

AZIENDA OSPEDALIERA  
"S. GIUSEPPE MOSCATI" – AVELLINO

CONTROLLO DI GESTIONE

RELAZIONE  
SULLA  
PERFORMANCE  
ANNO 2018

---

# SOMMARIO

	<b>PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE</b>	<b>2</b>
<b>1.</b>	<b>LA MISSION, LA VISIONE E LE POLITICHE AZIENDALI</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>DATI STRUTTURALI</b>	<b>5</b>
	2.1 L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	5
	2.2 L'ANNESSIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "LANDOLFI" DI SOLOFRA	7
	2.3 LE RISORSE FINANZIARIE	8
	2.4 LE RISORSE UMANE	9
	2.5 LE ATTIVITA' DI RICOVERO	12
	2.6 LE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	14
	2.7 EPIDEMIOLOGIA	15
	2.8 DISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER TIPOLOGIA DI RICOVERO	16
	2.9 LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	18
	2.10 DIMISSIONI PER RESIDENZA	19
<b>3.</b>	<b>GLI OBIETTIVI DEL COMPARTO</b>	<b>20</b>
<b>4.</b>	<b>IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE</b>	<b>21</b>
	4.1 LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI AI FINI DELL'INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	22
<b>5.</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI</b>	<b>23</b>
	5.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI	23
	5.2 GLI OBIETTIVI OPERATIVI	25
<b>6.</b>	<b>GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI E LA "GRIGLIA LEA"</b>	<b>20</b>

## PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

La Relazione sulla Performance costituisce, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La Relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Per l'Azienda Ospedaliera Moscati gli obiettivi 2018, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nell'aggiornamento del Piano della Performance 2017-2019 (adottato con delibera n. 180 del 28.02.2017).

In riferimento alle finalità sopraindicate, la Relazione è un documento snello e comprensibile, accompagnato, ove necessario, da prospetti che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio. In generale, il documento è ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

La struttura della Relazione è stata definita nella delibera CIVIT n. 5/2012 (*Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance*); la stessa delibera, tuttavia, prevede espressamente che la declinazione dei contenuti debba adeguarsi alle caratteristiche specifiche dell'amministrazione, alla tipologia di servizi resi al cittadino, complessità organizzativa, articolazioni territoriali.

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009, la Relazione deve essere approvata entro il 30 giugno 2018 e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione come condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premiali.

La presente relazione è trasmessa, per la prescritta validazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance insediatosi il 15 febbraio 2018, a seguito della nomina dei componenti avvenuta con delibera n. 59 del 1° febbraio 2018. La composizione dell'OIV è stata aggiornata con delibera n. 663 del 25 luglio 2018 a seguito delle dimissioni del Presidente.

## 1. LA MISSION, LA VISIONE E LE POLITICHE AZIENDALI

La mission specifica dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino consiste nell'assicurare all'utenza prestazioni assistenziali sanitarie di ricovero, cura, riabilitazione e diagnostiche secondo principi di economicità, efficacia, efficienza ed equità.

Tali funzioni sono dettagliate all'art. 3 dell'atto aziendale:

- a) consolidare l'attività tesa a realizzare, con il miglior utilizzo delle risorse disponibili, un sistema di sinergie indispensabile per fornire standards assistenziali di alto livello qualitativo
- b) accrescere la capacità di attrazione nei territori limitrofi realizzando risultati di eccellenza per la soddisfazione degli utenti
- c) 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
- d) implementare e aggiornare un modello assistenziale secondo adeguati percorsi diagnostico-terapeutici, insistendo sull'efficacia e sul ricorso appropriato ai servizi
- e) consolidare la gestione delle patologie dell'emergenza e dell'alta specialità, nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale e quindi con caratteristiche di elevata efficienza clinica
- f) 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 ad sistema di valori condivisi
- g) assegnare particolare rilievo agli aspetti della comunicazione, come relazione tra operatore e cittadino, ma anche come rapporto di fiducia tra 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 assistenziale adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino, privilegiando un approccio di cura globale, finalizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona; e l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione/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 nuove formule assistenziali, per favorire 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, strumento determinante per raggiungere gli obiettivi di salute e attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

L'adozione del Piano della performance consente di perseguire le seguenti finalità:

- 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, nonché 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 dei farmaci;

- 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.

---

Il piano della performance riassume due documenti che l'azienda ha adottato ordinariamente nel corso degli anni, 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) 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).

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", e quindi 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.

## 2. DATI STRUTTURALI

### 2.1 L'organizzazione aziendale

L'organizzazione degli ambiti operativi è stata definita con l'Atto Aziendale, formalizzato con delibera n. 431 del 30 settembre 2016 e approvato dalla Giunta Regionale con DCA n. 151 del 4 novembre 2016. Tale assetto è stato rivisitato con la delibera n. 768 del 28 settembre 2017.

I sette **dipartimenti sanitari** previsti sono organizzati in strutture complesse (35) e strutture semplici dipartimentali (46) come riportato nel seguente prospetto :

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI DIVISIONALI	SEMPLICI DIPARTIMENTALI
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1. ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	1. ANESTESIOLOGIA E T.I. NEUROCHIRURGICA 2. RIANIMAZIONE 3. TECNICHE DI ANESTESIA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
	2. ANESTESIOLOGIA E T.I. CARDIOCHIRURGICA		
	3. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4. ORTOGERIATRIA	
	4. PS E MEDICINA D'URGENZA		1. OBI
CARDIOVASCOLARE	5. CARDIOLOGIA E UTIC	5. CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA 6. UTIC	
	6. CARDIOCHIRURGIA	7. CARDIOCHIRURGIA MENO INVASIVA	
	7. CHIRURGIA VASCOLARE	8. CHIRURGIA ENDOVASCOLARE	
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	8. GASTROENTEROLOGIA		
	9. GERIATRIA	9. CURE INTENSIVE GERIATRICHE	
	10. MALATTIE INFETTIVE	10. CENTRO AIDS	
	11. MEDICINA INTERNA	11. ANGIOLOGIA 12. REUMATOLOGIA	
	12. NEFROLOGIA	13. DIALISI	
	13. NEUROLOGIA	14. STROKE UNIT	
	14. RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE		
			2. ALLERGOLOGIA
			3. DERMATOLOGIA E DERMOCHIRURGIA
			4. DIABETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA
		5. PNEUMOLOGIA 6. UNITA' FEGATO	
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	15. CHIRURGIA GENERALE		
			7. BREAST UNIT 8. CHIRURGIA D'URGENZA
	16. CHIRURGIA ONCOLOGICA		
	17. NEUROCHIRURGIA		
	18. OCULISTICA CON TRAPIANTO DI CORNEA	15. CENTRO GLAUCOMA	
	19. OTORINOLARINGOIATRIA		
	20. UROLOGIA		
		9. UROLOGIA FUNZIONALE	
ONCO - EMATOLOGICO	21. EMATOLOGIA	16. CHEMIOTERAPIE ANTI-NEOPLASTICHE EMATOLOGICHE	
	22. FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE		
	23. ONCOLOGIA MEDICA	17. TERAPIA ANTITUMORALE NELL'ANZIANO	
			10. UMACA
	24. RADIOTERAPIA		
MATERNO - INFANTILE	25. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		
	26. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18. GRAVIDANZA A RISCHIO	
			11. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE 12. GINECOLOGIA SOCIALE E PREVENTIVA
	27. PATOLOGIA NEONATALE E TIN		

	28. PEDIATRIA	19. PS E OBI	
			13. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
SERVIZI SANITARI	29. ANATOMIA PATOLOGICA	20. AMB. DI CITOLOGIA ASPIRATIVA E DIAGNOSTICA CITOPATOLOGICA	
	30. MEDICINA NUCLEARE	21. TERAPIA CON RADIONUCLIDI E DIAGNOSTICA CORRELATA 22. CARDIOLOGIA NUCLEARE E PET IN CARDIOLOGIA	
	31. PATOLOGIA CLINICA	23. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	
	32. RADIOLOGIA	24. RM 25. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
			14. ECOGRAFIA
			15. LABORATORIO DI GENETICA
			16. NEURORADIOLOGIA

