



UOC CONTROLLO DI GESTIONE

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 825 DEL 09 OTT. 2018

PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente delibera è stata:

- affissa all'albo pretorio ~~online~~ di questa Azienda Ospedaliera il 10 OTT. 2018

e spedita per i provvedimenti di competenza al:

- Collegio Sindacale

con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Giunta Regionale

con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE

L'anno duemiladiciotto, il giorno 09 OTT. 2018

del mese di 09 OTT. 2018, nella sede dell'Azienda

Ospedaliera S. Giuseppe Moscati – Avellino, il Direttore

Generale, dott. Angelo PERCOPO, nominato con D.P.G.R.C.

n. 178 dell'1/8/2016, coadiuvato dal Direttore Sanitario

dott.ssa Maria Concetta CONTE e dal Direttore

Amministrativo dott. Antonio PASTORE, ha assunto il

seguente provvedimento:

OGGETTO

APPROVAZIONE RELAZIONE SULLA  
PERFORMANCE ANNO 2017

La presente delibera è diventata esecutiva:

per il decorso termine di giorni dieci dalla data di pubblicazione all'albo di questa A. O. ai sensi dell'art. 35, Comma 6, L.R.C. n. 32/94.

per il decorso termine di giorni 40 ai sensi dell'art. 35, Commi 4 e 5, della L.R.C. n. 32/94.

per approvazione da parte della Giunta Regionale con delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi dell'Art 35 L.R.C. 32/94.

Avellino, \_\_\_\_\_

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e degli atti richiamati nelle premesse che seguono, e per espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa resa a mezzo di sottoscrizione della presente deliberazione, il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione dott. Renato MAINOLFI

**PREMESSO** che l'art. 10 del D. Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 8 del D.Lgs. 74 del 25/05/2017, impone alle amministrazioni pubbliche l'adozione di un documento che evidenzi, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati;

**VISTA** la Delibera CIVIT n. 5/2012 e ss.mm.ii. che definisce le Linee guida relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs 150/2009;

**VISTI** la delibera del Direttore Generale n. 750/2017 con la quale è stata approvata la disciplina della retribuzione di risultato per il comparto, nonché gli atti con i quali sono stati sottoscritti gli obiettivi di budget e i risultati prestazionali per la dirigenza;

**RILEVATO** che con delibera n. 180 del 28/02/2017 è stato approvato il "Piano Triennale delle Performance 2017-2019" dell'A.O. S. G. Moscati di Avellino;

**RILEVATA** la necessità di redigere la Relazione sulla Performance coerentemente alla logica della rendicontazione esterna, evidenziando i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati dalla Regione ed alle risultanze economico-finanziarie della gestione;

**TENUTO CONTO** che il D.Lgs n. 33/2013, all'art. 10, c. 8, lett. b) come modificato dal D.Lgs 97/2016, pone l'obbligo per le amministrazioni di pubblicare la Relazione sulla Performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale, denominata "Amministrazione Trasparente";

**RILEVATO** che la Relazione in oggetto, predisposta dall'UOC Controllo di Gestione è stata, come prescritto, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione in data 25/09/18;

#### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato

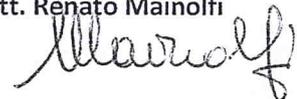
**DI APPROVARE** l'allegata "Relazione sulla performance anno 2017" dell'AO S. G. Moscati di Avellino, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione in data 25/09/18;

**DI PUBBLICARE** la stessa sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente";

**DI DARE MANDATO** all'UOC Affari Generali di trasmettere copia della deliberazione al Collegio Sindacale.

Il Direttore UOC Controllo di Gestione

Dott. Renato Mainolfi



**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(D.P.G.R.C. n. 178 dell'1/8/2016)**

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dalla UOC Controllo di Gestione, nonché della dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede;

Condivise le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del Direttore proponente;

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

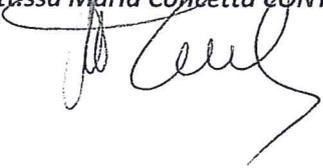
**DELIBERA**

**DI APPROVARE** l'allegata "Relazione sulla performance anno 2017" dell'AO S. G. Moscati di Avellino, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione in data 25/09/18;

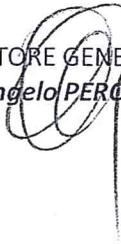
**DI PUBBLICARE** la stessa sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente";

**DI DARE MANDATO** all'UOC Affari Generali di trasmettere copia della deliberazione al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE SANITARIO  
*Dott.ssa Maria Concetta CONTE*



