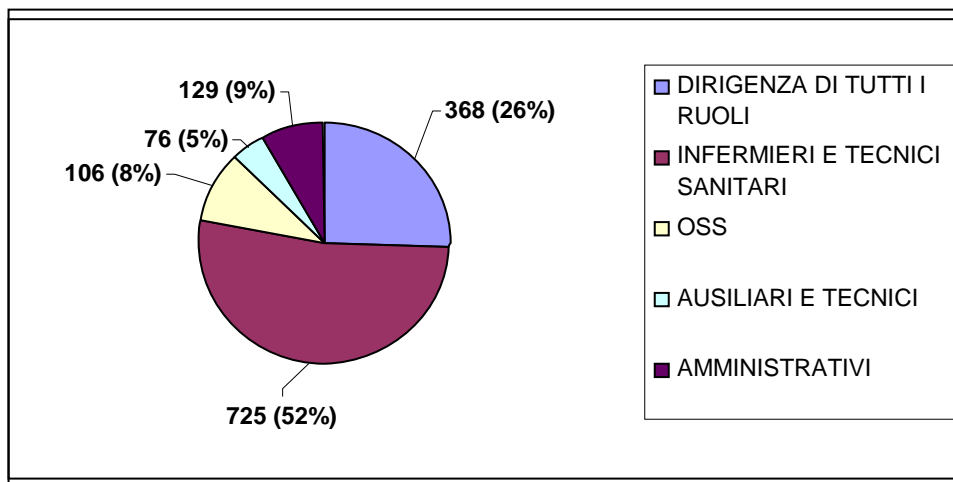
Gli obiettivi previsti dal piano di rientro dal disavanzo hanno, tra l'altro, imposto alle aziende il blocco automatico del turn-over, determinando la progressiva riduzione del personale in servizio, penalizzando in particolare strutture come il Moscati. Il minor numero di addetti e il progressivo aumento dell'età media dei dipendenti costituiscono fattori che incidono gravemente su molti aspetti dell'organizzazione (difficoltà a coprire i turni di servizio, criticità che aumenta nel periodo estivo; riflessi sulla qualità assistenziale; limiti alle possibilità di sviluppo professionale e all'aggiornamento; ecc.)

La tabella seguente riporta il personale in servizio per unità operativa.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2015							
UNITA' OPERATIVA	DIRIGENTI	INFERMIERI E TECNICI SAN.	OSS	AUSIL	AMM.VI	ALTRI	TOTALE
Allergologia e Immunologia	1	2	0	0	0	0	3
Analisi chimico-cliniche	15	16	0	3	2	0	36
Anatomia Patologica	5	6	0	0	1	0	12
Anestesia e Rianimazione	33	27	1	1	0	0	62
Pneumologia	4	11	1	0	0	0	16
Cardiochirurgia	8	22	4	0	0	0	34
Anestesia T.I. Cardiochirurgica	7	12	2	0	0	0	21
Cardiologia e UTIC	14	40	4	0	1	0	59
Cardiologia Riabilitativa	3	4	0	0	0	0	7
Chirurgia I	12	18	3	0	0	0	33
Chirurgia II	7	17	5	0	0	0	29
Chirurgia Vascolare	6	8	1	0	0	0	15
Dermatologia e Dermochirurgia	3	4	1	0	0	0	8
Dietologia e Nutrizione Clinica	3	6	0	0	0	0	9
Ecografia	3	4	1	0	0	0	8
Ematologia con TMO	9	29	4	0	0	0	42
Fisiopatologia del dolore	3	11	3	0	0	0	17
Fisiopatologia della Riproduzione	1	3	1	0	0	0	5
Gastroenterologia	6	8	1	0	0	0	15
Genetica Medica	3	3	0	0	0	0	6
Geriatrics	11	20	4	0	0	0	35
Ginecologia Sociale e Preventiva	1	4	0	0	0	0	5
Immunoematologia e Trasfusioni	9	13	2	0	0	0	24
Laboratorio Genetica Medica	4	5	0	1	0	0	10
Malattie Infettive	6	11	2	0	0	0	19
Medicina d'Urgenza	8	12	2	0	0	0	22
Medicina Interna	8	13	1	0	0	0	22
Medicina Nucleare	5	8	0	0	0	0	13
Microbiologia	3	4	1	0	0	0	8
Virologia	3	3	0	0	0	0	6
Nefrologia e Dialisi	10	31	4	0	0	0	45
Patologia Neonatale e TIN	6	19	1	0	0	0	26
Neurochirurgia	7	17	2	0	0	0	26

Neurologia	7	19	3	0	0	0	29
Neuropsichiatria Infantile	1	2	0	0	0	0	3
Neuroradiologia	4	5	0	0	0	0	9
Oculistica	9	23	3	0	0	0	35
Oncologia Medica	9	12	2	0	0	0	23
Ortopedia e Traumatologia	9	24	5	0	0	0	38
Ostetricia e Ginecologia	9	50	10	1	0	0	70
Otorinolaringoiatria	5	9	2	0	0	0	16
Pediatria	7	15	3	0	0	0	25
Pronto Soccorso	15	20	12	1	0	0	48
Radiologia	15	31	2	1	2	0	51
Radioterapia	5	5	0	1	0	0	11
Centrale operativa STIE 118	0	13	0	0	0	0	13
Cure Intensive Geriatriche	4	14	1	0	0	0	19
Unità Fegato	4	6	0	0	0	0	10
Urodinamica	1	2	0	0	0	0	3
Urologia	9	18	6	1	0	0	34
Blocco operatorio	0	14	3	0	0	0	17
Direzione Generale	4	7	0	0	7	2	20
Direzione Amministrativa	10	2	1	4	77	22	116
Direzione Sanitaria	14	23	2	16	39	22	116
TOTALE	368	725	106	30	129	46	1.404

Complessivamente le risorse umane sono così distinte:



- la dirigenza è costituita da **368** unità (26,21% del personale);
- il restante personale, pari a **1.036** unità (73,79%), è rappresentato dal comparto, distinto tra: infermieri e tecnici sanitari 725 unità; OSS 106 unità; ausiliari e tecnici 76 unità; amministrativi 129 unità.

5.2 LE ATTIVITA' DI RICOVERO

Le prestazioni di ricovero ordinario e day hospital/day surgery erogate nell'anno 2015 sono indicate nella tabella che segue.

Occorre precisare che la finalità di garantire adeguati livelli di appropriatezza assistenziale, come utilizzo della tipologia di prestazione più opportuna in base alla specifica patologia e alle condizioni dell'utente, comporta l'impegno a trasferire parte delle attività dal ricovero ordinario a quello a ciclo diurno, così come il passaggio all'attività ambulatoriale di prestazioni precedentemente erogate in regime di day hospital/day surgery.