I servizi generali, di supporto all'attività assistenziale, sono così organizzati:

DIREZIONE SANITARIA	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
	33. ANALISI E MONITORAGGIO ATTIVITA' ASSISTENZIALI E LEA	
	34. FARMACIA	
	35. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	
		26. GESTIONE RISCHIO CLINICO
		27. ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI
		28. PRIVACY E MEDICINA LEGALE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		29. ALPI, LISTE DI ATTESA E GESTIONE PRENOTAZIONI
		30. FISICA MEDICA
	STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE SEMPLICI
	1. AFFARI GENERALI	
	2. AFFARI LEGALI	
	3. CONTROLLO DI GESTIONE	
	4. ECONOMICO – FINANZIARIO	
	5. GESTIONE RISORSE UMANE	1. STATO GIURIDICO E CONCORSI
	6. PROVVEDITORATO – ECONOMATO	
	7. TECNICO E PATRIMONIO	
	2. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO, RELAZIONI SINDACALI E RAPPORTI CON L'ASL	
	3. RELAZIONI ESTERNE, COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE, URP	
	4. SISTEMA INFORMATIVO E FLUSSI ISTITUZIONALI, ICT	
	5. POLO DIDATTICO E UNIVERSITA'	

## 2.2 L'annessione del Presidio Ospedaliero "Landolfi" di Solofra

Con decreto del Commissario ad Acta n. 29/2018 è stata disposta l'annessione del Presidio Ospedaliero "Landolfi" di Solofra all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino. Tempestivamente la Direzione Generale ha provveduto ad istituire un gruppo di lavoro al fine di supportare l'Azienda nella realizzazione delle attività previste e monitorare costantemente lo stato di realizzazione delle azioni e dei processi necessari a consentire il rispetto del termine previsto per l'effettivo trasferimento della direzione del Presidio Landolfi dall'ASL di Avellino all'AORN Moscati (1° ottobre 2018). Sono stati previsti e avviati i necessari interventi di ristrutturazione dell'edificio, attività indispensabili per la messa a norma della struttura e per la realizzazione del piano di potenziamento delle attività attraverso l'istituzione di nuove unità operative.

Conseguentemente il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera adottato con DCA 103/2018 ha rideterminato i posti letto complessivi dell'Azienda come di seguito precisato:

- 477 posti letto per lo stabilimento di Avellino
- 151 posti letto per lo stabilimento di Solofra.

Si riporta l'elenco delle strutture attive al Presidio Ospedaliero "Landolfi" di Solofra al momento dell'annessione al Moscati:

- UOSD Pronto Soccorso e Osservazione Breve
- UOC Anestesia e Rianimazione
- UOSD Ortopedia
- UOC Chirurgia Generale
- UOC Medicina Generale
- UOSD Dialisi
- UOC Ostetricia e Ginecologia
- UOC Pediatria
- UOSD Laboratorio Analisi
- UOSD Radiologia
- UOSD Direzione Sanitaria
- UOSD Farmacia Ospedaliera

Il nuovo Atto Aziendale prevederà il potenziamento delle attività del P.O. di Solofra; in particolare, l'aumento dei posti letto disponibili consentirà l'ampliamento dell'offerta assistenziale attraverso il trasferimento di alcune attività attualmente erogate ad Avellino e l'attivazione della lungodegenza e della riabilitazione, nell'ambito di un percorso specifico dedicato all'anziano.

Inoltre, perché acquisisca in tempi ragionevoli le stesse caratteristiche strutturali e specialistiche, si provvederà all'aggiornamento delle attrezzature per favorire l'innalzamento qualitativo delle prestazioni e quindi una maggiore complessità.



## 2.3 Le risorse finanziarie

Di seguito si riporta il Conto economico, con l'indicazione delle risorse finanziarie ed economiche che l'azienda ha utilizzato per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie. Il valore della produzione corrispondono alle assegnazioni effettuate dal fondo sanitario regionale, che solo in parte vengono determinate in base alle prestazioni effettuate.

### CONTO ECONOMICO (BUDGET 2018) Schema ministeriale DM 11/02/2002

<b>Valore della produzione</b>	<b>209.890.175</b>
1) – Contributi in conto esercizio	71.879.596
2) – Proventi e ricavi diversi	129.267.335
3) – Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	758.154
4) – Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	406.218
5) – Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.723.513
6) – Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	5.641.141
7) – Altri ricavi e proventi	214.218
<b>Costi della produzione</b>	<b>201.632.342</b>
1) – Acquisti di beni	52.152.978
2) – Acquisti di servizi	31.276.269
- <i>acquisti servizi sanitari</i>	10.307.710
- <i>acquisti di servizi non sanitari</i>	20.968.558
3) – Manutenzioni e riparazioni	7.994.166
4) – Godimento beni di terzi	1.145.799
5) – Personale sanitario	72.387.930
6) – Personale professionale	217.605
7) – Personale tecnico	5.911.913
8) – Personale amministrativo	4.942.848
9) – Oneri diversi di gestione	1.219.065
10) – Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	41.208
11) – Ammortamento dei fabbricati	2.825.014
12) – Ammortamento delle immobilizzazioni materiali	2.774.918
13) – Svalutazione dei crediti	0
14) – Variazione delle rimanenze	2.792.195
15) – Accantonamenti dell'esercizio	15.950.434

## 2.4 Le risorse umane

La progressiva riduzione del personale in servizio è continuata anche durante l'ultimo anno. Il minor numero di addetti e l'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.).

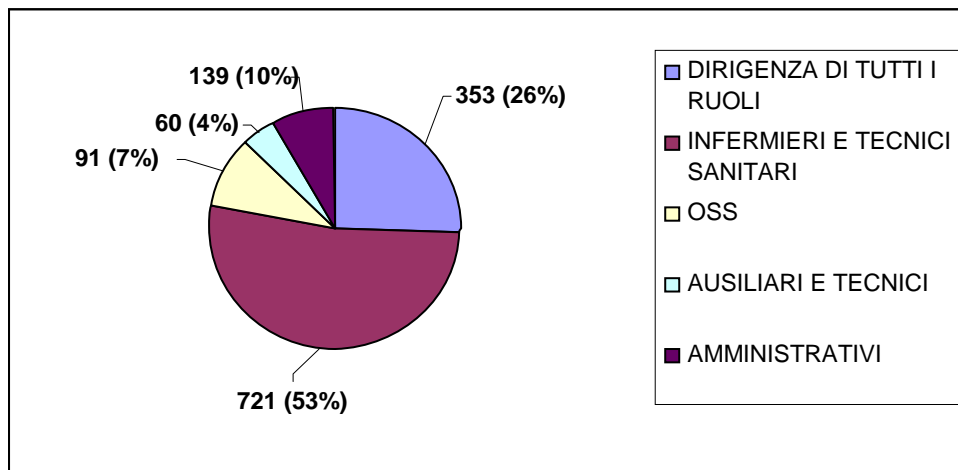
La tabella seguente riporta il personale in servizio per unità operativa a fine 2018 relativa al solo presidio ospedaliero di Avellino.