IL DIRETTORE GENERALE  
*Dott. Angelo PERCOPO*



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
*Dott. Antonio PASTORE*



AZIENDA OSPEDALIERA  
"S. GIUSEPPE MOSCATI" – AVELLINO

CONTROLLO DI GESTIONE

RELAZIONE  
SULLA  
PERFORMANCE  
ANNO 2017

---

# 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 I POSTI LETTO DISPONIBILI	7
	2.3 LE RISORSE FINANZIARIE	9
	2.4 LE RISORSE UMANE	10
	2.5 LE ATTIVITA' DI RICOVERO	13
	2.6 LE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	15
	2.7 EPIDEMIOLOGIA	16
	2.8 DISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA PER TIPOLOGIA DI RICOVERO	17
	2.9 LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	19
	2.10 DIMISSIONI PER RESIDENZA	20
<b>3.</b>	<b>GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI E LA GRIGLIA LEA</b>	<b>21</b>
	a. L'ANGIOPLASTICA PRIMARIA	21
	b. GLI INTERVENTI DI BYPASS AORTO-CORONARICO	21
	c. ALTRI INTERVENTI DELL'AREA CARDIOCIRCOLATORIO	21
	d. NERVOSO	22
	e. LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	22
	f. LE COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	22
	g. I PARTI CESAREI	23
	h. ALTRI INDICATORI DELL'AREA GINECOLOGICA	23
	i. GLI INTERVENTI PER FRATTURA DEL COLLO FEMORE	24
	l. IL TUMORE DELLA MAMMELLA	24
	m. IL TUMORE DEL COLON E DEL RETTO	24
	GLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA	25
<b>4.</b>	<b>GLI OBIETTIVI DEL COMPARTO</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE</b>	<b>28</b>
	5.1 LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI AI FINI DELL'INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	29
<b>6.</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI</b>	<b>31</b>
	6.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI	31
	6.2 GLI OBIETTIVI OPERATIVI	32

## 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 da conseguire nell'anno 2017, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nei seguenti documenti:

- Piano della Performance 2017-2019 (adottato con delibera n. 180 del 28.02.2017)
- Documento di Direttive 2017, approvato dal Collegio di Direzione e condiviso dai Direttori di Dipartimento con i Responsabili delle unità operative
- Budget 2017 delle unità operative (le finalità economiche, a conclusione del processo di incontri di contrattazione, sono state sottoscritte nelle seguenti date: Cardiovascolare 24/05, Servizi Sanitari 25/05, Emergenza e Accettazione 25/05, Medicina Generale e Specialistica 24/05, Chirurgia Generale e Specialistica 24/05, Materno-Infantile 25/05, Onco-Ematologico 25/05).

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 DERMOCIRURGIA
			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 I posti letto disponibili

Secondo la programmazione regionale, il Moscati dispone di 562 posti letto:

DIPARTIMENTO	POSTI LETTO
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	72
CARDIOVASCOLARE	60
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	181
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	97
MATERNO-INFANTILE	70
ONCO-EMATOLOGICO	64
SPDC (PSICHIATRIA)	18
<b>TOTALE</b>	<b>562</b>

Nell'anno 2017 i posti letto effettivamente utilizzati sono stati i seguenti:

DISCIPLINA	ORDINARI	DH/DS	TOTALE
PEDIATRIA	8	5	13
PATOLOGIA NEONATALE	7	0	7
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	0	4
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	38	3	41
GINECOLOGIA SOCIALE E PREVENTIVA	0	8	8
<b>DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE</b>	<b>57</b>	<b>16</b>	<b>73</b>
ONCOLOGIA	14	13	27
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO DI MIDOLLO	20	5	25
<b>DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>52</b>
RIANIMAZIONE	10	0	10
MEDICINA D'URGENZA	16	0	16
CHIRURGIA D'URGENZA	12	2	14
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	4	22
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>	<b>56</b>	<b>6</b>	<b>62</b>
MEDICINA INTERNA	21	2	23
UNITA' FEGATO	9	2	11
GERIATRIA	29	3	32
GASTROENTEROLOGIA	2	2	4
MALATTIE INFETTIVE	20	2	22
NEFROLOGIA	16	4	20
NEUROLOGIA	20	2	22
DERMATOLOGIA E DERMOCIRURGIA	0	2	2
PNEUMOLOGIA E RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	10	2	12
<b>DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA</b>	<b>127</b>	<b>21</b>	<b>148</b>
CARDIOLOGIA	20	2	22
UTIC	10	0	10
CARDIOCHIRURGIA	11	0	11
ANESTESIA TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	6	0	6

CHIRURGIA VASCOLARE	7	1	8
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	4	2	6
<b>DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>63</b>
CHIRURGIA GENERALE	26	3	29
UROLOGIA	22	4	26
NEUROCHIRURGIA	15	1	16
OCULISTICA CON TRAPIANTO DI CORNEA	10	7	17
OTORINOLARINGOIATRIA	7	3	10
<b>DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA</b>	<b>80</b>	<b>18</b>	<b>98</b>
<b>TOTALE PL</b>	<b>412</b>	<b>84</b>	<b>496</b>

## 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 2017) Schema ministeriale DM 11/02/2002

<b>Valore della produzione</b>		<b>207.027.000</b>
1) – Contributi in conto esercizio		77.425.000
2) – Proventi e ricavi diversi		121.726.000
3) – Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche		461.000
4) – Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		1.630.000
5) – Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio		5.563.000
6) – Altri ricavi e proventi		222.000
<b>Costi della produzione</b>		<b>193.830.000</b>
1) – Acquisti di beni		50.682.000
2) – Acquisti di servizi		33.012.000
- <i>acquisti servizi sanitari</i>		10.609.000
- <i>acquisti di servizi non sanitari</i>		22.403.000
3) – Manutenzioni e riparazioni		8.242.000
4) – Godimento beni di terzi		1.168.000
5) – Personale sanitario		69.170.000
6) – Personale professionale		242.000
7) – Personale tecnico		6.122.000
8) – Personale amministrativo		4.651.000
9) – Oneri diversi di gestione		872.000
10) – Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali		26.000
11) – Ammortamento dei fabbricati		2.820.000
12) – Ammortamento delle immobilizzazioni materiali		2.717.000
13) – Svalutazione dei crediti		0
14) – Variazione delle rimanenze		4.001.000
15) – Accantonamenti dell'esercizio		10.105.000