ATTIVITA' ANNO 2015				
UNITA' OPERATIVA	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	
	NUMERO	PESO MEDIO	CASI	ACCESSI
Allergologia e Immunologia Clinica	0	0	120	922
Rianimazione	171	3,55	0	0
Pneumologia	239	1,23	144	801
Cardiochirurgia	212	4,39	0	0
Anestesia e Terapia Intensiva CCH	49	5,10	0	0
Cardiologia	1.383	1,71	148	307
UTIC	259	1,63	0	0
Cardiologia Riabilitativa	129	0,82	246	1.406
Chirurgia I e d'urgenza	561	1,81	33	62
Chirurgia Generale	958	1,13	614	1.003
Chirurgia Vascolare	321	1,93	110	159
Dermatologia e Dermochirurgia	34	0,59	278	556
Dietologia e Nutrizione Clinica	0	0	89	536
Ematologia con TMO	418	3,03	653	6.332
Fisiopatologia del dolore	345	1,00	756	2.741
Fisiopatologia della riproduzione	0	0	522	2.046
Gastroenterologia	107	0,97	417	640
Genetica Medica	0	0	390	2.065
Geriatrics	637	1,07	169	797
Ginecologia Sociale e Preventiva	0	0	952	1.758
Immunoematologia e Trasfusioni	0	0	263	1.641
Malattie Infettive	361	1,11	140	809
Medicina d'Urgenza	401	1,17	0	0
Medicina Interna	610	1,09	43	807
Nefrologia e Dialisi	565	1,27	118	361
Patologia Neonatale	274	1,08	0	0
Neonatologia	838	0,17	0	0
Terapia intensiva neonatale	50	6,18	0	0
Neurochirurgia	605	1,79	142	144
Neurologia	589	1,12	145	208
Neuropsichiatria Infantile	0	0	64	588
Oculistica	891	0,81	2.097	6.722
Oncologia Medica	585	0,96	1.202	9.940
Ortopedia e Traumatologia	797	1,25	317	570
Ostetricia e Ginecologia	2.003	0,63	99	190

Otorinolaringoiatria	573	0,88	71	143
Pediatria	1.476	0,48	75	120
Cure Intensive Geriatriche	533	1,06	0	0
Unità Fegato	286	1,58	137	440
Urodinamica	0	0	82	196
Urologia	1.084	1,01	2.682	7.466
TOTALE	18.344	1,18	13.318	52.476

5.3 LE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

L'attività diagnostica rappresenta una funzione rilevante del Moscati, che si esplica sia come prestazioni a favore dei ricoverati che come attività ambulatoriale per l'utenza esterna.

Ovviamente la prima riveste un rilievo maggiore, in quanto è fondamentale che gli esami per gli interni vengano svolti con tempismo per ridurre la durata della degenza e quindi garantire adeguati livelli di efficienza.

Per l'attività ambulatoriale esterna, l'azienda è tenuta a rispettare i tempi medi di attesa definiti dalla regione per l'esecuzione di alcune prestazioni ad elevato impatto sociale (nel campo oncologico, materno-infantile, cardiologico, ecc.)

SERVIZI DIAGNOSTICI:PRESTAZIONI ANNO 2015			
	PER INTERNI	PER ESTERNI	TOTALE
ANALISI CHIMICO-CLINICHE	1.722.915	220.602	1.943.517
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	18.005	25.020	43.025
ECOGRAFIA	11.662	1.573	13.235
MEDICINA NUCLEARE	1.407	3.754	5.161
NEURORADIOLOGIA	4.690	2.255	18.670
RADIOLOGIA	56.174	15.586	71.760
MICROBIOLOGIA	47.913	6.481	54.394
VIROLOGIA	9.336	8.911	18.247
TOTALE GENERALE	1.872.102	284.182	2.156.284

5.4 EPIDEMIOLOGIA

L'epidemiologia o studio della distribuzione e dei determinanti della salute nel bacino d'utenza della nostra azienda, riveste un ruolo fondamentale ai fini della programmazione e del controllo dei servizi e delle attività.

La fonte utilizzata in questo caso è rappresentata dalle schede di dimissione ospedaliera, ed i dati da esse desunti rappresentano anche il riferimento per la stesura dei piani regionali ospedalieri e dei piani attuativi locali.

Nella tabella successiva i principali dati di ricovero sono aggregati in modo sintetico, utilizzando la classificazione dei ricoveri secondo il criterio delle principali categorie diagnostiche (MDC, *Major Diagnostic Categories*), che individua i grandi raggruppamenti clinici in cui si articola il sistema dei drg. Ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico). Tale rappresentazione consente di evidenziare le frequenze relative delle grandi tipologie cliniche dei pazienti trattati nell'anno 2015.

RICOVERI RAGGRUPPATI PER CATEGORIE DIAGNOSTICHE				
CATEGORIE DIAGNOSTICHE MAGGIORI (MDC)	ORD.	D.H.	TOTALE	%
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.763	617	3.380	10,68
Malattie e disturbi mieloproliferativi	689	2.464	3.153	9,96
Malattie e disturbi dell'occhio	854	2.039	2.893	9,14
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico	1.415	1.120	2.535	8,01
Gravidanza, parto e puerperio	1.517	781	2.298	7,26
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.233	1.012	2.245	7,09
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.334	542	1.876	5,93
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.412	177	1.589	5,02
Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.318	250	1.568	4,95
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	674	653	1.327	4,19
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	403	914	1.317	4,16
Malattie e disturbi del periodo perinatale	1.149	0	1.149	3,63
Fattori influenzanti lo stato di salute e ricorso ai servizi	351	721	1.072	3,39
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	471	482	953	3,01
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	754	172	926	2,92
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	636	66	702	2,22
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	427	260	687	2,17
Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici	237	421	658	2,08
Malattie infettive e parassitarie	377	29	406	1,28
Malattie e disturbi mentali	40	334	374	1,18
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	142	145	287	0,91
Infezioni da HIV	11	116	127	0,40
Drg non classificati	113	0	113	0,36
Traumatismi multipli rilevanti	18	0	18	0,06
Ustioni	5	2	7	0,02
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	1	1	2	0,01
T O T A L E (dimessi escluso transitati)	18.344	13.318	31.662	100

Pertanto, si evince che la maggior quota di dimissioni dai reparti aziendali (per le attività di ricovero ordinario e di day hospital/day surgery) nel corso dell'ultimo anno ha riguardato le seguenti categorie diagnostiche maggiori:

- 1. malattie cardiocircolatorie (10,68%)
- 2. malattie mieloproliferative e neoplasie (9,96%)
- 3. malattie e disturbi dell'occhio (9,14%)
- 4. malattie del sistema muscolo-scheletrico (8,01%)
- 5. gravidanza, parto e puerperio (7,26%)
- 6. malattie del rene e delle vie urinarie (7,09%)
- 7. malattie e disturbi dell'apparato digerente (5,93%)
- 8. malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (5,02%).

5.5 DISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER TIPOLOGIA DI RICOVERO

Nelle tabelle successive è riportata la distribuzione della casistica relativa alle principali tipologie di ricovero per acuti in regime ordinario. Per ciascun drg viene indicata la numerosità dei casi trattati e la percentuale sul totale dei ricoveri.

Pertanto, allo scopo di evidenziare la casistica prevalente, vengono riportati in ordine decrescente di

frequenza:

- i primi *drgs* di tipo medico per numerosità delle dimissioni
- i primi *drgs* di tipo chirurgico per numerosità delle dimissioni.

FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO			
DRG	DESCRIZIONE	DIMESSI	%
391	Neonato normale	831	7,55
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	599	5,44
316	Insufficienza renale	295	2,68
127	Insufficienza cardiaca e shock	293	2,66
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	274	2,49
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	274	2,49
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	262	2,37
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco	192	1,74
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	166	1,51
243	Affezioni mediche del dorso	156	1,41
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	151	1,37
124	Mal. cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco complicato	150	1,36
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	145	1,32
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	132	1,20
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	130	1,18
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	90	0,82
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	90	0,82
390	Neonati con altre affezioni significative	82	0,74
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	81	0,74
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	76	0,69
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	75	0,68
379	Minaccia di aborto	69	0,63
324	Calcolosi urinaria senza CC	59	0,54
254	Fratture, distorsioni, stiramenti, lussazioni braccio, gamba, eccetto piede, età >17 a. senza CC	58	0,53
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	56	0,51
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	52	0,47
Altre patologie di ricovero (Numero di casi inferiore a 52)		6.174	56,06
TOTALE DRG MEDICI		11.012	100

I ricoveri di tipo medico in regime ordinario nell'anno 2015 hanno rappresentato il 60,03% del totale (11.012 su 18.344 casi). La maggior quota di dimissioni e' stata rilevata per i seguenti interventi:

- neonati normali (831 casi, pari al 7,55%)
- parto vaginale (599 casi, pari al 5,44%)
- insufficienza renale (295 casi, pari al 2,68%)
- insufficienza cardiaca (293 casi, pari al 2,66%)
- esofagite, gastroenterite (274 casi, pari al 2,49%)
- emorragia o infarto cerebrale (274 casi, pari al 2,49%)
- edema polmonare e insufficienza respiratoria (262 casi, parti al 2,37%).

FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO CHIRURGICO			
DRG	DESCRIZIONE	DIMESSI	%
371	Parto cesareo senza CC	403	5,50
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	348	4,75
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	285	3,89
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	274	3,74
311	Interventi per via transuretrale senza CC	262	3,57
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	250	3,41
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	218	2,97
557	Interventi sul sistema cardiovascolare via percutanea con stent medicato	188	2,56
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	166	2,26
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	163	2,22
558	Interv. su sistema cardiovascolare via percutanea con stent medicato senza diagnosi maggiore	158	2,15
36	Interventi sulla retina	146	1,99
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	120	1,64
56	Rinoplastica	113	1,54
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	105	1,43
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	104	1,42
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	102	1,39
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	100	1,36
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	95	1,30
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	84	1,15
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	81	1,10
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	81	1,10
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	81	1,10
310	Interventi per via transuretrale con CC	70	0,95
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	68	0,93
288	Interventi per obesità	68	0,93
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	62	0,85
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	61	0,83
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	53	0,72
38	Interventi primari sull'iride	53	0,72
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	53	0,72
	Altre patologie di ricovero (numero di casi inferiore a 53)	2.917	39,78
TOTALE DRG CHIRURGICI		7.332	100

I ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario nell'anno 2015 hanno rappresentato il 39,97% del totale (7.332 su 18.344 casi). La maggior quota di dimissioni e' stata rilevata per i seguenti interventi:

- parti cesarei (403 casi, pari al 5,50%)
- interventi su strutture intraoculari (348 casi, pari al 4,75%)
- interventi su utero non per neoplasie maligne (285 casi, pari al 3,89%)
- aborto (274 casi, pari al 3,74%)
- interventi per via transuretrale (262 casi, pari al 3,57%)
- interventi su dorso e collo (250 casi, pari al 3,41%).

5.6 LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

La nostra Azienda condivide la complessità operativa e organizzativa comune alle strutture che rivestono un forte ruolo di riferimento per un vasto bacino di utenza, anche oltre il limite provinciale. Questo è vero particolarmente per le attività di pronto soccorso che, come noto, proliferano anche per un uso inappropriato del servizio (in buona parte derivante dall'assenza di risposte adeguate da parte delle strutture sanitarie territoriali).

I dati seguenti evidenziano in modo chiaro l'impegno costante che gli operatori del settore, ma in generale tutte le strutture diagnostiche, sono chiamati a fornire quotidianamente.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO (ANNO 2015)		
CASI ACCETTATI	42.790	
<i>DI CUI RICOVERATI</i>	10.444	24,5%
<i>DIMESSI</i>	32.296	75,5%
<i>DECEDUTI</i>	50	
<i>TRASFERITI AD ALTRA STRUTTURA</i>	128	
PRESTAZIONI ESEGUITE	84.331	
ESAMI ESEGUITI	381.377	

5.7 DIMISSIONI PER RESIDENZA

La mobilità intra-regionale e inter-regionale rappresenta un fenomeno molto diffuso nelle nostre zone ed esprime la tendenza della popolazione ad usufruire delle prestazioni presso strutture dell'ambito provinciale o regionale diverse da quelle di residenza.

Si manifesta attraverso due fenomeni opposti:

- la **mobilità passiva o migrazione sanitaria** dei pazienti residenti in Campania verso istituti di ricovero e cura localizzati in altre regioni (segnalata dall'**indice di fuga**)
- la **mobilità attiva** (espressa dall'**indice di attrazione**) rappresenta il numero di pazienti di altre regioni che si fanno curare in una determinata struttura della Regione Campania.

In un mercato sanitario sostanzialmente libero, tali indicatori rappresentano un segnale indiretto sia della completezza che della qualità e accessibilità dei servizi disponibili.

Il fenomeno è particolarmente rilevante in quanto segnala i livelli di eccellenza e attrazione delle unità operative della nostra azienda, poichè i pazienti "emigrano" o per accedere a prestazioni non offerte in loco o per accedere a prestazioni più tempestive o di più alto livello qualitativo rispetto a quelle erogate dalle strutture sanitarie della zona di riferimento.

La successiva tabella evidenzia la significativa percentuale di utenti, provenienti da altre regioni o province della Campania, che si sono rivolti alle unità operative dell'azienda nel corso dell'anno 2015.

DIMISSIONI PER RESIDENZA ANNO 2015		
REGIONE	CASI	% SUL TOTALE
PIEMONTE	17	0,054
VALLE D'AOSTA	-	-
LOMBARDIA	64	0,202
TRENTINO-ALTO ADIGE	5	0,016
VENETO	14	0,044
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	0,041
LIGURIA	7	0,022
EMILIA-ROMAGNA	41	0,129
TOSCANA	20	0,063

UMBRIA	11	0,035
MARCHE	5	0,016
LAZIO	203	0,641
ABRUZZO	13	0,041
MOLISE	32	0,101
CAMPANIA (PROVINCIA AV)	20.464	64,633
CAMPANIA (PROVINCIA BN)	627	1,980
CAMPANIA (PROVINCIA CE)	713	2,252
CAMPANIA (PROVINCIA SA)	3.135	9,901
CAMPANIA (PROVINCIA NA)	5.898	18,628
PUGLIA	121	0,382
BASILICATA	55	0,174
CALABRIA	82	0,259
SICILIA	28	0,088
SARDEGNA	9	0,028
ALTRO	85	0,268
TOTALE	31.662	100

Dei casi complessivamente trattati in ricovero ordinario, il 64,63% (20.464 casi su 31.662) ha riguardato utenti della provincia di Avellino. Seguono nell'ordine:

- la provincia di Napoli con il 18,63%
- la provincia di Salerno con il 9,90%
- la provincia di Caserta con il 2,25%
- la provincia di Benevento con l'1,98%

Gli utenti da altre regioni hanno rappresentato il 2,61%.

6. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli **obiettivi strategici** del Piano della *performance* sono articolati in specifici **obiettivi operativi**, ciascuno dei quali prevede azioni, tempi, risorse e responsabilità organizzative per il loro raggiungimento.

In questo modo il piano d'azione complessivo dell'azienda presenta una coerenza interna, in un flusso sia discendente (cioè partendo dalle aspettative degli *stakeholder* e dalle priorità politiche incorporate nella *mission* aziendale); che ascendente (tenendo conto delle conoscenze e delle professionalità disponibili). I processi sono funzionali alla creazione delle condizioni indispensabili perchè gli obiettivi siano rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività assistita.

Ovviamente, i piani operativi sono stati selezionati tra possibili alternative, in base all'analisi costi-benefici e tenendo conto della drastica riduzione delle risorse umane che rende problematiche le prospettive di sviluppo ma, in alcuni casi, influenza negativamente la stessa gestione ordinaria delle attività.