<b>PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2018</b>						
<b>UNITA' OPERATIVA</b>	<b>DIRIGENTI</b>	<b>INFERMIERI E TECNICI</b>	<b>OSS</b>	<b>AMM.VI</b>	<b>ALTRI</b>	<b>TOTALE</b>
Allergologia e Immunologia Clinica	1	2	0	0	0	3
Patologia clinica	10	15	0	2	2	29
Anatomia Patologica	6	6	0	1	0	13
Anestesia e Rianimazione	31	29	1	0	1	62
Pneumologia	5	14	0	0	0	19
Cardiochirurgia	7	23	4	0	0	34
Anestesia T.I. CCH	6	13	2	0	0	21
Cardiologia e UTIC	16	44	4	1	0	65
Cardiologia Riabilitativa	1	4	0	0	0	5
Chirurgia d'Urgenza	9	14	2	0	0	25
Chirurgia Generale	10	19	5	0	0	34
Chirurgia Vascolare	1	4	0	0	0	5
Dermatologia e Dermochirurgia	5	9	1	0	0	15
Dietologia e Nutrizione Clinica	2	2	1	0	0	5
Ecografia	2	6	0	0	0	8
Ematologia con TMO	3	3	1	0	0	7
Fisiopatologia del dolore	10	31	3	0	0	44
Fisiopatologia della riproduzione	1	4	0	0	0	5
Gastroenterologia	4	3	1	0	0	8
Genetica Medica	6	8	1	0	0	15
Geriatrics	2	2	0	0	0	4
Ginecologia Sociale e Preventiva	10	24	4	0	0	38
Servizio Immunotrasfusionale	1	4	0	0	0	5
Laboratorio Genetica Medica	6	12	2	0	0	20
Malattie Infettive	4	4	0	0	1	9
Medicina d'Urgenza	6	12	1	0	0	19
Medicina Interna	6	15	2	0	0	23
Medicina Nucleare	9	12	1	0	0	22
Microbiologia e Virologia	5	10	0	0	0	15
Nefrologia	4	8	0	1	0	13
Patologia Neonatale e TIN	7	30	3	0	0	40
Neurochirurgia	5	15	1	0	0	21
Neurologia	7	17	2	0	0	26
Neuropsichiatria Infantile	10	20	2	0	0	32
Neuroradiologia	1	1	0	0	0	2
Oculistica	4	5	0	0	0	9
Oncologia Medica	9	22	3	0	0	34
Ortopedia e Traumatologia	9	12	2	0	0	23
Ostetricia e Ginecologia	7	22	4	0	0	33
Otorinolaringoiatria	12	51	11	0	0	74
Pediatria	6	10	1	0	0	17

Pronto Soccorso	7	17	3	0	0	27
Radiologia	14	23	11	0	1	49
Radioterapia	15	29	2	2	2	50
Centrale operativa STIE 118	7	7	0	0	1	15
Unità Fegato	0	14	0	0	0	14
Urologia	2	7	0	0	0	9
Blocco operatorio	10	21	5	0	1	37
Direzione Generale	0	13	5	0	0	18
Direzione Amministrativa	4	5	0	5	2	16
Direzione Sanitaria	12	1	0	82	23	118
<b>TOTALE</b>	<b>353</b>	<b>721</b>	<b>91</b>	<b>139</b>	<b>60</b>	<b>1.364</b>

Complessivamente le risorse umane così distinte:

- la **dirigenza** è costituita da **353** unità (25,88% del personale), ripartita fra area medica e dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa
- il restante personale, pari a **1.011** unità (74,12%), è rappresentato nel **comparto**, distinto tra: infermieri e tecnici sanitari 721 unità; OSS 91 unità; ausiliari e tecnici 60 unità; amministrativi 139 unità.



Nella tabella successiva è, invece, riportato il personale in servizio al Presidio Ospedaliero di Solofra, confluito nell'Azienda Ospedaliera "Moscati" il 1° ottobre 2018.

<b>P.O. "LANDOLFI" - PERSONALE IN SERVIZIO</b>						
<b>UNITA' OPERATIVA</b>	<b>DIRIGENTI</b>	<b>INFERMIERI E TECNICI</b>	<b>OSS</b>	<b>AMM.VI</b>	<b>ALTRI</b>	<b>TOTALE</b>
BLOCCO OPERATORIO	-	9	3	-	1	13
PS E OSSERVAZIONE BREVE	1	14	2	-	-	17
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9	10	-	-	-	19
CHIRURGIA	11	2	-	-	-	13
DIALISI	2	6	-	-	-	8
DIREZIONE SANITARIA	1	8	-	5	8	22
FARMACIA	2	-	1	1	1	5
LABORATORIO ANALISI	7	9	1	-	1	18
MEDICINA	9	9	2	-	-	20
ORTOPEDIA	7	14	2	-	-	23
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7	20	3	-	-	30
PEDIATRIA	8	12	2	-	-	22
RADIOLOGIA	6	11	1	-	-	18
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>70</b>	<b>124</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>228</b>

## 2.5 Le attività di ricovero

Le prestazioni di ricovero ordinario e day hospital/day surgery erogate nell'anno 2018 sono indicate nella tabella che segue.

UNITA' OPERATIVA	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	NUMERO	PESO MEDIO	CASI	ACCESSI
Allergologia e Immunologia Clinica	0	0	107	800
Anestesia e Rianimazione	159	3,29	0	0
Pneumologia	443	1,32	72	312
Cardiochirurgia	165	4,24	0	0
Anestesia e Terapia Intensiva CCH	54	5,03	0	0
Cardiologia	1.713	1,81	71	101
UTIC	57	1,56	0	0
Cardiologia Riabilitativa	92	0,81	190	1.310
Chirurgia d'urgenza	379	1,34	6	10
Chirurgia Generale	457	1,91	82	164
Breast Unit	452	1,11	369	726
Chirurgia Vascolare	357	1,95	111	169
Dermatologia e Dermochirurgia	0	0	250	497
Diabetologia e Nutrizione Clinica	0	0	9	55
Ematologia con TMO	457	2,51	757	8.652
Fisiopatologia del dolore	0	0	0	0
Fisiopatologia della riproduzione	0	0	353	1.273
Gastroenterologia	100	0,91	311	320
Genetica Medica	0	0	0	0
Geriatria	639	1,18	27	173
Ginecologia Sociale e Preventiva	0	0	1.073	2.150
Servizio Immunotrasfusionale	0	0	0	0
Malattie Infettive	393	1,09	173	742
Medicina d'Urgenza	510	1,22	0	0
Medicina Interna	558	1,12	70	873
Nefrologia	509	1,25	17	67
Patologia Neonatale	248	1,53	0	0
Neonatologia	891	0,17	0	0
Terapia intensiva neonatale	38	6,21	0	0
Neurochirurgia	602	1,70	192	412
Neurologia	651	1,20	18	30
Neuropsichiatria Infantile	0	0	11	184
Oculistica	660	0,82	360	1.039
Oncologia Medica	606	0,97	1.267	11.127
Ortopedia e Traumatologia	901	1,47	252	467
Ostetricia e Ginecologia	1.900	0,64	233	402
Otorinolaringoiatria	499	0,87	199	456
Pediatria	1.036	0,56	110	192
Unità Fegato	221	1,50	39	104
Urologia funzionale	0	0	131	269
Urologia	1.200	0,99	1.532	2.055
<b>TOTALE</b>	<b>16.947</b>	<b>1,24</b>	<b>8.392</b>	<b>35.131</b>

Si segnala il livello di performance raggiunto dalle unità operative aziendali nel corso dell'anno 2018, attestato da un peso medio dei ricoveri ordinari salito dall'1,23 del 2017 a 1,24 e analiticamente verificato nel prospetto di confronto che segue.