## 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.).

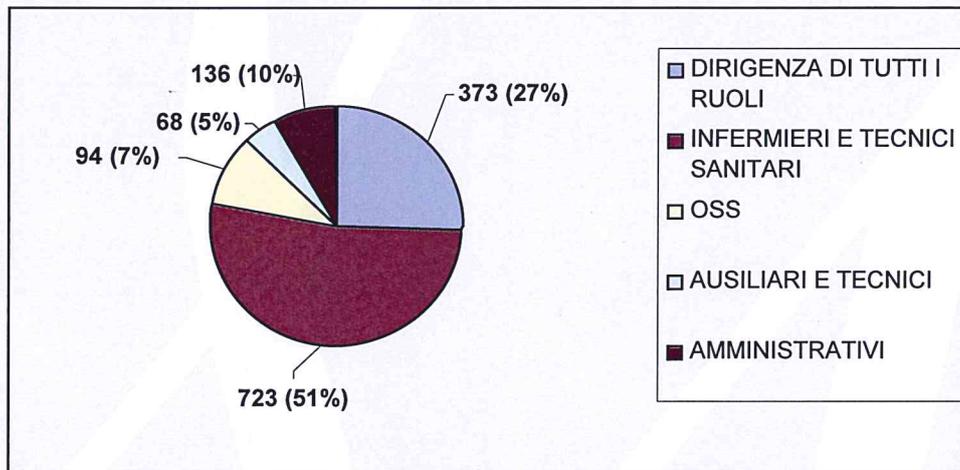
La tabella seguente riporta il personale in servizio per unità operativa a fine 2017.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2017						
UNITA' OPERATIVA	DIRIGENTI	INFERMIERI E TECNICI	OSS	AMM.VI	ALTRI	TOTALE
Allergologia e Immunologia Clinica	1	2	0	0	0	3
Patologia clinica	14	16	0	2	3	35
Anatomia Patologica	4	6	0	1	0	11
Anestesia e Rianimazione	35	28	1	0	1	65
Pneumologia	4	12	0	0	0	16
Cardiochirurgia	8	25	4	0	0	37
Anestesia T.I. CCH	7	13	2	0	0	22
Cardiologia e UTIC	17	42	4	1	0	64
Cardiologia Riabilitativa	1	4	0	0	0	5
Chirurgia d'Urgenza	13	16	2	0	0	31
Chirurgia Generale	7	18	5	0	0	30
Chirurgia Vascolare	6	8	1	0	0	15
Dermatologia e Dermochirurgia	3	3	1	0	0	7
Dietologia e Nutrizione Clinica	3	6	0	0	0	9
Ecografia	3	3	1	0	0	7
Ematologia con TMO	9	30	4	0	0	43
Fisiopatologia del dolore	1	5	1	0	0	7
Fisiopatologia della riproduzione	2	3	1	0	0	6
Gastroenterologia	5	8	1	0	0	14
Genetica Medica	2	2	0	0	0	4
Geriatrics	13	26	4	0	0	43
Ginecologia Sociale e Preventiva	1	4	0	0	0	5
Servizio Immunotrasfusionale	8	12	2	0	0	22
Laboratorio Genetica Medica	3	5	0	0	1	9
Malattie Infettive	5	12	1	0	0	18
Medicina d'Urgenza	8	14	2	0	0	24
Medicina Interna	8	11	1	0	0	20
Medicina Nucleare	5	10	0	0	0	15
Microbiologia e Virologia	4	8	0	1	0	13
Nefrologia	8	29	4	0	0	41
Patologia Neonatale e TIN	6	19	1	0	0	26
Neurochirurgia	8	18	2	0	0	28
Neurologia	10	17	3	0	0	30
Neuropsichiatria Infantile	1	2	0	0	0	3
Neuroradiologia	4	5	0	0	0	9
Oculistica	9	22	3	0	0	34
Oncologia Medica	9	12	2	0	0	23
Ortopedia e Traumatologia	10	23	5	0	0	38
Ostetricia e Ginecologia	14	55	11	0	1	81
Otorinolaringoiatria	6	10	1	0	0	17
Pediatria	7	15	3	0	0	25
Pronto Soccorso	15	24	11	0	1	51

Radiologia	16	31	2	2	2	53
Radioterapia	6	7	0	0	1	14
Centrale operativa STIE 118	0	14	0	0	0	14
Unità Fegato	4	7	0	0	0	11
Urologia	12	20	5	0	1	38
Blocco operatorio	0	16	3	0	2	21
Direzione Generale	4	5	0	5	2	16
Direzione Amministrativa	12	1	0	82	23	118
Direzione Sanitaria	12	19	0	42	30	103
<b>TOTALE</b>	<b>373</b>	<b>723</b>	<b>94</b>	<b>136</b>	<b>68</b>	<b>1.394</b>

Complessivamente le risorse umane così distinte:

- la **dirigenza** è costituita da **373** unità (26,76% del personale), ripartita fra area medica e dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa
- il restante personale, pari a **1.021** unità (73,24%), è rappresentato nel **comparto**, distinto tra: infermieri e tecnici sanitari 723 unità; OSS 94 unità; ausiliari e tecnici 68 unità; amministrativi 136 unità.