OBIETTIVO STRATEGICO 1**ASSICURARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, ATTRAVERSO L'ADOZIONE DELLA CORRETTA TIPOLOGIA DI PERCORSO ASSISTENZIALE**

L'appropriatezza delle prestazioni è un tema centrale di politica sanitaria ed il suo perseguimento costituisce un obiettivo prioritario per le strutture che erogano salute. E' noto che gli interventi sanitari vengono definiti appropriati quando sono **efficaci** (migliorano lo stato di salute del paziente), **efficienti** (utilizzano in modo ottimale le risorse durante il processo produttivo), **opportuni** (applicano la tipologia di intervento più adeguata e per il maggior numero di utenti.)

In questo caso non si valuta l'appropriatezza dal punto di vista clinico-professionale, che si riferisce alla validità tecnico-scientifica degli interventi e quindi alla loro efficacia in termini di capacità dell'intervento di raggiungere gli obiettivi prefissati, bensì l'**appropriatezza organizzativa**, che fa riferimento alla scelta del corretto *setting* assistenziale da applicare nel singolo caso (reparto per acuti, day hospital/day surgery, ambulatorio specialistico, strutture di base).

La Regione ha adottato diversi provvedimenti per promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri attraverso l'aggiornamento delle soglie massime di ammissibilità in regime di ricovero ordinario, la regolamentazione dell'attività di ricovero in day hospital di tipo medico e la definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale, la qualificazione dell'attività ambulatoriale quale alternativa alle prestazioni di ricovero inappropriato, soprattutto per i day hospital di tipo medico diagnostico, l'istituzione del day service.

OBIETTIVO OPERATIVO

Il decreto n. 17 del 20 marzo 2014 ha individuato le linee di azione cui le aziende sono tenute ad uniformarsi "per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero":

- la riduzione del tasso di ospedalizzazione regionale attraverso la progressiva contrazione del numero di ricoveri di 0-1 giorno e in day hospital per i drg ad alto rischio di inappropriata;
- il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i drg individuati "a rischio di inappropriata".

Il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i drg segnalati rappresenta un obiettivo fondamentale di tutti gli operatori, in quanto comporta una diretta assunzione di responsabilità per la quota di risorse aziendali utilizzate in modo inadeguato rispetto al *setting* assistenziale più opportuno.

In altri termini, le prestazioni oltre soglia non vengono remunerate con la tariffa intera prevista per il ricovero ordinario o day hospital; pertanto parte delle risorse utilizzate per il ricovero improprio costituiscono uno "spreco" per l'azienda, atteso che:

- i drg effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso in caso di drg medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente in caso di drg chirurgici;
- i drg effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%, in caso di drg medici e con la tariffa prevista per day surgery corrispondente abbattuta del 50%, in caso di drg chirurgici.

OBIETTIVO STRATEGICO 2**OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI**

La problematica dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche ha assunto un rilievo sempre maggiore a motivo di alcuni aspetti concomitanti:

- le direttive nazionali e regionali, che impongono alle direzioni aziendali di adottare provvedimenti organizzativi atti a razionalizzare i processi di erogazione delle prestazioni
- e, nel caso della diagnostica per i ricoverati, i prolungamenti dei tempi di degenza, da cui derivano inefficienze economiche e disagi sociali.

OBIETTIVO OPERATIVO

Per concorrere alla riduzione delle giornate di degenza, viene ribadito – per le strutture del **Dipartimento dei Servizi Sanitari** - l'obiettivo di azzeramento dei tempi di attesa per gli interni e comunque **non oltre i 2 giorni dalla richiesta, con contestuale refertazione dell'esame eseguito (per i solo esami radiologici maggiormente complessi)**.

Le unità di degenza, dal canto loro, sono tenute a garantire la correttezza formale e l'appropriatezza prescrittiva della richiesta, attraverso l'adeguata gestione dell'agenda elettronica.

Il limite temporale di attesa dovrà essere garantito sia per gli esami diagnostici che per le consulenze effettuate dalle unità operative a favore dei ricoverati presso altri reparti.

In concreto dovranno essere implementate le seguenti azioni:

- programmazione delle attività tenendo conto della tipologia di utente. Il calendario delle prenotazioni deve assegnare priorità assoluta ai soggetti che presentano condizioni di particolare criticità e per i quali è predominante l'esigenza di definire in tempi brevi il relativo profilo assistenziale.
- rispetto dei tempi medi indicati nel **PACTA** (Piano Attuativo per il Contenimento dei Tempi di Attesa) che sulla base dell'accordo stato-regioni, individua **classi di priorità** in base alla gravità del quadro clinico del paziente.

TEMPI DI ATTESA E ALPI. Collegata alla problematica dei tempi di attesa è anche la riorganizzazione dell'attività libero professionale. A tale proposito, in linea anche con gli obiettivi che la Regione ha assegnato al Direttore Generale, dovranno essere implementate le seguenti azioni.

- a) creazione dell'**Agenda unica** per l'attività ambulatoriale (per interni ed esterni) gestita dal CUP. Le unità operative potranno gestire in autonomia la prenotazione di un numero di prestazioni in misura non superiore al 5% del totale delle attività;
- b) il **monitoraggio del rapporto tra prestazioni istituzionali e prestazioni effettuate in regime ALPI** dovrà certificare che in nessun ambito operativo queste ultime superino le percentuali previste dalla normativa;
- c) nel corso dell'anno, ciascuno per le proprie competenze, gli uffici tecnici dell'azienda e gli operatori delle unità operative sono tenuti a contribuire al **graduato trasferimento delle attività libero-professionali alla Palazzina** dedicata nell'ambito della Cittadella ospedaliera.

OBIETTIVO STRATEGICO 3**CORRETTA CODIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE SDO,
NONCHE' RISPETTO DELLA TEMPSTICA PREVISTA PER IL COMPLETAMENTO**

Costituisce impegno imprescindibile per la direzione di ciascun ambito operativo la chiusura tempestiva delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera, al fine di consentire al competente ufficio il controllo logico-formale (attraverso il software regionale "Controllo SDO").

Poichè le schede debbono essere trasmesse entro il 40° giorno successivo alla dimissione, ciascuna unità operativa è tenuta a completare tutti i campi previsti almeno 10 giorni prima della data prevista per l'invio alla regione (e quindi – al massimo entro 30 giorni dalla dimissione).

Nel contempo, occorre migliorare la qualità dei dati delle dimissioni ospedaliere. Infatti, da una valutazione del settore ministeriale di verifica degli adempimenti regionali sono emerse criticità comuni a molte aziende, come una percentuale elevata di schede nelle quali risultano non compilati o compilati in maniera erronea alcuni campi.

OBIETTIVO OPERATIVO

Pertanto, la struttura Analisi e monitoraggio dell'attività assistenziale e LEA provvederà in modo puntuale e tempestivo a relazionare mensilmente alla Direzione Sanitaria (oltre che verificare costantemente l'azione dei reparti) in ordine ai punti di seguito indicati:

- la completezza e accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero, affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per l'analisi di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata;
- il controllo delle prestazioni di assistenza, condizione per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione;
- l'attuazione dei percorsi per garantire l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza attraverso la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e, quindi, contrastare fenomeni opportunistici, cui si correla l'improprio impiego delle risorse economiche destinate all'erogazione dei predetti livelli essenziali;
- la verifica della corretta, completa e accurata codifica delle cartelle e delle sdo, in osservanza
- della normativa in materia;
- le proposte di modifica e aggiornamento dei protocolli clinici, per adeguarli alla varietà degli eventi assistenziali e migliorare la rappresentazione della casistica;
- l'elaborazione di approfondite indagini epidemiologiche
- la partecipare alle attività di controllo di qualità.