<b>PESO MEDIO DEI RICOVERI ORDINARI - CONFRONTO ANNI 2017/2018</b>			
<b>DISCIPLINA</b>	<b>PESO MEDIO 2017</b>	<b>PESO MEDIO 2018</b>	<b>DIFFERENZA</b>
Anestesia e Rianimazione	3,77	3,29	-0,48
Pneumologia	1,22	1,32	0,10
Cardiochirurgia	4,00	4,24	0,24
Anestesia e Terapia Intensiva CCH	6,04	5,03	-1,01
Cardiologia	1,79	1,81	0,02
UTIC	1,74	1,56	-0,18
Cardiologia Riabilitativa	0,75	0,81	0,06
Chirurgia d'Urgenza	1,64	1,34	-0,30
Chirurgia Generale	1,39	1,91	0,52
Breast Unit	1,09	1,11	0,02
Chirurgia Vascolare	1,98	1,95	-0,03
Dermatologia e Dermochirurgia	0,54	0	-0,54
Ematologia con TMO	2,88	2,51	-0,37
Fisiopatologia del dolore	1,05	0	-1,05
Gastroenterologia	0,99	0,91	-0,08
Geriatrica	1,15	1,18	0,03
Malattie Infettive	1,17	1,09	-0,08
Medicina d'Urgenza	1,28	1,22	-0,06
Medicina Interna	1,07	1,12	0,05
Nefrologia	1,21	1,25	0,04
Patologia Neonatale	0,71	1,53	0,82
Neonatologia	0,16	0,17	0,01
Terapia intensiva neonatale	7,02	6,21	-0,81
Neurochirurgia	1,73	1,70	-0,03
Neurologia	1,13	1,20	0,07
Oculistica	0,81	0,82	0,01
Oncologia Medica	1,00	0,97	-0,03
Ortopedia e Traumatologia	1,45	1,47	0,02
Ostetricia e Ginecologia	0,64	0,64	0,00
Otorinolaringoiatria	0,89	0,87	-0,02
Pediatria	0,52	0,56	0,04
Unità Fegato	1,52	1,50	-0,02
Urologia	1,06	0,99	-0,07
<b>PESO MEDIO AZIENDA</b>	<b>1,23</b>	<b>1,24</b>	<b>0,01</b>

## 2.6 Le prestazioni diagnostiche

L'attività diagnostica rappresenta una funzione rilevante nell'ambito delle attività aziendali, e si esplica sia come prestazione a favore dei ricoverati che come attività ambulatoriale per esterni.

Ovviamente la prima riveste un rilievo maggiore, in quanto è fondamentale che gli esami per gli interni vengano svolti con tempismo, anche ai fini della riduzione della degenza dei ricoveri e del perseguimento dei livelli di efficienza.

Per l'attività ambulatoriale esterna, l'azienda è impegnata alla costanza sorveglianza del rispetto dei tempi medi di attesa e delle classi di priorità nell'accesso definiti dalla Regione per l'esecuzione di alcune prestazioni ad elevato impatto sociale (nel campo oncologico, materno-infantile, cardiologico, ecc.)

### SERVIZI DIAGNOSTICI: PRESTAZIONI ANNO 2018

	PER INTERNI	PER ESTERNI	TOTALE
PATOLOGIA CLINICA	1.636.207	196.304	1.832.511
ANATOMIA PATOLOGICA	17.895	17.918	35.813
ECOGRAFIA	11.156	2.132	13.288
MEDICINA NUCLEARE	1.069	2.572	3.641
MICROBIOLOGIA VIROLOGIA	51.421	12.282	63.703
NEURORADIOLOGIA	8.571	3.775	12.346
RADIOLOGIA	55.691	15.314	71.005
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.782.010</b>	<b>250.297</b>	<b>2.032.307</b>

Di seguito si riporta il dettaglio relativo alle principali metodiche radiologiche:

PRESTAZIONI	PER INTERNI	PER ESTERNI	TOTALE
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	34.226	2.977	37.203
ANGIOGRAFIA	384	-	384
MAMMOGRAFIA	1.865	3.135	5.000
TC	18.051	7.090	25.141
RM	1.054	1.550	2.604
<b>TOTALE</b>	<b>55.691</b>	<b>15.314</b>	<b>71.005</b>

## 2.7 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.

Le fonti principali sono costituite dai dati desumibili dalle schede di dimissione ospedaliera, che 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 drgs. 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 2018.

<b>RICOVERI RAGGRUPPATI PER CATEGORIE DIAGNOSTICHE</b>				
<b>CATEGORIE DIAGNOSTICHE MAGGIORI (MDC)</b>	<b>ORD.</b>	<b>DH</b>	<b>TOTALE</b>	<b>%</b>
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	2.636	440	3.076	11,8
Gravidanza, parto e puerperio	1.591	969	2.560	9,8
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1.708	457	2.165	8,9
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	613	1762	2.375	8,7
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.358	792	2.150	7,9
Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.672	72	1.744	6,7
Malattie e disturbi apparato digerente	1.093	435	1.528	5,6
Malattie e disturbi sistema nervoso	1.231	71	1.302	4,8
Malattie e disturbi periodo perinatale	1.275	0	1.275	4,7
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	525	641	1.166	4,3
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	547	532	1.079	3,8
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	375	608	983	3,6
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	370	614	984	3,6
Malattie e disturbi occhio	636	270	906	3,3
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	732	25	757	2,8
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	498	197	695	2,6
Malattie infettive e parassitarie	465	5	470	1,7
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	192	249	441	1,6
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	125	183	308	1,1
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	179	46	225	0,8
Malattie e disturbi mentali	161	66	227	0,8
DRG non classificati	139	155	294	1,1
<b>T O T A L E (dimessi escluso transitati)</b>	<b>18.121</b>	<b>8.589</b>	<b>26.710</b>	<b>100</b>

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 (11,8%)
- 2. gravidanza, parto e puerperio (9,8%)
- 3. malattie del sistema muscolo-scheletrico (8,9%)
- 4. malattie mieloproliferative e neoplasie (8,7%)
- 5. malattie del rene e delle vie urinarie (7,9%)
- 6. malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (6,7%)
- 7. malattie dell'apparato digerente (5,6%)
- 8. malattie e disturbi del sistema nervoso (4,8%).



## 2.8 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, indicando per ciascun drg è indicata numerosità dei casi e percentuale sul totale dei ricoveri. La casistica prevalente è evidenziata dall'ordine decrescente di frequenza:

- i primi 30 drgs di tipo medico per numerosità delle dimissioni
- i primi 30 drgs di tipo chirurgico per numerosità delle dimissioni.

<b>FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO</b>			
<b>DRG</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DIMESSI</b>	<b>%</b>
391	Neonato normale	977	9,45
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	679	6,57
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	618	5,98
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	400	3,87
316	Insufficienza renale	394	3,81
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	311	3,01
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	290	2,80
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	227	2,20
127	Insufficienza cardiaca e shock	220	2,13
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	187	1,81
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	164	1,59
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	156	1,51
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	149	1,44
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	141	1,36
090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	138	1,33
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	126	1,22
390	Neonati con altre affezioni significative	110	1,06
464	Segni e sintomi senza CC	104	1,01
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	102	0,99
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	92	0,89
208	Malattie delle vie biliari senza CC	90	0,87
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	87	0,84
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	85	0,82
033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	84	0,81
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	82	0,79
379	Minaccia di aborto	80	0,77
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	79	0,76
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	76	0,74
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	75	0,73
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente, età < 18 anni	69	0,67
<b>ALTRE PATOLOGIE DI RICOVERO CON NUMERO DI CASI INFERIORE A 69</b>		<b>3.948</b>	<b>38,18</b>
<b>TOTALE DRG MEDICI</b>		<b>10.340</b>	<b>100</b>

I ricoveri di tipo medico in regime ordinario nell'anno 2018 hanno rappresentato il 57,06% del totale (10.340 su 18.121). La maggior quota di dimissioni è stata rilevata per i seguenti interventi:

- neonati normali (977 casi, pari al 9,45%)
- parto vaginale (679 casi, pari al 6,57%)
- edema polmonare e insufficienza respiratoria (618 casi, pari al 5,98%)
- emorragia o infarto cerebrale (400 casi, pari al 3,87%)
- insufficienza renale (394 casi, pari al 3,81%)
- chemioterapia per leucemia acuta (311 casi, pari al 3,01%)
- malattie cardiovascolari eccetto infarto (290 casi, pari al 2,80%).