Si segnala che nel corso dell'anno è stata predisposta l'ipotesi di Definizione del fabbisogno di personale" elaborata sulla base dei criteri approvati con il decreto regionale 67/2016. La sottostima di personale in servizio è evidente dal confronto tra l'attuale dotazione e quella che spetterebbe al Moscati in base alle indicazioni regionali, come sinteticamente riportato nel successivo prospetto:

<b>FABBISOGNO COMPLESSIVO DI PERSONALE (DCA 67/2016)</b>	
MEDICI PER ASSISTENZA AI DEGENTI	224
MEDICI PER I SERVIZI DIAGNOSTICI	30
MEDICI PER IL PRONTO SOCCORSO	15
MEDICI PER LA SALA OPERATORIA I)	29
MEDICI PER AMBULATORI	75
<b>TOTALE MEDICI</b>	<b>373</b>
DIRIGENTI SANITARI (BIOLOGI, ECC.)	16
FARMACISTI	9
<b>TOTALE DIRIGENTI SANITARI</b>	<b>25</b>
INFERMIERI PER ASSISTENZA AI DEGENTI	520
INFERMIERI PER I SERVIZI SENZA PL	60
INFERMIERI PER LA SALA OPERATORIA	58
TRIAGE, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, ECC.	104
OSTETRICHE	10
<b>TOTALE INFERMIERI</b>	<b>752</b>
TECNICI-SANITARI	104
RIABILITAZIONE	26
<b>TOTALE TECNICI-SANITARI</b>	<b>130</b>
OSS PER ASSISTENZA AI DEGENTI	128
OSS PER SUPPORTO ALL'ASSISTENZA	13
<b>TOTALE OSS</b>	<b>141</b>
RUOLO PROFESSIONALE	6
RUOLO TECNICO	77
RUOLO AMMINISTRATIVO	165
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.669</b>

## 2.5 Le attività di ricovero

Le prestazioni di ricovero ordinario e day hospital/day surgery erogate nell'anno 2017 sono indicate nella tabella che segue.

UNITA' OPERATIVA	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	NUMERO	PESO MEDIO	CASI	ACCESSI
Allergologia e Immunologia Clinica	0	0	94	732
Anestesia e Rianimazione	168	3,77	0	0
Pneumologia	315	1,22	95	457
Cardiochirurgia	194	4,00	0	0
Anestesia e Terapia Intensiva CCH	48	6,04	0	0
Cardiologia	1.476	1,79	60	109
UTIC	124	1,74	0	0
Cardiologia Riabilitativa	104	0,75	216	1.264
Chirurgia d'urgenza	407	1,64	32	74
Chirurgia Generale	1.000	1,39	380	707
Chirurgia Vascolare	380	1,98	113	235
Dermatologia e Dermochirurgia	11	0,54	134	261
Diabetologia e Nutrizione Clinica	0	0	12	75
Ematologia con TMO	408	2,88	735	7.019
Fisiopatologia del dolore	184	1,05	546	2.481
Fisiopatologia della riproduzione	0	0	444	1.623
Gastroenterologia	101	0,99	346	402
Genetica Medica	0	0	64	289
Geriatrics	719	1,15	33	161
Ginecologia Sociale e Preventiva	0	0	1.098	2.117
Servizio Immunotrasfusionale	0	0	212	437
Malattie Infettive	378	1,17	153	661
Medicina d'Urgenza	452	1,28	0	0
Medicina Interna	505	1,07	62	1.001
Nefrologia	550	1,21	42	101
Patologia Neonatale	249	0,71	0	0
Neonatologia	893	0,16	0	0
Terapia intensiva neonatale	51	7,02	0	0
Neurochirurgia	628	1,73	97	115
Neurologia	626	1,13	39	52
Neuropsichiatria Infantile	0	0	38	765
Oculistica	805	0,81	1.113	4.044
Oncologia Medica	590	1,00	1.224	11.559
Ortopedia e Traumatologia	702	1,45	176	317
Ostetricia e Ginecologia	1.940	0,64	249	435
Otorinolaringoiatria	606	0,89	201	425
Pediatria	938	0,52	60	98
Unità Fegato	227	1,52	28	74
Urologia	1.383	1,06	1.571	1.970
<b>TOTALE</b>	<b>17.162</b>	<b>1,23</b>	<b>9.667</b>	<b>40.060</b>

Si segnala il livello di performance raggiunto dalle unità operative aziendali nel corso dell'anno 2017, attestato da un peso medio dei ricoveri ordinari salito dall'1,19 del 2016 a 1,23 e analiticamente verificato nel prospetto di confronto che segue.