OBIETTIVO STRATEGICO 4**SVILUPPO DEL DAY SERVICE E DEI PACC**

Il day service risponde all'esigenza di introdurre un modello organizzativo di assistenza ambulatoriale innovativo e necessario per garantire una parte significativa delle prestazioni precedentemente erogate in day hospital.

Il **day service ambulatoriale** presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali. E' finalizzato alla gestione di problemi clinici, la cui soluzione richiede indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari.

Rispetto all'attività ambulatoriale classica, si caratterizza per uno specifico percorso diagnostico-terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni.

Per la sua funzionalità, è richiesto un alto livello di coordinamento clinico-organizzativo che si estrinseca nella definizione dei **percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (Pacc)**.

I Pacc di day service si caratterizzano per l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrono, oltre alla radiologia e ai laboratori di analisi, di norma almeno altre due branche specialistiche.

Il day service viene avviato dallo specialista ospedaliero su richiesta di visita o altra prestazione da parte del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Sulla base delle informazioni e del quesito diagnostico, lo specialista inquadra il caso e imposta il piano assistenziale opportuno, prescrivendo le prestazioni diagnostiche da eseguire all'interno della struttura ospedaliera.

OBIETTIVO OPERATIVO

Per il 2017 si prevede di attivare progressivamente il nuovo modello organizzativo per l'**Oculistica** nel corso del I° semestre e quindi per l'**Urologia**, la **Chirurgia** e il **Centro AIDS**.

Le strutture interessate saranno impegnate nella predisposizione dei seguenti percorsi organizzativi:

- codificazione dei problemi clinici che possono essere affrontati secondo tale modello assistenziale nell'ambito del rispettivo reparto
- predisposizione dei PACC, d'intesa con gli altri reparti e servizi interessati, per dare risposte integrate ed efficienti ai quesiti diagnostici relativi alle specifiche patologie/problemi individuati
- previsione del necessario coordinamento clinico-organizzativo per la efficiente presa in carica del paziente (agenda, percorsi, impegnative, ecc.)
- strumenti per facilitare l'accesso alle prestazioni.

OBIETTIVO STRATEGICO 5**ALLINEAMENTO DELLE STRUTTURE AZIENDALI AGLI STANDARD QUALITATIVI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DECRETO MINISTERIALE 70/2015)**

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tra i vari aspetti affrontati, riveste particolare rilievo la creazione delle **reti ospedaliere articolate per patologia e che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale**, nei seguenti ambiti: infarto, ictus, traumatologia, neonatologia e punti nascita, medicina specialistica, oncologia, pediatria, trapianti, terapia del dolore, malattie rare.

LA RETE ONCOLOGICA. Rilievo assoluto viene dato alla creazione di specifici percorsi di integrazione terapeutici-assistenziali come quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso la **breast unit (unità mammaria interdisciplinare)**.

Con l'implementazione della **rete oncologica** la Regione persegue la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e palliative anche in ambito pediatrico. Inoltre, presso la nostra struttura di Oncologia deve essere potenziato il sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, attraverso specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Il Decreto Commissariale 102/2016 ha approvato le risultanze del gruppo di lavoro che ha proceduto all'esame dei livelli di *performance* delle aziende ospedaliere. Mentre quello relativo alla produttività e all'efficienza certifica il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario per il Moscati (lo scostamento tra costi rilevati dal conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività non supera il 2%, attestando la virtuosità della nostra azienda nell'uso delle risorse), l'esame del livello di aderenza agli standard di qualità e volumi dei ricoveri erogati per area clinica presenta elementi di criticità per ovviare ai quali sono stati programmati gli opportuni interventi correttivi.

Poiché si tratta di "obiettivi trasversali" che comportano il coinvolgimento di più ambiti operativi, le azioni correttive da implementate per migliorare qualità e volumi di attività saranno programmate in ottica interdipartimentale (attraverso il coinvolgimento *in primis* dei Servizi Sanitari).

OBIETTIVO OPERATIVO

Si riportano le soglie minime - identificate a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche – in base alle quali vengono effettuate le valutazioni delle strutture aziendali (e che verranno aggiornate e integrate da parte del tavolo tecnico composto da rappresentanti di Ministero, Age.nas e Regioni)

INTERVENTI	VOLUMI DI ATTIVITA' MINIMI
INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	150 PRIMI INTERVENTI ANNUI
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	100 INTERVENTI ANNUI
INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA DI FEMORE	75 INTERVENTI ANNUI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO	100 CASI ANNUI
BY PASS AORTO-CORONARICO	200 INTERVENTI ANNUI
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	250 PROCEDURE ANNUE
MATERNITA'	ALMENO 1000 NASCITE

INTERVENTI	SOGLIA PER RISCHI DI ESITO
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A TRE GIORNI	MINIMO 70%
INTERVENTI CHIRURGICI ENTRO 48H SU PERSONE CON FRATTURA DEL FEMORE, ETA' > = 65 ANNI	MINIMO 60%
TAGLI CESAREI IN MATERNITA' CON > 1000 PARTI	MASSIMO 25%
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA ENTRO 90 MIN DALL'ACCESSO IN PAZIENTI CON INFARTO STEMI	MINIMO 60%
BY PASS AORTO-CORONARICO ISOLATO, MORTALITA' AGGIUSTATA A 30 GG.	MASSIMO 4%
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA, MORTALITA' AGGIUSTATA PER GRAVITA' A 30 GIORNI	MASSIMO 4%

OBIETTIVO STRATEGICO 6**LA RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO
E L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISPOSTE ALL'EMERGENZA**

Ogni anno accedono al Pronto Soccorso del Moscati oltre 40.000 pazienti, di cui 6.000 in età pediatrica e 1.000 donne per urgenze ostetrico-ginecologiche. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della a volte insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

L'alta percentuale di richieste del pronto soccorso non seguite da ricovero dimostra in modo inequivocabile che tali utenti avrebbero potuto trovare una soluzione in strutture territoriali, aumentando l'offerta dell'ospedale nel fornire assistenza a chi ne ha realmente bisogno.

Il modello che si prevede di realizzare a partire dai prossimi mesi si basa sull'integrazione ospedale-territorio, la continuità assistenziale, lo sviluppo e la puntuale attuazione dei più opportuni percorsi assistenziali, una risposta clinico-assistenziale integrata.

Gli interventi previsti sono articolati in un duplice momento:

a) Situazione ordinaria: in questi casi il percorso prospettato prevede una risposta fino a 120 accessi/die così articolata:

Camera calda – E' un'area piana, protetta, riscaldata, in cui avviene il trasferimento dei pazienti dagli automezzi. Attiguo alla 'camera calda', deve essere previsto uno spazio multifunzionale, deputato alla primissima accoglienza dei pazienti ad opera degli Operatori Tecnici Ausiliari (AVO, allievi del 3° anno del Corso di laurea in scienze infermieristiche) identificabili con relativo cartellino, nonché alla low sosta, alla vigilanza di Pubblica Sicurezza e alle attività di TRIAGE e POST-TRIAGE. Da tale area devono essere facilmente raggiungibili i servizi igienici, compreso bagno decontaminazione pre-TRIAGE.

Attesa assistita – Area di stazionamento dei pazienti che devono completare il percorso diagnostico e/o terapeutico e quindi sono ancora in fase di "processo" (4-6 ore) e necessitano di assistenza infermieristica e di assistenza alla persona. In quest'area potrebbero trovare collocazione i pazienti che pur avendo completato il percorso diagnostico/terapeutico e pur avendo già ottenuto la decisione di ricovero in regime d'urgenza, non riescono a trovare posto letto a causa del sovraffollamento dei reparti

Spazio Triage – E' una funzione infermieristica volta alla definizione della priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo. Deve garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento. La funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa di tutti gli utenti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi urgenti. La funzione di triage deve essere garantita come svolgimento continuativo nelle 24 ore.

A tal fine è necessaria l'attivazione di gruppi multiprofessionali (medici ed infermieri esperti) che collaborano con i responsabili medici ed infermieristici del servizio nel verificare il proprio sistema di triage, elaborare ed implementare strategie di miglioramento.

Obiettivi fondamentali del triage in PS sono:

- a) identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento
- b) attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo
- c) contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente nel percorso di valutazione e trattamento
- d) sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni
- e) fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili ad assistiti ed accompagnatori riducendo l'ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico.

Emergenza (Shock room) – Il paziente in immediato pericolo di vita (codice rosso — compromissione o assenza di una o più funzioni vitali) ottiene accesso immediato ad un'area attrezzata, in qualsiasi momento della giornata, con tutte le risorse necessarie per tutti gli interventi salvavita e pronta ad accogliere il team (anche multidisciplinare) che sarà chiamato ad intervenire. Non deve esserci commistione con l'area di gestione dei codici gialli, che rischia di ridurre l'efficienza del team nella situazione di emergenza assoluta. Questa attività comporta un'area dove devono essere presenti alloggiamenti per strutture fisse pendenti dall'alto (lampada scialitica, sostegni pensili per cavi monitoraggio) e spazi per la tecnologia portatile carrellata per la diagnostica d'emergenza: (elettrocardiografo, apparecchio radiologico, monitor- defibrillatore, ventilatore) cui occorre aggiungere un ecografo multidisciplinare per valutazione cardiovascolare, toracica e addominale. Occorre prevedere 1 postazione per il codice rosso ogni 40.000 accessi/anno.

Emergenza arancione – Nel caso di sospetta emergenza infettivologica, si evita il contatto con altri utenti isolando il sospetto nei box emergenza ed isolamento, dove avviare il percorso diagnostico-terapeutico appropriato e procedere, nei tempi più brevi, al ricovero presso l'UOC di Malattie Infettive

Urgenza (Codici gialli e verdi) – Area con box/moduli multipli ed equivalenti e comunque attrezzati singolarmente per gli interventi salvavita (set intubazione, ambu, maschere facciali, impianto di aspirazione, gas medicali, monitor/defibrillatore, elettrocardiografo) in cui si svolge la valutazione e il trattamento iniziale dei pazienti con codice giallo e verde.

Codici minori - Area destinata alla valutazione e al trattamento di pazienti con problematiche minori o specialistiche, che saranno pertanto non barellati e per i quali si prevede che abbiano necessità di singole prestazioni.

Area Osservazione Breve Intensiva (OBI) – E' riservata a quei pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di valutazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle dimissioni. Tale area deve essere collocata in uno spazio attiguo al PS cui è funzionalmente collegata. E' dotata di 1 posto letto ogni 4-6.000 accessi, alcuni dei quali possono essere monitorati. Il paziente può rimanere in regime di osservazione (cioè senza DRG) fino ad un max di 36 h. Ogni 8-10 letti di OBI è necessario 1 infermiere.

Le funzioni dell'OBI possono essere così riassunte:

- Osservazione longitudinale clinico-strumentale
- Approfondimento diagnostico
- Completamento e verifica di efficacia della terapia di urgenza

Mentre questi sono i criteri di ammissione e gestione:

- Il paziente deve presentare un solo problema clinico preminente da definire o risolvere
- L'attività dell'OBI deve seguire percorsi prestabiliti da LG specifiche (PDTA condivisi e validati dalla Direzione Sanitaria)

Area di degenza della Medicina d'Urgenza – Comprende la gestione, in regime di degenza, di pazienti con problemi clinici diversi e di diversa complessità, il cui iter diagnostico-terapeutico d'urgenza non è esauribile nelle poche ore a disposizione della gestione di Pronto Soccorso. Accoglie i pazienti con codice giallo provenienti dal PS o quelli provenienti dall'OBI.

La collocazione di tale articolazione organizzativa in area attigua ai locali del Pronto Soccorso, garantisce la continuità diagnostico-terapeutica in urgenza.

b) Situazione straordinaria: Viene attivata nei casi in cui si superino 150 accessi/die.

Il Responsabile del Piano delle Emergenze ed il Responsabile del funzionamento quotidiano del Pronto soccorso attivano il **full capacity protocol** che prevede le seguenti azioni:

- Utilizzo delle barelle aggiuntive (12) stoccate presso la Medicina d'Urgenza e nel box adiacente all'ingresso del Pronto Soccorso. In caso non fossero sufficienti, saranno reperite ulteriori barelle dai reparti di degenza: l'acquisizione e la restituzione delle stesse sarà gestita dallo STIR o dal personale OSS del Pronto Soccorso;
- I pazienti non dimissibili direttamente dall'OBI e i codici gialli saranno accolti in Medicina d'urgenza; contemporaneamente si provvederà a trasferire i pazienti ricoverati in Medicina d'Urgenza nelle unità operative del Dipartimento Emergenza-Urgenza e del Dipartimento Medicina Generale e Specialistica. Terminata la disponibilità in tali reparti, quelli dell'area chirurgica metteranno a disposizione 2 pl ciascuno;
- l'assistenza del medico internista presso i posti letto reperiti nei reparti chirurgici sarà predisposta dal direttore del Dipartimento Medicina Generale e Specialistica, attivato dal bed manager;
- per fronteggiare l'eventuale carenza di personale, verrà previsto un monte ore di straordinario diviso fra dirigenti e infermieri.

7. GLI OBIETTIVI GENERALI

L'azienda adotta un sistema di responsabilizzazione della dirigenza, riconoscendole un ruolo effettivo di gestione, che si esplicita – tra l'altro - nel potere di organizzazione delle risorse umane e nelle decisioni operative.

La valorizzazione della figura del dirigente comporta il riconoscimento di reali e concreti strumenti per operare, oltre che l'applicazione di sanzioni, anche economiche, quando non svolge in modo efficace il proprio lavoro.

In particolare, le strutture organizzative dei servizi generali saranno impegnate prioritariamente nella realizzazione delle finalità individuate dai programmi operativi regionali e nel rendere operative le linee programmatiche definite dal vertice strategico.

Di seguito si indicano le principali azioni da realizzare a breve/medio termine.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO
<p>VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI LEA E POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DI CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI</p>	<p>Si procederà al monitoraggio mensile degli indicatori, fornendo ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di unità operative i reports utili alla verifica dell'andamento degli stessi in termini di miglioramento, stazionarietà o peggioramento. I prospetti saranno accompagnati da analitiche relazioni e indicazioni sulle azioni da porre in essere per ovviare a quanto segnalato. La realizzazione di tale obiettivo verrà valutata in base all'efficacia degli interventi proposti a ciascuna unità operativa in termini di recupero dei livelli di appropriatezza previsti.</p> <p>Tutto quanto prodotto dalle attività poste in essere e dalle verifiche in itinere, verrà tempestivamente comunicato alla Direzione Strategica per le condivisioni in merito e le successive determinazioni strategico-organizzative rispetto alle criticità riscontrate e risolte o non risolte.</p>
<p>RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE</p>	<p>Nel rispetto della vigente normativa, l'Azienda ha individuato e realizzato, utilizzando fondi di edilizia sanitaria dedicati, la palazzina da destinare alle attività svolte dal personale dipendente in regime libero-professionale.</p> <p>La programmazione delle azioni per il concreto avvio delle attività prevede un'attenta valutazione delle tipologie di prestazioni erogate in ALPI e trasferibili presso la nuova struttura, compatibilmente con l'impegno economico necessario per coprire le spese e con le altre problematiche logistiche e di personale di supporto necessario.</p> <p>La riorganizzazione dell'ALPI è funzionale alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni.</p>
	<p>L'atto aziendale recentemente approvato ha innovato</p>

<p>ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI PREVISTI DALL'ATTO AZIENDALE</p>	<p>l'organizzazione aziendale, soprattutto per quanto riguarda la struttura degli ambiti operativi assistenziali. Progressivamente si procederà all'implementazioni delle azioni previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riorganizzazione dei dipartimenti e conferimento degli incarichi di direttore - conferimento delle responsabilità delle strutture semplici, degli incarichi professionali e delle posizioni organizzative - graduazione delle funzioni, ecc.
<p>IL FABBISOGNO DI PERSONALE E LA DOTAZIONE ORGANICA</p>	<p>L'azienda presenta un estremo bisogno di personale per garantire molti servizi ed in particolare verranno portati a compimento gli avvisi già banditi per il reclutamento del personale dirigente, anche con incarico di direzione di struttura complessa (l'altissimo numero di unità operativa la cui responsabilità è affidata a facenti funzioni rappresenta un evidente ostacolo alla gestione efficiente dei reparti).</p> <p>La predisposizione della nuova dotazione organica, predisposta secondo le indicazioni del DCA 67/2016, una volta approvata dalla Regione, rappresenterà la condizione indispensabile per elaborare un preciso piano delle assunzioni.</p> <p>Nel corso del prossimo triennio si spera di poter procedere a ricoprire la maggior parte dei posti vacanti come premessa al potenziamento delle attività e stimolo al concreto sviluppo delle linee di attività innovative che la Direzione Strategica ha programmato.</p>

8. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La realizzazione degli obiettivi di performance individuati dall'azienda richiede un impegno costante di tutti gli operatori. A tal fine, sono stati predisposti sistemi di valutazione il più possibile oggettivi della **performance individuale**, in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, come noto, in precedenza la valutazione era limitata alla dirigenza e riguardava la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi generali e individuali, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché le verifiche periodiche di fine incarico (quinquennali per i direttori di struttura complessa e triennali per le altre tipologie di incarico, al termine del quinto e quindicesimo anno di servizio).

Per il personale di comparto non era previsto nessun sistema di valutazione individuale e si faceva riferimento ai "progetti annuali" che coinvolgevano l'intera équipe o, in alcuni casi, alla verifica degli obiettivi assegnati ai titolari di coordinamento o posizione organizzativa.

L'introduzione di schede o questionari specifici per la valutazione della performance individuale della dirigenza e del comparto rappresenta uno strumento per misurare le competenze, l'impegno ed il risultato raggiunto. Il valutatore che compila le singole schede corrisponde al soggetto posto al livello gerarchico immediatamente superiore a quello del valutato, in quanto conosce direttamente il lavoro dei propri collaboratori.

Nelle pagine seguenti si propongono due schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori. Il processo ovviamente innova radicalmente i sistemi di valutazione adottati sino ad oggi, e pertanto necessita di un adeguato periodo di rodaggio, sia per quanto riguarda l'accettazione da parte dei valutati che per quanto riguarda la proposta e introduzione di correttivi dettati dalle eventuali difficoltà di applicazione.

Gli indicatori previsti riguardano i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi; al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi; alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione; ed infine all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili; la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri; l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema; l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi; e la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo; l'**ascolto** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;

- **negoziazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso; le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali; la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali; l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE - COMPARTO
AZIENDA OSPEDALIERA S. GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
DIPARTIMENTO
UNITA' OPERATIVA
SESSIONE DI VALUTAZIONE: ANNO
NOME E COGNOME
INCARICO/RUOLO
VALUTATORE

LEGENDA PUNTI	1 = INSODDISFACENTE	2 = DA MIGLIORARE
3 = ADEGUATO	4 = BUONO	5 = OTTIMO

1.1 <u>CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</u> INDICA LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL DIPENDENTE ALLO SVILUPPO E AL MIGLIORAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DELL'UNITA' OPERATIVA/DIPARTIMENTO CUI E' ASSEGNATO	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.2 <u>PROBLEM SOLVING</u> INDICA IL GRADO DI AUTONOMIA NEL RISOLVERE I POSSIBILI PROBLEMI DELLA PROPRIA AREA DI LAVORO	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.3 <u>QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</u> INDICA LA QUALITA' DELLE COMPETENZE TECNICO – SPECIFICHE AGISTE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SERVIZIO	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

1.4 <u>PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</u> INDICA IL GRADO DI PROGRAMMARE ED ORGANIZZARE IN MODO APPROPRIATO LE PROPRIE ATTIVITA' NEL RISPETTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.5 <u>RELAZIONE CON I COLLEGHI</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO E ALLA COLLABORAZIONE NEL GRUPPO DI LAVORO E IL CONTRIBUTO AD UN CLIMA POSITIVO DELL'UNITA' OPERATIVA	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.6 <u>ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</u> INDICA IL GRADO DI CORTESIA E DISPONIBILITA' NELLE RISPOSTE AI BISOGNI DEI CLIENTI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.7 <u>FLESSIBILITA'</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' RISPETTO ALLE RICHIESTE DI GESTIONE DELLE EMERGENZE (CAMBI TURNI, SOSTITUZIONI, MODIFICA DEI COMPITI)	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

1.8 <u>CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</u> INDICA IL GRADO DI PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA MANUTENZIONE E INNOVAZIONE DELLE PROPRIE COMPETENZE PARTECIPANDO ALLA FORMAZIONE AZIENDALE	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.9	1	2	3	4	5
------------	----------	----------	----------	----------	----------

1.10	1	2	3	4	5
-------------	----------	----------	----------	----------	----------

PUNTEGGIO TOTALE	_____ / 50				
-------------------------	------------	--	--	--	--

GIUDIZIO SINTETICO COMPLESSIVO			
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DELLA PERFORMANCE	ALTO	MEDIO	BASSO

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE - DIRIGENZA
AZIENDA OSPEDALIERA S. GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
DIPARTIMENTO
UNITA' OPERATIVA
SESSIONE DI VALUTAZIONE: ANNO
NOME E COGNOME
INCARICO/RUOLO
VALUTATORE

LEGENDA PUNTI	1 = INSODDISFACENTE	2 = DA MIGLIORARE
3 = ADEGUATO	4 = BUONO	5 = OTTIMO

1.1 <u>CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI</u> DIMOSTRA INTERESSE, CONOSCE LE LINEE STRATEGICHE AZIENDALI ED OFFRE CONTRIBUTI SPECIFICI ALLA LORO DEFINIZIONE: SI INFORMA SISTEMATICAMENTE ED E' ATTENTO ALL'EVOLUZIONE DELL'AZIENDA	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

1.2 <u>CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</u> PARTECIPA ALLA DEFINIZIONE DEI PROGRAMMI DELL'U.O. (PIANI DI LAVORO, BUDGET) ED AGISCE COERENTEMENTE AD ESSI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.3 <u>RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DIRETTIVE AZIENDALI</u> E' ATTENTO A DECLINARE I PROPRI COMPORAMENTI PROFESSIONALI NEL RISPETTO DELLE NORME CONDIVISE	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

2.1 <u>CASISTICA SEMPLICE</u> DIMOSTRA COMPETENZE ADEGUATE PER LA GESTIONE DELLA CASISTICA SEMPLICE	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

2.2 <u>CASISTICA COMPLESSA</u> DIMOSTRA COMPETENZE ADEGUATE PER LA GESTIONE DELLA CASISTICA (O ATTIVITA') COMPLESSA	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

2.3 <u>FORMAZIONE PROFESSIONALE</u> SVILUPPA UNA COSTANTE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE MANTENENDOSI AGGIORNATO SUGLI SVILUPPI DELLA RICERCA SCIENTIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E CONTRIBUENDO ALL'ATTIVITA' DI AUDIT E CONFRONTO ALL'INTERNO DELL'U.O.	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

3.1 <u>PROBLEM SOLVING</u> EFFETTUA CORRETTAMENTE L'ANALISI E LA DIAGNOSI DEL PROBLEMA (RACCOLTA, QUANTIFICAZIONE, VERIFICA, RICERCA DELLE CAUSE), ED ELABORA SOLUZIONI, CON ATTEGGIAMENTO COSTRUTTIVO, PROSPETTANDO ALTERNATIVE	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4.1 <u>QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</u> INDICA LA QUALITA' DELLE COMPETENZE TECNICO – SPECIFICHE AGISTE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SERVIZIO	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4.1 <u>PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</u> INDICA IL GRADO DI PROGRAMMARE ED ORGANIZZARE IN MODO APPROPRIATO LE PROPRIE ATTIVITA' NEL RISPETTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4.2 <u>RELAZIONE CON I COLLEGHI</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO E ALLA COLLABORAZIONE NEL GRUPPO DI LAVORO E IL CONTRIBUTO AD UN CLIMA POSITIVO DELL'UNITA' OPERATIVA	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4.3 <u>ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</u> INDICA IL GRADO DI CORTESIA E DISPONIBILITA' NELLE RISPOSTE AI BISOGNI DEI CLIENTI	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4.4 <u>FLESSIBILITA'</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' RISPETTO ALLE RICHIESTE DI GESTIONE DELLE EMERGENZE (CAMBI TURNI, SOSTITUZIONI, MODIFICA DEI COMPITI)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4.5 <u>CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</u> INDICA IL GRADO DI PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA MANUTENZIONE E INNOVAZIONE DELLE PROPRIE COMPETENZE PARTECIPANDO ALLA FORMAZIONE AZIENDALE	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

PUNTEGGIO TOTALE	_____ / 60				
-------------------------	------------	--	--	--	--

GIUDIZIO SINTETICO COMPLESSIVO			
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DELLA PERFORMANCE	ALTO	MEDIO	BASSO

9. LA VALUTAZIONE E LA VERIFICA DEI RISULTATI

La verifica della realizzazione dei risultati previsti dal piano della performance viene svolta dall'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, recentemente ricostituito e composto da tre membri esterni all'Azienda. Esso risponde alle seguenti finalità:

- contribuire alle attività di pianificazione
- stimolare l'implementazione dei processi utili per lavorare meglio
- supportare l'attività di rendicontazione
- gestire l'erogazione del sistema premiante per i dipendenti più bravi, nel rispetto della trasparenza.

Il compito dell'OIV è quindi quello di assicurare le condizioni necessarie per la corretta attuazione del ciclo di gestione della performance. I componenti sono stati selezionati in modo da assicurare:

- a) l'indipendenza di giudizio ed il possesso di professionalità e competenze specifiche;
- b) la garanzia del rispetto delle regole del gioco, attraverso la validazione della **relazione di performance** presentata ogni anno dall'azienda secondo i principi di trasparenza dell'azione;
- c) il costante dialogo con il personale, in modo da poter segnalare tempestivamente ai primi responsabili della performance (cioè i dirigenti e il vertice strategico) le eventuali disfunzioni segnalate nel sistema.

Le attività di verifica e controllo non hanno una finalità genericamente "punitiva" ma sono preordinate all'adozione delle iniziative utili a "correggere il tiro". Il ruolo dell'OIV corrisponde a quello del "consulente interno" che accompagna l'azienda nel percorso di miglioramento. Perché il confronto con i responsabili delle unità operative sia costruttivo, la direzione riconosce all'organismo l'autorevolezza necessaria per essere ascoltato.

Nell'ottica del miglioramento continuo della performance aziendale, l'OIV è stato dotato del supporto tecnico-amministrativo in grado di garantire il reperimento dei dati e delle informazioni utili per elaborare e sottoporre regolarmente al vertice aziendale una fotografia chiara e completa sull'andamento delle attività, e quindi su come l'azienda sta operando per raggiungere gli obiettivi definiti dal piano.

Nella prospettiva di valutare l'impatto del nuovo sistema di misurazione e di valutazione della *performance*, l'OIV gestirà un'**indagine annuale sul benessere lavorativo**, per rafforzare il dialogo all'interno dell'azienda, condizione necessaria per il pieno raggiungimento degli obiettivi.

NOTA

Di seguito si riportano brevi note sui principali aspetti che verranno monitorati per verificare la capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi programmati.

- L'**appropriatezza clinica** corrisponde all'erogazione di cure ed interventi di comprovata efficacia in termini di benefici per il paziente.
- L'**appropriatezza organizzativa** riguarda la scelta delle più idonee modalità di erogazione delle prestazioni, massimizzando la sicurezza ed il benessere dell'utente e, nel contempo, ottimizzando il consumo di risorse (efficienza produttiva).
- L'**efficacia esterna** riguarda il rapporto tra l'azienda e l'ambiente esterno di riferimento. Questo elemento della *performance* misura la capacità delle strutture dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività.
- L'**efficacia interna** viene espressa dalla capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi di gestione e le finalità definiti in sede di programmazione.
- L'**efficienza** - rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati. Essa si colloca lungo tutta l'attività di trasformazione degli *input* (risorse umane, strutturali, tecnologiche, finanziarie) in *output* (risultati), con un'enfasi particolare – ma non esclusiva – sugli aspetti economici e quindi sul fatturato delle attività svolte.
- L'**equità** rappresenta la garanzia che tutti i cittadini abbiano la stessa possibilità di accedere alle prestazioni e ai servizi.
- Gli **obiettivi strategici** sono l'espressione dei fini aziendali e della sua *mission*, ed hanno un orizzonte temporale di lungo termine (triennale).
- Gli **obiettivi operativi** traducono gli obiettivi strategici in programmi attuativi o gestionali, ed hanno un orizzonte temporale generalmente non superiore all'anno.
- La **qualità dell'organizzazione** consiste nella capacità dell'azienda di organizzare e gestire i processi produttivi e le attività di erogazione dei servizi nel modo migliore secondo standard e livelli di eccellenza riconosciuti, garantendo condizioni di piena sicurezza per gli utenti ed il personale.
- La **qualità dell'assistenza** si misura anche attraverso la rilevazione del gradimento dei servizi offerti (qualità percepita). Ovviamente tale aspetto è influenzato dalle caratteristiche socio-economiche, dalle conoscenze, dalla disponibilità di scelte alternative, dagli aspetti relazionali utente-operatore sanitario, ecc. Inoltre è molto importante l'offerta di un adeguato comfort alberghiero, l'umanizzazione e personalizzazione delle cure, la presenza di bassi livelli di conflittualità interna ed esterna, accettabili tempi di attesa e così via.