<b>FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO CHIRURGICO</b>			
<b>DRG</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DIMESSI</b>	<b>%</b>
371	Parto cesareo senza CC	462	5,94
311	Interventi per via transuretrale senza CC	378	4,86
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	359	4,61
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	303	3,89
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	254	3,26
558	Interv. sistema cardiovasc. via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiov. maggiore	248	3,19
557	Interv. sistema cardiovasc. via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiov. maggiore	242	3,11
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	223	2,87
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	211	2,71
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	190	2,44
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	178	2,29
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	170	2,18
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	162	2,08
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	139	1,79
056	Rinoplastica	134	1,72
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	119	1,53
104	Interventi su valvole cardiache e altri interv. maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	115	1,48
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	112	1,44
036	Interventi sulla retina	109	1,40
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	90	1,16
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	89	1,14
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	85	1,09
305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	83	1,07
038	Interventi primari sull'iride	72	0,93
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	72	0,93
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	71	0,91
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interv. maggiori su articolazioni senza CC	71	0,91
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	70	0,90
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	69	0,89
518	Int. sistema cardiovasc. via percutanea senza inserzione stent in arteria coronarica senza IMA	65	0,84
<b>Altre patologie di ricovero (numero di casi inferiore a 65)</b>		2.836	36,45
<b>TOTALE DRG CHIRURGICI</b>		<b>7.781</b>	<b>100</b>

I ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario nell'anno 2018 hanno rappresentato il 42,94% del totale (7.781 su 18.121 casi). La maggior quota di dimissioni è stata rilevata per i seguenti interventi:

- parti cesarei (462 casi, pari al 5,94%)
- interventi per via transuretrale (378 casi, pari al 4,86%)
- interventi su utero non per neoplasie maligne (359 casi, pari al 4,61%)
- interventi su dorso e collo (303 casi, pari al 3,89%)
- interventi su strutture intraoculari (254 casi, pari al 3,26%)
- interventi sistema cardiovascolare (248 casi, pari al 3,19%).

## 2.9 Le attività di Pronto Soccorso

La nostra Azienda condivide le difficoltà operative e organizzative comuni a tutte le 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.

I dati seguenti rappresentano in modo evidente l'impegno costante che gli operatori del settore, ma anche le strutture diagnostiche, sono chiamati a fornire quotidianamente.

<b>ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO (ANNO 2018)</b>	
<b>CASI ACCETTATI</b>	<b>47.191</b>
<i>DI CUI RICOVERATI</i>	<i>9.819</i>
<i>DIMESSI</i>	<i>37.372</i>
<b>TRASFERITI AD ALTRA STRUTTURA</b>	<b>150</b>
<b>DECEDUTI</b>	<b>53</b>
<b>PRESTAZIONI ESEGUITE</b>	<b>72.994</b>
<b>ESAMI ESEGUITI</b>	<b>316.430</b>

## 2.10 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 in regime di ricovero ordinario in strutture dell'ambito provinciale o regionale diverse da quelle di residenza.

Si manifesta attraverso due fenomeni opposti:

- **mobilità passiva o migrazione sanitaria** dei pazienti verso istituti di ricovero e cura localizzati in regioni diverse da quella di residenza (espressa attraverso l'**indice di fuga**)

- **mobilità attiva** (espressa dall'**indice di attrazione**) rappresenta il numero di pazienti che si fanno curare in un determinato istituto ubicato in una regione differente da quella di residenza.

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 2018.

DIMISSIONI PER RESIDENZA ANNO 2018		
Regione	N. Casi	% sul totale
PIEMONTE	23	0,09
VALLE D'AOSTA	2	0,01
LOMBARDIA	45	0,17
TRENTINO-ALTO ADIGE	1	0,00
VENETO	7	0,03
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	0,02
LIGURIA	6	0,02
EMILIA-ROMAGNA	30	0,11
TOSCANA	18	0,07
UMBRIA	8	0,03
MARCHE	6	0,02
LAZIO	154	0,58
ABRUZZO	14	0,05
MOLISE	23	0,09
CAMPANIA (PROVINCIA AV)	16.858	63,13
CAMPANIA (PROVINCIA BN)	714	2,67
CAMPANIA (PROVINCIA CE)	662	2,48
CAMPANIA (PROVINCIA SA)	3.189	11,94
CAMPANIA (PROVINCIA NA)	4.645	17,40
PUGLIA	92	0,34
BASILICATA	71	0,27
CALABRIA	65	0,24
SICILIA	22	0,08
SARDEGNA	4	0,01
ALTRO	38	0,14
<b>TOTALE</b>	<b>26.703</b>	<b>100</b>

Dei casi complessivamente trattati in ricovero ordinario, il 63,13% (16.858 casi su 26.703) ha riguardato utenti della provincia di Avellino. Seguono nell'ordine:

- la provincia di Napoli con il 17,40%
- la provincia di Salerno con l'11,94%
- la provincia di Benevento con il 2,67%
- la provincia di Caserta con il 2,48%.

Gli utenti da altre regioni hanno rappresentato il 2,24% e lo 0,14% dei ricoveri sono stati per cittadini di altre nazioni.

### 3. GLI OBIETTIVI DEL COMPARTO

Per il personale del comparto, la valutazione annuale collegata all'erogazione del fondo di produttività collettiva è basata sul raggiungimento degli obiettivi di performance definiti attraverso specifici progetti annuali predisposti da coordinatori dell'assistenza infermieristica e tecnica, e dai titolari di posizione organizzativa sanitari, tecnici e amministrativi.

Inoltre, nell'ambito del fondo della produttività di comparto sono stati finanziati ulteriori progetti relativi ad aree di attività a rilevante valenza strategica (come l'emergenza) o che presentano particolari situazioni di criticità che richiedono impegni aggiuntivi alle ordinarie prestazioni. Tali progetti, condivisi con le Organizzazioni Sindacali di categoria, sono stati individuati dal vertice aziendale con il Collegio di Direzione.

Sono state poste le premesse perché il sistema premiante possa essere ponderato sulla base del contributo individuale offerto dal dipendente, anche in relazione alla natura del ruolo e dei livelli di responsabilità ricoperti. Ciò sarà effettuato sulla base di una valutazione effettuata dal coordinatore/responsabile che tenga in considerazione le seguenti dimensioni:

- flessibilità e disponibilità a garantire le esigenze di servizio
- puntualità e fattiva partecipazione alle riunioni e agli audit
- raggiungimento dei livelli quali-quantitativi di prestazioni affidati
- osservanza delle direttive e dei protocolli.

Per la correttezza del percorso, è indispensabile garantire la preventiva condivisione degli obiettivi e dell'impegno atteso da parte di ciascun operatore e, a consuntivo, utilizzare criteri ed indicatori oggettivi per misurare le diverse dimensioni coinvolte.

L'Azienda è impegnata ad implementare il collegamento tra risultati della performance individuale e sistema premiante; esso deve rappresentare una leva di gestione del personale di fondamentale importanza all'interno dell'organizzazione, in quanto finalizzata ad orientarne i comportamenti creando l'opportunità per tutti gli operatori di riflettere sul proprio operato e dunque migliorare il livello professionale. In tal senso, deve essere percepita non come adempimento amministrativo, ma come attività gestionale e strategica, svolta attraverso l'integrazione tra diversi uffici e con una prospettiva di crescita continua. Ovviamente, la performance individuale (e quindi il livello di competenza professionale attestata attraverso indicatori certi) dovrà rappresentare il criterio fondamentale non solo ai fini della produttività, ma anche per l'accesso alle progressioni di carriera orizzontali e per l'attribuzione di posizioni organizzative e incarichi di coordinamento.