<b>PESO MEDIO DEI RICOVERI ORDINARI - CONFRONTO ANNI 2016/2017</b>			
<b>DISCIPLINA</b>	<b>PESO MEDIO 2016</b>	<b>PESO MEDIO 2017</b>	<b>DIFFERENZA</b>
Anestesia e Rianimazione	4,21	3,77	-0,44
Pneumologia	1,19	1,22	0,03
Cardiochirurgia	4,17	4,00	-0,17
Anestesia e Terapia Intensiva CCH	5,15	6,04	0,89
Cardiologia	1,71	1,79	0,08
UTIC	1,69	1,74	0,05
Cardiologia Riabilitativa	0,81	0,75	-0,06
Chirurgia d'Urgenza	1,96	1,64	-0,32
Chirurgia Generale	1,10	1,39	0,29
Chirurgia Vascolare	1,83	1,98	0,15
Dermatologia e Dermochirurgia	0,63	0,54	-0,09
Ematologia con TMO	2,46	2,88	0,42
Fisiopatologia del dolore	0,91	1,05	0,14
Gastroenterologia	0,90	0,99	0,09
Geriatrics	1,11	1,15	0,04
Malattie Infettive	1,09	1,17	0,08
Medicina d'Urgenza	1,21	1,28	0,07
Medicina Interna	1,05	1,07	0,02
Nefrologia	1,29	1,21	-0,08
Patologia Neonatale	0,88	0,71	-0,17
Terapia intensiva neonatale	6,16	7,02	0,86
Neurochirurgia	1,70	1,73	0,03
Neurologia	1,09	1,13	0,04
Oculistica	0,83	0,81	-0,02
Oncologia Medica	0,96	1,00	0,04
Ortopedia e Traumatologia	1,34	1,45	0,11
Ostetricia e Ginecologia	0,64	0,64	0
Otorinolaringoiatria	0,86	0,89	0,03
Pediatria	0,56	0,52	-0,04
Unità Fegato	1,53	1,52	-0,01
Urologia	1,06	1,06	0
<b>PESO MEDIO AZIENDA</b>	<b>1,19</b>	<b>1,23</b>	<b>0,04</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 2017

	PER INTERNI	PER ESTERNI	TOTALE
PATOLOGIA CLINICA	1.635.973	189.876	1.825.849
ANATOMIA PATOLOGICA	17.159	15.704	32.863
ECOGRAFIA	10.731	2.072	12.803
MEDICINA NUCLEARE	1.124	2.897	4.021
MICROBIOLOGIA VIROLOGIA	56.594	11.676	68.270
NEURORADIOLOGIA	7.860	2.850	10.710
RADIOLOGIA	52.972	13.626	66.598
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.782.413</b>	<b>238.701</b>	<b>2.021.114</b>

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

PRESTAZIONI	PER INTERNI	PER ESTERNI	TOTALE
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	33.811	2.426	36.237
ANGIOGRAFIA	328	-	328
MAMMOGRAFIA	1.583	3.240	4.823
TC	16.037	6.652	22.689
RM	1.213	1.308	2.521
<b>TOTALE</b>	<b>52.972</b>	<b>13.626</b>	<b>66.598</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 2017.

<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	2.503	461	2.964	11,05%
Gravidanza, parto e puerperio	1.475	980	2.455	9,15%
Mal. e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	670	1.759	2.429	9,05%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.517	746	2.263	8,43%
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1.400	543	1.943	7,24%
Malattie e disturbi occhio	765	1.008	1.773	6,61%
Malattie e disturbi sistema nervoso	1.202	283	1.485	5,53%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.373	101	1.474	5,49%
Malattie e disturbi apparato digerente	991	450	1.441	5,37%
Malattie e disturbi periodo perinatale	1.193	0	1.193	4,45%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	390	688	1.078	4,02%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	595	422	1.017	3,79%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	251	666	917	3,42%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	450	392	842	3,14%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	602	180	782	2,91%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	694	31	725	2,70%
Mal. e disturbi sangue e disturbi sist. immunitario	159	410	569	2,12%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	272	122	394	1,47%
Malattie infettive e parassitarie	344	38	382	1,42%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	128	183	311	1,16%
Infezioni da HIV	10	134	144	0,54%
Malattie e disturbi mentali	45	70	115	0,43%
DRG non classificati	101	0	101	0,38%
Traumatismi multipli	26	0	26	0,10%
Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	7	0	7	0,03%
Ustioni	2	0	2	0,01%
<b>T O T A L E (dimessi escluso transitati)</b>	<b>17.165</b>	<b>9.667</b>	<b>26.832</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 (11,05%)
- 2. gravidanza, parto e puerperio (9,15%)
- 3. malattie mieloproliferative e neoplasie (9,05%)
- 4. malattie del rene e delle vie urinarie (8,43%)
- 5. malattie del sistema muscolo-scheletrico (7,24%)
- 6. malattie e disturbi dell'occhio (6,61%)

- 7. malattie e disturbi del sistema nervoso (5,53%)
- 8. malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (5,49%).