#### 4. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Il sistema di valutazione è un processo consolidato che fa capo all'**Organismo Indipendente di Valutazione** supportato dal **Controllo di Gestione**. I processi di valorizzazione dell'impegno dei dipendenti sono strutturati in modo da misurare la *performance individuale e collettiva* non solo in termini di contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi economici definiti attraverso le schede di budget ma anche per gli aspetti relazionali, di collaborazione con i colleghi, disponibilità al cambiamento e all'innovazione. Gli ambiti di valutazione della performance rientrano nei seguenti ambiti:

- **area gestionale**: riguarda esclusivamente il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche, e che quindi è responsabile direttamente dei risultati di gestione;
- **area cognitiva**, inerente al **pensiero strategico** o capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termini di scenari evolutivi; al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi; alla **flessibilità**, o capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione; all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, che coinvolge la capacità di decidere, assumendo la responsabilità in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni; la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il lavoro proprio e quello degli altri; l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, per prevenire l'insorgere del problema; l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi; la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi a nuovi 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;
- **negoiazione**, che si esplica nella capacità di concludere le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso; le **reti relazionali** indispensabili per attivare i 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.

#### 4.1 La valutazione dei risultati ai fini dell'incentivazione alla produttività

I criteri di verifica atti a certificare la capacità del singolo nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, assegnati in sede di contrattazione di budget alla struttura in cui presta servizio, costituiscono lo strumento che permette di determinare la quota incentivante individuale, desumibile dalla somma del peso assegnato a ciascun indicatore di risultato.

Per la dirigenza medica e sanitari nell'anno 2018 sono stati individuati i seguenti obiettivi e il relativo peso (variabile tra le unità operative con posti letto ed i servizi diagnostici):

PESO DEGLI INDICATORI DI RISULTATO			
TIPOLOGIA DI OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	PESO	
		REPARTI	SERVIZI
ECONOMICO	MARGINE OPERATIVO = RAPPORTO COSTI/FATTURATO INDIVIDUATO CON LA SCHEDA DI BUDGET (DA SOTTOSCRIVERE)	30	30
PRESTAZIONALE	ALLINEAMENTO AGLI STANDARD QUALITATIVI DELL'ASSISTENZA = INDICATORI GRIGLIA LEA (ALLEGATO A DGRC 426/2017)	15	5
	ASSICURARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, ADOTTANDO LA CORRETTA TIPOLOGIA DI PERCORSO ASSISTENZIALE (ALLEGATO B DGRC 426/2017); INDICATORI AGENAS	20	10
	OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI	15	35
	RENDICONTAZIONE MENSILE ATTIVITA' ALPI	5	15
	CORRETTA/COMPLETA CODIFICA DI CARTELLE CLINICHE E SDO E RISPETTO DELLA TEMPISTICA DI CHIUSURA	10	-
	SCARICO DEI BENI SANITARI ATTRAVERSO LA PROCEDURA INFORMATICA SILOR	5	5

Al fine del collegamento delle schede di budget con il sistema premiante, la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali, per la determinazione della quota di risultato di ogni singola unità operativa, viene fatta in base al numero dei dirigenti all'interno della struttura e alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi. In continuità con il metodo applicato negli anni precedenti, sono previste fasce di risultato, come indicato nella seguente griglia di valutazione:

- risultato pieno (100%) per le strutture che abbiano realizzato l'obiettivo previsto o che abbiano registrato uno scostamento negativo fino al 10% rispetto al budget concordato;
- risultato pari al 90% per le strutture che abbiano registrato uno scostamento negativo compreso fra il 10% e il 20% e conseguente decurtazione del 10% della quota di risultato;
- risultato pari all'80% per le strutture che abbiano registrato uno scostamento negativo superiore al 20% e conseguente decurtazione del 20% della quota di risultato.

## 5. RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Il ciclo della performance relativo all'anno 2018 ha avuto inizio con l'aggiornamento annuale del Piano triennale della Performance 2017-2019 (Delibera n. 180 del 28/02/2017) e con la sottoscrizione del budget delle unità operative.

Attraverso il processo di contrattazione, gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione aziendale sono stati articolati in obiettivi operativi e assegnati ai Centri di Responsabilità tramite il sistema di budget.

### 5.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Le strategie aziendali per il triennio 2017-2019, emerse in rapporto al contesto e agli indirizzi programmatici definiti dalla Regione con l'aggiornamento al Piano di programmazione della rete ospedaliera, sono state finalizzate a:

- ridefinire il posizionamento dell'Azienda;
- aumentare l'efficacia organizzativa e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli operativi (ulteriore adozione e diffusione del **Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali** per le principali patologie.) Il processo è stata fortemente voluta dalla Direzione Sanitaria ed ha coinvolto direttori di dipartimento e referenti delle strutture interessate;
- sviluppare l'identità dell'Azienda e il senso di appartenenza;
- garantire la sicurezza di pazienti e operatori attraverso un sistema di regole.

Per ciascuna strategia sono stati definiti obiettivi specifici e percorsi per conseguire i risultati attesi.

Per quanto riguarda gli obiettivi regionali, il monitoraggio ha comportato momenti di confronto presso la Regione Campania a conclusione di ciascun trimestre.

### Il metodo di valutazione

Il metodo di valutazione finale della performance aziendale è diverso per gli obiettivi assegnati dalla Regione e per gli obiettivi aziendali definiti dall'azienda stessa.

La valutazione finale degli **obiettivi assegnati dalla Regione** viene effettuata nell'ambito della valutazione dell'attività dei Direttori Generali, che ricomprende i seguenti ambiti:

- **obiettivi di carattere generale**: raggiungimento dell'equilibrio economico, rispetto dei tempi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012 per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato, costante monitoraggio dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria, continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- **obiettivi specifici di natura preliminare**, corrispondenti agli indicatori della "Griglia LEA";
- **ulteriori obiettivi tematici**, oggetto di monitoraggio regionale per alcuni aspetti relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Relativamente agli **obiettivi aziendali**, la performance è calcolata come somma della percentuale di raggiungimento dei corrispondenti obiettivi di budget assegnati ai Centri di Responsabilità.



## IL COSTO DEL PERSONALE

Il costo del personale per l'anno 2018 ammonta a € 83.461.000 con un aumento del 4,08% rispetto all'anno precedente, come evidenziato nella successiva tabella:

COSTO DEL PERSONALE (CONFRONTO ANNI 2017-2018)			
RUOLO	ANNO 2017	ANNO 2018	DIFFERENZA
SANITARI	69.170.000	72.388.000	+ 3.218.000
PROFESSIONALI	242.000	218.000	- 24.000
TECNICI	6.122.000	5.912.000	- 210.000
AMMINISTRATIVI	4.651.000	4.943.000	+ 292.000
<b>TOTALE</b>	<b>80.185.000</b>	<b>83.461.000</b>	<b>+ 3.276.000</b>

L'incremento ha interessato principalmente il personale sanitario ed è effetto del maggior numero di dipendenti a seguito dell'accorpamento del presidio ospedaliero di Solofra a partire dal 1° ottobre 2018; in misura ridotta è aumentato anche il numero di dipendenti del ruolo amministrativo.

## LA PRODUZIONE

Il tariffato complessivo dell'attività di ricovero (ordinari più day hospital) è leggermente cresciuto nel corso del 2018, come evidenziato nel successivo prospetto:

TIPOLOGIA DI RICOVERO	ANNO 2017	ANNO 2018	DIFFERENZA
ORDINARI	70.505.000	70.008.000	- 497.000
DAY HOSPITAL	16.053.000	16.848.000	+ 795.000
<b>TOTALE</b>	<b>86.558.000</b>	<b>86.856.000</b>	<b>+ 298.000</b>

Il **valore dei ricoveri ordinari** 2018 ha registrato una lieve flessione rispetto al 2017 (meno € 497.000), ampiamente recuperata da quello dei **ricoveri di day hospital e day surgery** (incremento di € 795.000). Questo dato è da valutare molto positivamente in quanto segnala il trasferimento di parte dell'attività di ricovero verso modalità assistenziali più appropriate.

Il peso medio complessivo dei ricoveri ordinari è passato da 1,23 a 1,24. La migliore performance in termini di **complessità assistenziale** ha interessato molte unità operative chirurgiche.

## 5.2 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano della Performance 2018 sono stati assegnati alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali tramite il processo di budget che vede un ruolo rilevante dei Direttori di Dipartimento. In particolare, è stata effettuata una fase di pre-incontri per l'esame delle problematiche evidenziate dai responsabili delle unità operative. Questo ha richiesto un allungamento dei tempi di negoziazione, ma ha garantito uno scambio maggiore.

Il percorso di assegnazione degli obiettivi ha seguito i seguenti passaggi:

- L'UOC Controllo di Gestione, secondo le indicazioni della Direzione Strategica e con il supporto delle strutture competenti, ha predisposto le proposte di schede di budget contenenti obiettivi e risorse declinati per Centro di Responsabilità.
- Le proposte di schede sono state presentate durante appositi incontri, dapprima con i Direttori di Dipartimento e quindi con tutti i Direttori delle UU.OO. corrispondenti ai Centri di Responsabilità. Questi incontri, svoltisi con tutte le UU.OO. aggregate per Dipartimento, hanno consentito di condividere le schede, eventualmente modificandole o integrandole tenendo conto delle proposte dei Responsabili di Unità Operativa; le schede di budget sono state sottoscritte dalla Direzione Strategica, dal Direttore di Dipartimento e dal Responsabile dell'unità operativa.
- Ai fini del monitoraggio dei risultati intermedi, il Controllo di Gestione ha reso disponibili ogni trimestre specifici *reports* con i principali dati e informazioni, e l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi sottoscritti.

La valutazione della dirigenza tiene conto dei risultati raggiunti al 31 dicembre 2018. I risultati, esaminati secondo i criteri previsti, competono all'Organismo Indipendente di Valutazione quale **valutatore di seconda istanza** che tiene conto del **giudizio di prima istanza** formulato – a secondo dei casi - dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dal direttore di dipartimento.

La valutazione tiene conto di eventuali motivazioni note all'Azienda o segnalate dai Centri di Responsabilità che hanno influito sul mancato pieno raggiungimento degli obiettivi, non imputabili ad inefficiente gestione dell'unità operativa.

La valutazione del comparto è effettuata sulla base delle relazioni predisposte dai coordinatori infermieristici, tecnici e amministrativi, relative ai progetti "qualitativi" realizzati nel corso dell'anno.

## 6. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI E LA “GRIGLIA LEA”

Tra gli obiettivi individuati per l'anno 2018 hanno rivestito un ruolo strategicamente molto rilevante quelli inerenti agli indicatori del Programma Nazionale Esiti e agli indici di appropriatezza assistenziale. La valutazione comparativa delle strutture sanitarie, effettuata da qualche anno dall'Agenzia Nazionale Sanitaria (Age.Na.S.) per conto del Ministero della Salute, rappresenta lo strumento che – attraverso una lista di indicatori - confronta l'offerta e l'accesso ai servizi sanitari.

Conseguentemente la Regione Campania ha assegnato alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere l'obiettivo di allineare la propria performance ai valori attesi per ciascun ambito di intervento.

Partendo da una situazione particolarmente negativa per alcuni indicatori, registrata in azienda nel corso degli anni precedenti, durante l'ultimo biennio la Direzione Sanitaria ha attuato interventi organizzativi e operativi per recuperare il gap tra i valori ritenuti ottimali e quelli riscontrati in azienda.

Di seguito si riportano i dati di confronto tra i principali indicatori PNE relativi agli anni 2017 e 2018, che attestano il positivo risultato complessivo della performance aziendale, conseguito attraverso un ampio programma di condivisione delle finalità e di implementazione di processi virtuosi che hanno comportato la piena adesione di dirigenti medici e operatori sanitari:

### a) L'angioplastica primaria

PAZIENTI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GG. CON IMA-STEMI				
Valore atteso	N. 2017	% 2017	N. 2018	% 2018
Min. 60%	235	70	333	86,49

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% per struttura la quota minima di angioplastiche coronariche percutanee da effettuare entro 90 minuti dall'accesso in pronto soccorso di pazienti con IMA STEMI.

La percentuale di pazienti trattati al Moscati nei tempi indicati risulta superiore al valore atteso.

### b) Gli interventi di By-Pass aorto-coronarico

PERCENTUALE DI MORTALITA' A 30 GG. DOPO BY-PASS AORTOCORONARICO				
Valore atteso	Numero 2017	% 2017	Numero 2018	% 2018
Max. 4%	12	10,10	6	5

L'intervento di *by-pass aorto-coronarico* (BPAC) consiste nella sostituzione del tratto dell'arteria coronarica compromessa da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso che permette di aggirare l'ostruzione. È indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata.

I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente ma si stima che in un paziente in buone condizioni generali e senza gravi malattie il rischio di decesso sia intorno al 2%.

L'esito a breve termine rappresenta un indicatore di qualità dell'attività della strutture di Cardiocirurgia. La valutazione è relativa al BPAC isolato, cioè non associato ad altri selezionati interventi cardiocirurgici. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati.

Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 4% per struttura la mortalità massima a 30 giorni dopo intervento di bypass aortocoronarico isolato. Il valore relativo al Moscati non si scosta molto da tale standard.

### c) Altri interventi dell'area cardiocircolatorio

PERCENTUALE DI MORTALITA' A 30 GG. DAL RICOVERO PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO			
Numero 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
27	11,48	36	19,04

PERCENTUALE DI MORTALITA' A 30 GG. DOPO VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE				
Valore atteso	Numero 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
Max. 4%	4	10	5	6,3

### d) Nervoso

PERCENTUALE DI MORTALITA' A 30 GG. DAL PRIMO RICOVERO PER ICTUS ISCHEMICO			
Numero 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
38	13,86	36	13,28

### e) La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

MORTALITA' A 30 GG. DAL RICOVERO PER BPCO			
Numero 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
17	15,74	4	5,19

La BPCO, come malattia cronica e invalidante, è molto diffusa nel nostro paese, ma spesso sottovalutata anche dal paziente, che nonostante presenti tosse cronica ed espettorato o difficoltà di respiro, anche da lungo tempo, non parla dei suoi sintomi con il medico se non quando questi incidono in modo evidente sullo svolgimento delle sue normali attività quotidiane.

La BPCO non si può guarire nel senso stretto del termine, perché le lesioni determinatesi a livello dell'apparato respiratorio sono generalmente irreversibili. Tuttavia esistono trattamenti che consentono al paziente di convivere al meglio con la sua condizione di malato cronico respiratorio. Seguire i trattamenti prescritti dal medico e modificare il proprio stile di vita, soprattutto per quanto riguarda l'abitudine al fumo di sigaretta, è inoltre la sola possibilità esistente per prevenire l'aggravamento della malattia, le riacutizzazioni, la loro gravità e la loro frequenza.

### f) Le Colicistectomie Laparoscopiche

PERCENTUALE DI INTERVENTI DI COLICISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			
Numero 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
104	66,24	124	81,58

L'intervento di colecistectomia può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia), ma nei casi non complicati è la colecistectomia per via laparoscopica ad essere considerata il "gold standard". Non c'è, comunque, una significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Secondo la letteratura medica, la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni.

La “*Degenza post-operatoria entro 3 giorni*” è dunque ritenuto un indicatore corretto per verificare la buona performance delle strutture. Essendo calcolati sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questi indicatori non possono tener conto dell’eventuale conversione dall’intervento laparoscopico a quello laparotomico. Infine, poiché in letteratura è noto che esiste un’eterogeneità di offerta degli interventi effettuati in laparoscopia tra strutture e popolazioni, dovuta in parte a fattori come l’età, la gravità della colelitiasi o le comorbidità dei pazienti, viene definito l’indicatore “Proporzione di colecistectomie laparoscopiche” che misura la percentuale di interventi effettuati in laparoscopia. Le proporzioni di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 66,24% del 2016 all’81,58% del 2017, con un aumento dei casi da 104 a 124 nell’ultimo anno.