## 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.

FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO			
DRG	DESCRIZIONE	DIMESSI	%
391	Neonato normale	916	9,59
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	673	7,04
316	Insufficienza renale	401	4,20
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	395	4,13
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	358	3,75
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	274	2,87
125	Malattie cardiovascolari eccetto IMA, cateterismo e diagnosi non complicata	253	2,65
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	234	2,45
127	Insufficienza cardiaca e shock	224	2,34
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	161	1,69
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	151	1,58
298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	127	1,33
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto MIA, cateterismo e diagnosi complicata	124	1,30
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	124	1,30
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	122	1,28
390	Neonati con altre affezioni significative	107	1,12
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	99	1,04
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	93	0,97
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	90	0,94
090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	80	0,84
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	77	0,81
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	76	0,80
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	76	0,80
243	Affezioni mediche del dorso	73	0,76
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	71	0,74
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	71	0,74
464	Segni e sintomi senza CC	67	0,70
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	65	0,68
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	63	0,66
174	Emorragia gastrointestinale con CC	62	0,65
<b>ALTRE PATOLOGIE DI RICOVERO CON NUMERO DI CASI INFERIORE A 62</b>		<b>3.847</b>	<b>40,27</b>
<b>TOTALE DRG MEDICI</b>		<b>9.554</b>	<b>100</b>

I ricoveri di tipo medico in regime ordinario nell'anno 2017 hanno rappresentato il 55,66% del totale (9.554 su 17.165). La maggior quota di dimissioni è stata rilevata per i seguenti interventi:

- neonati normali (916 casi, pari al 9,59%)
- parto vaginale (673 casi, pari al 7,04%)
- insufficienza renale (401 casi, pari al 4,20%)
- edema polmonare e insufficienza respiratoria (395 casi, pari al 4,13%)
- emorragia o infarto cerebrale (358 casi, pari al 3,75%)
- chemioterapia per leucemia acuta (274 casi, pari al 2,87%)
- malattie cardiovascolari eccetto infarto (253 casi, pari al 2,65%).

<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	369	4,85
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	320	4,20
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	311	4,09
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	281	3,69
311	Interventi per via transuretrale senza CC	267	3,51
558	Int. sistema cardiovasc. per via percutanea con stent medicato senza diagnosi maggiore	234	3,07
557	Int. sistema cardiovasc. per via percutanea con stent medicato con diagnosi maggiore	228	3,00
310	Interventi per via transuretrale con CC	207	2,72
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	206	2,71
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	194	2,55
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	172	2,26
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	147	1,93
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	138	1,81
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	132	1,73
056	Rinoplastica	131	1,72
036	Interventi sulla retina	109	1,43
104	Int. sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104	1,37
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	102	1,34
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	99	1,30
304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	99	1,30
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	99	1,30
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	92	1,21
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	81	1,06
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	78	1,02
336	Prostatectomia transuretrale con CC	76	1,00
518	Int. sist. cardiovasc. per via percutanea senza stent nell'arteria coronarica senza IMA	72	0,95
038	Interventi primari sull'iride	70	0,92
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	67	0,88
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	65	0,85
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	65	0,85
<b>Altre patologie di ricovero (numero di casi inferiore a 65)</b>		2.996	39,36
<b>TOTALE DRG CHIRURGICI</b>		<b>7.611</b>	<b>100</b>

I ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario nell'anno 2017 hanno rappresentato il 44,34% del totale (7.611 su 17.165 casi). La maggior quota di dimissioni è stata rilevata per i seguenti interventi:

- parti cesarei (369 casi, pari al 4,85%)
- interventi su strutture intraoculari (330 casi, pari al 4,20%)
- interventi su dorso e collo (311 casi, pari al 4,09%)
- interventi su utero non per neoplasie maligne (281 casi, pari al 3,69%)
- interventi per via transuretrale (267 casi, pari al 3,51%)
- interventi sistema cardiovascolare (234 casi, pari al 3,07%).

## 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 2017)</b>	
<b>CASI ACCETTATI</b>	<b>41.743</b>
<i>DI CUI RICOVERATI</i>	<i>8.635</i>
<i>DIMESSI</i>	<i>33.108</i>
<b>TRASFERITI AD ALTRA STRUTTURA</b>	<b>113</b>
<b>DECEDUTI</b>	<b>59</b>
<b>PRESTAZIONI ESEGUITE</b>	<b>87.540</b>
<b>ESAMI ESEGUITI</b>	<b>393.708</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 2017.

DIMISSIONI PER RESIDENZA ANNO 2017		
Regione	N. Casi	% sul totale
PIEMONTE	17	0,063
VALLE D'AOSTA	0	0,000
LOMBARDIA	42	0,156
TRENTINO-ALTO ADIGE	4	0,015
VENETO	13	0,048
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	0,019
LIGURIA	2	0,007
EMILIA-ROMAGNA	19	0,071
TOSCANA	19	0,071
UMBRIA	10	0,037
MARCHE	2	0,007
LAZIO	181	0,673
ABRUZZO	16	0,059
MOLISE	24	0,089
CAMPANIA (PROVINCIA AV)	16.723	62,149
CAMPANIA (PROVINCIA BN)	668	2,483
CAMPANIA (PROVINCIA CE)	655	2,434
CAMPANIA (PROVINCIA SA)	3.138	11,662
CAMPANIA (PROVINCIA NA)	5.059	18,801
PUGLIA	117	0,435
BASILICATA	54	0,201
CALABRIA	67	0,249
SICILIA	21	0,078
SARDEGNA	4	0,015
ALTRO	48	0,178
<b>TOTALE</b>	<b>26.908</b>	<b>100</b>

Dei casi complessivamente trattati in ricovero ordinario, il 62,149% (16.723 casi su 26.908) ha riguardato utenti della provincia di Avellino. Seguono nell'ordine:

- la provincia di Napoli con il 18,801%
- la provincia di Salerno con il 11,662%
- la provincia di Benevento con il 2,483%
- la provincia di Caserta con il 2,434%.

Gli utenti da altre regioni hanno rappresentato il 2,293% e lo 0,178% dei ricoveri sono stati per cittadini di altre nazioni.

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

Tra gli obiettivi individuati per l'anno 2017 hanno rivestito un ruolo strategicamente molto rilevante quelli inerenti agli indicatori del Programma Nazionale Esiti e gli 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.

Partendo da una situazione di particolare disequilibrio nella nostra Azienda in ordine ad alcuni indicatori del PNE, nel corso dell'anno 2017 sono stati attuati interventi organizzativi e operativi per recuperare il gap tra i valori ritenuti ottimali e quelli riscontrabili in azienda.

Di seguito si riportano i dati di confronto tra i principali indicatori PNE relativi agli anni 2016 e 2017, che attestano il miglioramento 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. 2016	% 2016	N. 2017	% 2017
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 2016	% 2016	Numero 2017	% 2017
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 effettuati 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 2017 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 2016	Numero 2017	% riduzione
Riduzione 30% rispetto al 2016	39	19	- 51,28

RICOVERI ORDINARI IN ETA' ADULTA PER DIABETE, BPCO, SCOMPENSO CARDIACO			
Valore atteso	Numero 2016	Numero 2017	% riduzione
Riduzione 10% rispetto al 2016	502	382	- 29,30

RIDUZIONE DEI RICOVERI IN DAY HOSPITAL DIAGNOSTICI			
Valore atteso	Numero 2016	Numero 2017	% riduzione
Riduzione 30% rispetto al 2016	968	557	- 42,46

RIDUZIONE DEGLI ACCESSI DIURNI DI TIPO MEDICO*			
Valore atteso	Numero 2016	Numero 2017	% riduzione
Riduzione 25% rispetto al 2016	33.283	26.225	- 21,21

RIDUZIONE ACCESSI DIURNI DI TIPO MEDICO ESCLUSE ONCOLOGIA E EMATOLOGIA			
Valore atteso	Numero 2016	Numero 2017	% riduzione
Riduzione 25% rispetto al 2016	16.664	7.683	- 53,89

RAPPORTO TRA RICOVERI ORDINARI INAPPROPRIATI E APPROPRIATI		
Valore di riferimento	Anno 2016	Anno 2017
< = 0,21	0,21	0,19

\* Si precisa che la riduzione degli accessi diurni di tipo medico, realizzata attraverso il trasferimento della prestazione in regime ambulatoriale, è ampiamente superiore a quella prevista dall'obiettivo regionale se si escludono i day hospital di Oncologia ed Ematologia, in considerazione della particolare criticità dell'utenza di queste tipologie di prestazioni (soprattutto chemioterapie).

Si segnala 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.

Pertanto, sono stati istituiti:

- 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 artificiosi 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.

#### **4. 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.

## 5. 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 termine 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;
- **negoziiazione**, 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.

## 5.1 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 2017 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)	50	50
PRESTAZIONALE	ALLINEAMENTO AGLI STANDARD QUALITATIVI DELL'ASSISTENZA = INDICATORI D.M. 70/2015	20	20
	ASSICURARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, ADOTTANDO LA CORRETTA TIPOLOGIA DI PERCORSO ASSISTENZIALE	10	-
	OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI	10	25
	CORRETTA/COMPLETA CODIFICA DI CARTELLE CLINICHE E SDO E RISPETTO DELLA TEMPISTICA	10	-
	SVILUPPO DEL DAY SERVICE E DEI PACC	-	5

Obiettivi specifici sono stati formalizzati anche per i Direttori dei dipartimenti:

OBIETTIVI DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	PESO
1. SORVEGLIARE LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE E GARANTIRE LA TEMPESTIVA CHIUSURA DELLE STESSE	5
2. GARANTIRE LE DIMISSIONI ENTRO LE ORE 12:00	10
3. PORRE IN ESSERE GLI OPPORTUNI PROCESSI ORGANIZZATIVI PER CONSENTIRE LA RIDUZIONE DEL 20% DELLA DEGENZA MEDIA RISPETTO AL 2016	15
4. SORVEGLIARE IL RISPETTO DEI TETTI DI SPESA PER LE VOCI DI COSTO RIPORTATE NELLA SCHEDE DI BUDGET DELLE UNITA' OPERATIVE DEL DIPARTIMENTO	15
5. GARANTIRE LA GESTIONE DELLE UNITA' OPERATIVE IN OTTICA EFFETTIVAMENTE DIPARTIMENTALE (PERSONALE, POSTI LETTO, ATTREZZATURE, ECC.)	20
6. RELAZIONARE TRIMESTRALMENTE ALLA DIREZIONE GENERALE SULL'ANDAMENTO DELLE UNITA' OPERATIVE DEL DIPARTIMENTO	5
7. VERIFICARE L'APPROPRIATEZZA CLINICA DEGLI ACCESSI IN REPARTO SOTTO MONITORAGGIO PER I SINGOLI OBIETTIVI SPECIFICI	15
8. CURARE LA TEMPISTICA OPERATORIA, SENSIBILIZZARE IL PERSONALE RISPETTO ALLA TEMATICA ED AL RECUPERO DI APPROPRIATEZZA E QUANT'ALTRO PER L'AREA CLINICA DI COMPETENZA	5
9. ELABORARE IL PIANO DEL FABBISOGNO DELLE RISORSE (FARMACIA E INGEGNERIA CLINICA)	10

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 state adottate delle fasce per il collegamento dei risultati del budget individuale, 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.

## 6. RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Il ciclo della performance relativo all'anno 2017 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2017-2019 (Delibera n. 180 del 28/02/2017), seguito dall'approvazione del Documento di Direttive 2017 da parte del Collegio di Direzione e dalla 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.

### 6.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Le strategie aziendali per il triennio 2017-2019 sono emerse in rapporto al contesto e agli indirizzi programmatici definiti dalla Regione con il Piano di programmazione della rete ospedaliera 2016-2018, e quindi finalizzate a:

- definire il posizionamento dell'Azienda;
- aumentare l'efficacia organizzativa e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli operativi (in tale ottica, particolare rilievo è stato dato all'adozione e diffusione del **Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA)** 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** verrà fatta 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 2017 ammonta a € 80.185.000 ed è analogo a quello dell'anno precedente (+0,17%), come evidenziato nella successiva tabella.

COSTO DEL PERSONALE (CONFRONTO ANNI 2016-2017)			
RUOLO	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFFERENZA
SANITARI	68.587.000	69.170.000	+ 583.000
PROFESSIONALI	274.000	242.000	- 32.000
TECNICI	6.492.000	6.122.000	- 370.000
AMMINISTRATIVI	4.698.000	4.651.000	- 47.000
<b>TOTALE</b>	<b>80.051.000</b>	<b>80.185.000</b>	<b>+ 134.000</b>

La variazione si registra nell'incremento del costo e quindi nel numero di personale del ruolo sanitario (da 1.087 a 1.092 unità), con un decremento più significativo nel costo e numero di operatori tecnici (da 179 a 170 unità).

## La produzione

Il **valore dei ricoveri ordinari** 2017 è aumentato, rispetto al 2016, da € 68.222.893 a € 70.504.726 (con un incremento di € 2.281.833 pari a + 3,34%). La migliore performance è stata quella dell'area chirurgica (+ € 1.421.290 rispetto all'anno precedente, connesso al significativo innalzamento del peso medio dei ricoveri da 1,71 a 1,79 per la Cardiologia, da 1,83 a 1,98 per la Chirurgia Vascolare e da 5,15 a 6,04 per la Terapia Intensiva Cardiochirurgica); ma hanno contribuito soprattutto anche le unità operative del Dipartimento Onco-Ematologico (+ € 581.322, con un balzo del peso medio dei ricoveri in Ematologia da 2,46 a 2,88), del Dipartimento Cardiovascolare (+ € 413.482 rispetto all'anno precedente) e del DEA (+ € 375.72; in questo caso il miglioramento della performance è merito soprattutto del risultato registrato dell'UOC di Ortopedia e Traumatologia nel corso dell'ultimo trimestre del 2017).

Il **valore dell'attività in day hospital** è, invece, risulta passato da € 18.033.037 dell'anno 2016 a € 16.052.771. Occorre però precisare che il risultato 2017 deve essere integrato col fatturato relativo alle attività che sono state trasferite – per garantire l'appropriatezza del *setting* assistenziale – ai PACC per l'Oculistica (€ 1.340.383 ) e per l'Ortopedia (€ 66.282).

## 6.2 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano della Performance 2017 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 fase di valutazione della dirigenza ha tenuto conto dei risultati raggiunti al 31 dicembre 2017, esaminati secondo i criteri che sono stati proposti alla Direzione Generale da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta del 6 giugno 2018, al fine di assegnare un punteggio totale alle unità operative che hanno raggiunto i target e di graduarlo per le unità operative che si sono avvicinate alla soglia.

La valutazione ha inoltre tenuto conto in alcuni casi 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 stata effettuata sulla base delle relazioni predisposte dai coordinatori infermieristici, tecnici e amministrativi, relative ai progetti “qualitativi” realizzati nel corso dell’anno.
- I risultati sono stati certificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione in qualità di “valutatore di seconda istanza” e quindi tenendo conto del giudizio espresso dai “valutatori di prima istanza” (corrispondenti, a secondo dei casi, al Direttore Sanitario o Amministrativo, ai Direttori di dipartimento e ai Direttori e Responsabili delle strutture aziendali).

### ***Il processo di redazione della Relazione sulla performance***

*La presente relazione è stata predisposta dalla Direzione Controllo di Gestione, sulla base dell'elaborazione delle informazioni relative alla performance aziendale e ai risultati operativi trasmessi dalle competenti strutture. I tempi del processo di redazione della Relazione sulla performance seguiti sono stati definiti dal decreto legislativo 150/2009.*

*Il monitoraggio interno della performance aziendale si è concluso entro giugno 2018, mentre la valutazione da parte della Regione è ancora in corso.*

*Per quanto riguarda il monitoraggio finale dei risultati di budget dei Centri di Responsabilità, questo è stato inviato a tutti i Direttori di struttura prima degli incontri di budget 2018, svoltisi nel mese di aprile.*

*Tali incontri sono stati anche l'occasione per discutere eventuali criticità nel raggiungimento delle finalità dell'anno precedente, di cui si è tenuto conto nell'assegnazione degli obiettivi per il 2018.*

*I tempi indicati sono funzionali al rispetto delle data prevista per consentire all'Organismo Indipendente di Valutazione di esprimere la sua validazione sulla Relazione.*