### g) I Parti Cesarei

PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI				
Valore atteso	N. 2016	% 2016	N. 2017	% 2017
Tra 20,01% e 24%	320	33,54	210	23,17

La proporzione di *parti effettuate con taglio cesareo* è uno degli indicatori di qualità più frequentemente usato a livello internazionale per verificare la qualità di un sistema sanitario. Questo perché un basso ricorso al cesareo risulta sempre associato a una pratica clinica più appropriata, mentre diversi studi suggeriscono che una parte dei tagli cesarei è eseguita per “ragioni non mediche”. L’indicatore viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo), essendo altissima la probabilità (superiore al 95%) per le donne con pregresso cesareo di partorire di nuovo con questa procedura.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata in quanto - rispetto a quello naturale - comporta maggiori rischi per la mamma e il bambino e pertanto dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. Il Ministero della Salute, nel regolamento sugli standard qualitativi e quantitativi dell’assistenza ospedaliera, fissa al 24% la quota massima di cesarei primari per le unità operative di Ginecologia con più di 1.000 parti all’anno (nella nostra Azienda si registrano in media 1200-1300 parti all’anno). Inoltre, le evidenze scientifiche segnalano l’associazione tra volumi di parti ed esiti di salute per la mamma e il bambino (l’esito positivo aumento con il numero di parti).

L’UOC di Ostetricia e Ginecologia del Moscati ha progressivamente migliorato gli indici di performance per tale indicatore e la percentuale di parti cesarei è scesa nel corso dell’ultimo anno dal 33,54% al 23,17%.

Inoltre, risulta ridottissimo il numero di complicanze riscontrate durante il parto (sia naturale che cesareo), come evidenziato nelle seguenti tabelle:

### h) Altri indicatori dell’area ginecologica

COMPLICANZE MATERNE SEVERE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO (PARTO NATURALE)			
N. 2016	% 2016	N. 2017	% 2017
15	2,33	3	0,42

COMPLICANZE MATERNE SEVERE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO (PARTO CESAREO)			
N. 2016	% 2016	N. 2017	% 2017
38	7,32	4	1,01

## i) Gli interventi per frattura del collo-femore

PERCENTUALE DI PAZIENTI > A 65 ANNI OPERATI ENTRO 2 GG. DAL RICOVERO				
Valore atteso	N. 2016	% 2016	N. 2017	% 2017
> 60%	33	17,46	111	58,73

Le *fratture del collo del femore* sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana e tra le donne. Le linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore in tali casi sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Gli studi dimostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e disabilità del paziente; di conseguenza, le raccomandazioni sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore dall'ingresso in ospedale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente.

L'esito osservato è l'intervento chirurgico entro 48 ore (differenza tra data di intervento e data del ricovero minore o uguale a 2 gg.) a seguito di frattura del femore. Il Moscati ha registrato nell'ultimo biennio un repentino miglioramento della percentuale di interventi effettuati entro i tempi indicati; il valore del quarto trimestre 2017 è in linea con la soglia.

## l) Il tumore della mammella

NUMERO DI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DELLA MAMMELLA		
Valore atteso	Anno 2016	Anno 2017
Min. 150 interventi per anno	253 interventi	371 interventi

Per le Breast Unit, il Ministero della Salute individua - per gli interventi chirurgici - la soglia minima in 150 interventi/anno. Tale soglia è ampiamente superata presso la nostra Azienda (tra le prime strutture in ambito regionale per numero di interventi per tumore alla mammella).

## m) Il tumore del colon e del retto

NUMERO DI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL COLON		
Valore atteso	Anno 2016	Anno 2017
Min. 50 interventi per anno	68	66

NUMERO DI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL RETTO		
Valore atteso	Anno 2016	Anno 2017
Min. 30 interventi per anno	32	53

Gli interventi di tumore del colon e del retto sono superiori al numero atteso. Nel corso dell'ultimo anno, sono stati 66 gli interventi al colon rispetto alla soglia prevista di 50 interventi/anno; e 53 gli interventi al retto rispetto alla soglia minima di 30 interventi/anno.

## GLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Di seguito si riportano i risultati conseguiti nel corso dell'anno 2018 in ordine agli obiettivi di appropriatezza assistenziale assegnati dalla Regione, secondo l'Allegato B ("Obiettivi tematici") della delibera n. 426/2017, che integrano gli indicatori dell'Allegato A (cosiddetta "Griglia Lea") precedentemente analizzati:

RICOVERI ORDINARI IN ETA' PEDIATRICA PER ASMA E GASTROENTERITE			
Valore atteso	Numero 2017	Numero 2018	% riduzione
Standard -30%	19	10	-47,37

RICOVERI ORDINARI IN ETA' ADULTA PER DIABETE, BPCO, SCOMPENSO CARDIACO			
Valore atteso	Numero 2017	Numero 2018	% riduzione
Standard -10%	382	335	-12,30

RIDUZIONE DEI RICOVERI IN DAY HOSPITAL DIAGNOSTICI			
Valore atteso	Numero 2017	Numero 2018	% riduzione
	557	532	-4,49

RIDUZIONE DEGLI ACCESSI DIURNI DI TIPO MEDICO			
Valore atteso	Numero 2017	Numero 2018	% riduzione
	26.225	25.371	-3,26

RIDUZIONE ACCESSI DIURNI DI TIPO MEDICO ESCLUSE ONCOLOGIA E EMATOLOGIA			
Valore atteso	Numero 2017	Numero 2018	% riduzione
	7.683	5.786	-24,69

RAPPORTO TRA RICOVERI ORDINARI INAPPROPRIATI E APPROPRIATI		
Valore di riferimento	Anno 2017	Anno 2018
< = 0,21	0,20	0,18

Si ribadisce che nell'ambito degli interventi per garantire l'appropriatezza delle attività, l'Azienda ha ridefinito con delibera n. 897 del 3.11.2017 l'organizzazione e le funzioni dei Nuclei di Controllo previsti da alcune norme regionali, al fine di:

- implementare un processo virtuoso per il perseguimento di elevati standards di qualità e di efficienza, in affiancamento agli ordinari compiti di vigilanza, estendendo;
- estendere il contenuto dei controlli sull'appropriatezza clinica e prescrittiva;
- implementare un programma di controllo sugli esiti delle cure.

Il provvedimento ha comportato l'istituzione dei seguenti gruppi di lavoro:

- il **Nucleo Operativo di Controllo Centrale**, al quale sono affidati i compiti di controllo della produzione sanitaria; operare in raccordo con altre attività di controllo interne all'Azienda; mettere a sistema tutte le attività di controllo e di promozione della qualità e dell'appropriatezza operanti nell'AO Moscati;
- il **Nucleo per l'Appropriatezza Farmaceutica**, che è chiamato ad effettuare controlli sistematici sui farmaci oncologici ad alto costo, a rendicontazione tramite File F utilizzando la scheda sull'appropriatezza allegata al DCA n. 15/2009; a verificare l'appropriatezza organizzativa del Centro Prescrittore e a campione l'appropriatezza clinica e farmaceutica delle prescrizioni anche in relazione ai DCA subentranti emanati dalla Regione Campania, aventi ad oggetto l'appropriatezza prescrittiva;
- il **Nucleo Operativo di Controllo Ospedaliero**, per verificare gli aumenti artificiali delle prestazioni erogate (dimissioni anticipate e frazionamento improprio dei casi); la selezione della casistica

trattata; la diversa rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate; l'inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e in genere della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni; l'ingiustificata frequenza, nella casistica trattata, degli episodi di ricovero classificati come anomali, in base ai criteri di cui alla vigente normativa; ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione.