

Azienda Ospedaliera
San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
Scuola Medica Salernitana

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

Documento redatto ai sensi ed in conformità al Decreto del Commissario ad *acta* della Regione Campania n. 49 del 27.09.2010





Sommario

Presentazione	4
Scopo e campo di applicazione del Piano Attuativo Aziendale	7
Il contesto normativo nazionale e regionale.	7
Presentazione dell'Azienda	12
La mission e la vision dell'Azienda	12
Il bilancio aziendale e gli obiettivi economici regionali	13
Il bilancio dei plessi ospedalieri di mercato San Severino, Da Procida di Salerno e Cava	15
Le risorse umane	16
Dati di attività	17
Le metodologie utilizzate: l'analisi epidemiologica e il recupero di appropriatezza	24
L'analisi epidemiologica	24
Il recupero dell'appropriatezza.....	24
Fonte dei dati.....	25
Principi guida della riorganizzazione: le reti cliniche e l'articolazione per intensità di cura	25
Struttura di presentazione delle reti	26
Le reti	27
La rimodulazione del sistema e della rete dell'emergenza - urgenza	27
La rete dell'emergenza cardiologica	28
La rete dell'ictus cerebrale acuto	34
La rete del Trauma Grave (trauma Center)	37
La rete materno infantile	41
La rete Oncologica.....	44
La rete delle cure psichiatriche	46
La riorganizzazione delle attività di Gastroenterologia	46
Il Piano di redistribuzione del personale	49
Politica degli investimenti	51
Il fabbisogno di attrezzature biomedicali.....	51
Gli interventi di edilizia sanitaria,.....	51
Il Progetto di informatizzazione.....	52
Il cronoprogramma.....	53
I posti letto assegnati alle singole UU.OO.....	54
ALLEGATI.....	55
Il contesto normativo nazionale	55
Il contesto normativo regionale – Leggi e Delibere di giunta.....	55
Il contesto normativo regionale – i decreti del commissario ad acta.....	55

Presentazione

Il riassetto della rete ospedaliera e territoriale della Regione Campania, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010, chiede, nella sua ampiezza e complessità, uno sforzo straordinario di pianificazione e di programmazione alle Aziende sanitarie.

Il presente Piano cerca di dar conto delle numerose problematiche sul tappeto che devono essere considerate altrettante sfide per le aziende e, al tempo stesso, individua alcune possibili soluzioni. L'esito di questo lavoro è un ridisegno dello sviluppo aziendale complessivo che vedrà attivamente impegnati i vari stakeholders per i prossimi anni.

- Il perimetro logico nel quale questa Azienda si troverà ad operare può essere così sintetizzato:*
- *un forte incremento di posti letto, che permetterà di sviluppare nuove linee di attività ed incrementare quelle esistenti;*
 - *l'accorpamento dei plessi ospedalieri di Mercato San Severino, Da Procida di Salerno e Cava de' Tirreni;*
 - *il completamento dell'iter procedurale di costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.*

Nell'ambito di questo perimetro è possibile tracciare, seppure sinteticamente, alcune traiettorie di attività e di sviluppo che sono anche elementi attraverso cui leggere e dare significato al presente Piano attuativo:

- *lo sviluppo dei modelli a rete sovra-aziendali - rete dell'emergenza-urgenza; rete dell'emergenza cardiologica; rete dell'ictus cerebrale acuto; rete del trauma grave; rete materno infantile; rete oncologica; rete delle cure psichiatriche- che costituiscono uno degli elementi fondanti del nuovo Piano ospedaliero;*
- *lo sviluppo di modelli per intensità di cura - il principio ispiratore della nuova organizzazione della assistenza ospedaliera viene rintracciato nella similarità dei bisogni e nell'intensità di cure richieste piuttosto che nella contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica;*
- *la continuità dell'assistenza - l'accorpamento dei tre plessi ospedalieri fornisce all'Azienda ospedaliera, nel suo complesso, una occasione unica di rimessa in discussione del proprio ruolo nell'ambito dell'assistenza sanitaria provinciale. La riorganizzazione della rete ospedaliera è un obiettivo che si inquadra nel più ampio disegno di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza, quali le iniziative di prevenzione e di assistenza territoriale, nell'ottica del rispetto del principio di equità. In questo quadro, i tre nuovi plessi dell'Azienda, se per un verso non possono che trovare giovamento e specificità di ruolo con l'accorpamento, per un altro permettono all'Azienda di aprirsi maggiormente al territorio e ai suoi bisogni. La dimensione sulla quale si misura la sostenibilità sociale dei nostri processi di cura, trova nel raccordo Ospedale/Territorio il fulcro stesso della sua implementabilità: l'umanizzazione delle cure, le dimissioni protette, l'accesso governato, il follow up condiviso, sono tutti strumenti da attivare per colmare quei vuoti assistenziali a cui assistiamo nel passare da un regime all'altro: dall'Ospedale ad Territorio, dal residenziale al domiciliare e quant'altro.*
- *i Percorsi Assistenziali - l'Appropriatezza clinica, l'Appropriatezza di ambito di cura e regime assistenziale, trovano utili supporti nella definizione di percorsi diagnostico terapeutico*

assistenziali, da condividere per macropatologie di riferimento tra gli specialisti dell'Azienda Ospedaliera, gli Specialisti dei Presidi interni della/delle ASL, gli Specialisti Territoriali e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta. Linee guida, protocolli, percorsi rappresentano la modalità attraverso la quale garantire rispetto dell'efficacia ed economicità nell'uso delle risorse evitando duplicazioni di attività, ripetitività, e deframmentando il livello erogativo per l'utente che, attualmente, è costretto in proprio a ricucire i pezzi dell'offerta. L'approccio per Linee Guida ci consente di affrontare al meglio anche il problema dei consumi farmaceutici e dell'utilizzo delle tecnologie diagnostiche.

- le Liste d'attesa - si tratta di uno dei più attuali e spinosi problemi dell'assistenza sanitaria. Il contributo che in una prospettiva di bacino urbano ci sentiamo di offrire è quello della creazione del CUP METROPOLITANO, per far sì che ai nostri cittadini venga presentata l'intera offerta reperibile in città e nelle zone viciniori perché possa meglio scegliere quanto a tempistica e/o rispetto alla scelta dello specialista. Si tratta di un processo tecnicamente possibile, sul quale riteniamo opportuno un approfondimento. E' evidente come un approccio complessivo alla problematica investe tanto livelli legati all'offerta quanto alla dimensione del governo della domanda, logica questa affrontabile nell'ottica delle linee guida. Lo sviluppo di un sistema informativo/informatizzato integrato, **ormai in fase di implementazione**, tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda Sanitaria di Salerno permette di affrontare in un modo più maturo – e sicuramente innovativo – tale problematica;
- le reti curanti - Gli sviluppi sopra evidenziati conducono ad una evoluzione degli assetti, ruoli, relazioni e responsabilità delle organizzazioni sanitarie in senso reticolare. La strada della reticolarizzazione può condurre a sviluppi apparentemente destrutturanti per le aziende sanitarie come siamo abituati a concepirle. Dobbiamo già immaginare le aziende sanitarie come un insieme di Reti Curanti, gruppi di cura che ruotano intorno al paziente ed ai propri bisogni con l'obiettivo di risposte appropriate ed esaustive, coordinando la propria attività e adattandola di volta in volta alle esigenze da soddisfare. Non è rilevante la proprietà istituzionale di tali risorse o delle competenze professionali, ma l'accesso ad essi e la capacità di gestirli. L'attività si struttura sotto forma di programmi di cura. Ogni programma rappresenta una risposta coerente e coordinata al problema di salute del paziente, all'interno di una rete di strutture e prestazioni, che consente di dispensare all'assistito, in un quadro multidisciplinare, le cure più appropriate, efficaci ed efficienti in un continuum di diagnostica, terapia, riabilitazione, assistenza sociosanitaria e sociale.
- la riduzione delle fughe - La mobilità passiva verso strutture extraregionali rappresenta, oltre che un segnale di sfiducia verso le nostre strutture, anche un notevole impatto negativo sulle risorse, che vale oltre 50.000.000 di euro su base provinciale: devono essere configurate opzioni evolute di governance per intervenire sulle fughe, valutando l'appropriatezza ed il case mix, per mobilità che troppo spesso non sono riferibili a specialità non presenti sui nostri territori o nella nostra Azienda.
- il sistema informativo - la strategia di mettere in rete gli operatori per garantire il monitoraggio degli output e degli outcome, mediante strumenti quali cartella clinica informatizzata, il patient file, la card sanitaria elettronica, può garantire anche un potente strumento di governo della domanda e riduzione delle fughe: è necessario che i sistemi dialoghino tra loro, perché è questo che genera valore.
- logistica ed acquisti - la concentrazione della domanda può consentire elevati vantaggi per economie di scala, di dimensione e di scopo, sul piano degli acquisti che riguardano farmaci, dispositivi medici e tecnologie; la individuazione di Prontuari Terapeutici se non unificati

almeno sovrapponibili nelle logiche complessive può essere un utile strumento di responsabilizzazione e contenimento dei costi.

*Occorre, infine, tenere ben presente i severi vincoli economici che questa azienda è tenuta a rispettare **nell'ambito delle** direttive regionali, al fine di garantire il pieno equilibrio economico-finanziario.*

E' necessario però ricordare che la missione della Aziende Sanitarie non è quella di perseguire il risparmio, ma partecipare alla produzione di salute, in un sistema solidale e fiero delle garanzie che il Welfare ha raggiunto: e salute, intanto, non è solo sanità. Salute è una logica di sistema. E' ambiente, inteso nella accezione più ampia, ambiente fisico, ma anche ambiente logico, infrastrutturale, sociale. Possiamo costruire un pronto soccorso ipertecnologico, con pavimenti in marmo e maniglie d'oro, ma se non ci sono le strade per raggiungerlo avremo fatto forse sanità, ma non salute. E se le strade ci sono, ma sono perennemente intasate di traffico, sarà la stessa cosa. Vanno pertanto profondamente riviste le filosofie di fondo e ridisegnate le impalcature gestionali tanto sul versante dell'offerta quanto, e forse soprattutto, su quello della domanda. Perché anche il cittadino, attratto dal circuito autoreferenziale dell'offerta, chiede sanità convinto di chiedere salute.

L'attenzione alle risorse disponibili nasce dall'esigenza di ricercare livelli sempre più elevati di economicità nel perseguimento delle finalità istituzionali, al fine di offrire contributi sempre maggiori alla massimizzazione dei benefici sociosanitari alla popolazione di riferimento: certo, laddove esistono sperequazioni e/o sottovalutazioni di bisogni questo va corretto, ma dobbiamo esser consapevoli che le risorse arriveranno sempre meno per aggiunta e sempre più per trasformazione.

L'economicità della gestione non va pertanto intesa soltanto come un vincolo, ma anche valutata come un'opportunità: opportunità rappresentata dalla responsabilizzazione dei singoli sulla ricaduta economica delle proprie azioni, responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema – sanità pubblica ed accreditata, ente locale, terzo settore, profit e non profit – in una logica che rende perseguibili soltanto gli obiettivi coerenti con la tutela della salute della popolazione, e non con gli obiettivi dei singoli stakeholders.

Una volta compreso che al sistema salute concorrono attori ben più numerosi che al solo sistema sanità, presidiarne la complessità può diventare la scelta vincente.

Il Direttore Generale

Attilio Bianchi

Scopo e campo di applicazione del Piano Attuativo Aziendale

Il presente documento è redatto ai sensi ed in conformità al Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010 “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni”¹.

Il Piano attuativo aziendale assume, tra gli strumenti di **pianificazione attuativa**, un rilievo di fondamentale importanza in quanto ad esso è affidato la determinazione complessiva della fisionomia giuridica e strategica di questa Azienda da attribuirsi nel rispetto dei principi e criteri fissati dalla normativa nazionale e regionale, sia per quanto concerne i vincoli relativi alla prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Campania, sia per quanto concerne gli obiettivi di salute che l’Azienda deve perseguire nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza.

Il contesto normativo nazionale e regionale.

Il contesto normativo di riferimento, sia nazionale che regionale, si presenta particolarmente ricco ed articolato. Al suo interno, è comunque possibile individuare alcune direttrici fondamentali che maggiormente riguardano le Aziende ospedaliere.

In particolare, il nuovo Piano sanitario nazionale 2010 – 2012, non ancora approvato, ma di cui è disponibile una bozza provvisoria², nello specificare che nel mutato quadro istituzionale dovuto alla modifica al titolo V della Costituzione che ha posto in capo allo Stato la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione nel proprio territorio, individua le principali criticità che il sistema salute deve affrontare:

- *Le sfide assistenziali* - la prima grande sfida è quella relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza. La seconda è legata all’incremento dei costi dovuto allo sviluppo di tecnologie sanitarie e nuovi farmaci, in grado di assicurare potenzialità diagnostiche e terapeutiche fino ad oggi non disponibili;
- *La disomogeneità tra Regioni* - il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali comporta, tra l’altro, significative differenze nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza e confermano la necessità di raggiungere il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, indispensabili a garantire l’equità del sistema.
- *L’inappropriatezza dei ricoveri* - tra le Regioni vi è una ampia variabilità nei ricoveri ospedalieri imputabile, in parte, al ricorso a diversi setting assistenziali a fronte delle medesime patologie. L’impegno, preso in sede di Patto per la salute, di ridurre i posti letto, anche al fine di liberare

¹ Pubblicato sul B.U.R.C. n. 65 del 28 settembre 2010

² Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013, bozza provvisoria, 5 novembre 2010

risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, impone il passaggio di alcune prestazioni inappropriate dal regime di ricovero, ordinario e day hospital, a regimi erogativi diversi.

- *Inefficienza nell'acquisto di beni e servizi (farmaci, tecnologie) e nella gestione del personale* - per quanto è da più tempo auspicato il ricorso a gare centralizzate di acquisto, all'implementazione di forme di distribuzione di farmaci alternative alla distribuzione tradizionale, alla implementazione di linee guida sulla corretta prescrizione e sul corretto utilizzo dei farmaci, alla corretta gestione del personale, tali attività sono state realizzate essenzialmente solo in alcune Regioni, mentre in altre i processi sono ancora in fase iniziale. Forti disomogeneità sono riscontrabili nella gestione del personale delle aziende sanitarie, con livelli retributivi differenziati e non collegati alla qualità dei servizi assicurati ai cittadini assistiti.
- *Scarsa qualità percepita* - sebbene il nostro SSN abbia numerose punte di eccellenza, risponda ai bisogni sanitari dei cittadini e sia un sistema complessivamente a bassa compartecipazione di spesa, non viene percepito dai cittadini come un sistema di qualità.

Tra le principali azioni per lo sviluppo del sistema, il PSN evidenzia la necessità di riorganizzare le reti ospedaliere regionali, sia al fine di qualificare il ruolo dei singoli presidi in una logica di rete coordinata secondo modelli tipo hub & spoke che per precisare il ruolo che gli ospedali di alta specializzazione di interesse sovra regionale dovranno avere nella rete nazionale.

Alcuni settori il cui sviluppo è ritenuto strategico nel PSN sono:

- *L'information and communication technology* - l'ICT rappresenterà lo strumento fondamentale per supportare l'erogazione di forme di assistenza sempre più personalizzate e servizi integrati in rete, che consentano di accompagnare il cittadino nei percorsi sanitari, di tipo innovativo, incrementando l'efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni a lui erogate.
- *La Clinical governance e la sicurezza delle cure* - vanno implementati gli strumenti del governo clinico tramite l'integrazione dei suoi numerosi determinanti, dando seguito, in particolare, a quanto stabilito con l'accordo Stato regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure.

A livello regionale, molta normativa si è sviluppata a seguito dell'inadempimento degli obblighi assunti con il "Piano di rientro 2007 - 2009 dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale", con il conseguente commissariamento della Regione Campania. Gli effetti economici dei programmi operativi e delle azioni poste in essere avrebbero dovuto condurre il disavanzo regionale a zero entro il 2010. Tale risultato si sarebbe dovuto raggiungere come operazione combinata di un incremento del valore della produzione (più 300 milioni di euro rispetto al 2008) e di un decremento dei costi di 75 milioni di euro³.

I principali obiettivi strategici, su cui l'azione di risanamento dal disavanzo e di qualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale svolta dal Commissario ad acta si è sviluppata, possono essere così riassunti:

- *Misure sul personale dipendente* - attraverso il blocco percentuale delle assunzioni, la rideterminazione delle dotazioni organiche, la rimodulazione dei fondi del trattamento accessorio, la riduzione delle posizioni organizzative e di coordinamento, le norme per l'individuazione dei parametri standard per la costituzione di strutture semplici e complesse e le posizioni organizzative e di coordinamento, il contenimento della spesa degli specialisti ambulatoriali⁴;

³ Fonte dati: Decreto del Commissario ad acta n. 25/2010.

⁴ DGRC 514/2007; n. 887/2007; n. 1590/2008; n. 130/2009; n. 1271/2009 che hanno disciplinato, in linea con il Piano di rientro, il blocco percentuale delle assunzioni, la rideterminazione delle dotazioni organiche, la rimodulazione dei fondi del trattamento

- *Misure sull'appropriatezza dei ricoveri* - con l'approvazione della metodologia di ricalcolo dei posti letto e del numero di ricoveri secondo Agenas, la riduzione della inappropriatazza dei ricoveri ordinari e di day hospital e il trasferimento di alcune tipologie di ricovero in regime ambulatoriale, la ridefinizione delle soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna⁵;
- *Misure sulla farmaceutica ospedaliera* - attraverso l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva⁶, la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzata al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale⁷, la maggiore appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero⁸;
- *Misure relative al miglior utilizzo del Pronto Soccorso* - attraverso la riduzione delle prestazioni non appropriate, i cosiddetti "codici bianchi"⁹;
- *Centralizzazione degli acquisti* - attraverso lo sviluppo delle attività di So.Re.Sa. che attualmente coprono il 60% del valore complessivo del settore.;
- *Implementazione di corrette procedure contabili*¹⁰;
- *Approvazione dei Piani attuativi e degli Atti aziendali.*

Il riassetto della rete ospedaliera e territoriale campana, definito con il Decreto 49/2010, ha come principali obiettivi:

- Assicurare un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini attraverso una riduzione delle attività inappropriate e una riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere.
- Integrare in un unico presidio più strutture sanitarie con la finalità di accorpate unità operative della medesima disciplina, razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, riordinare i processi di acquisto di beni e servizi.
- Riequilibrare la dotazione pubblica di posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza alla luce del nuovo standard regionale.

Gli obiettivi generali posti dal riassetto, per quel che riguarda questa Azienda, sono stati così declinati:

- incremento dei posti letto complessivi che dai 688 iniziali passano a 824, con un incremento quindi di 136 posti letto, attraverso il rafforzamento di alcune discipline e l'introduzione di nuove;
- accorpamento del plesso ospedaliero di Mercato San Severino che passa da 162 posti letto a 153, con una variazione quindi di -9 posti letto;

accessorio e il loro riallineamento alla media regionale; Decreto del Commissario ad acta n. 4 del 30.09.2009 che ha avuto primariamente un contenuto ricognitivo per accertare lo stato complessivo del fenomeno; Decreto n. 7 del 30.9.2009 che ha dettato norme per la riduzione delle posizioni organizzative e di coordinamento; Decreto n. 11 del 12.3.2010 che ha prorogato a tutto il 2010 il blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato ed il blocco totale delle assunzioni di personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile; Decreto n. 12 del 12.3.2010 che detta norme per l'individuazione dei parametri standard per la costituzione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e di coordinamento; Decreti n. 9 e 10 del 12.3.2010 di contenimento della spesa degli specialisti ambulatoriali

⁵ Decreto n. 5 del 30.09.2009 - Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri; Decreto n. 16 del 24.03.2010 - Recepimento della metodologia Age.na.s; Decreto n. 58 del 30.09.2010 - Definizione soglie di ammissibilità dei drg ad alto rischio di inappropriatazza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna

⁶ DGRC 1880, 1882, 1883 del 26.11.2008; Decreto del Commissario ad acta sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010;

⁷ Decreto del Commissario ad acta n.15 del 30.11.2009 - Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera: utilizzo dei biosimilari; razionalizzazione dell'uso dei farmaci oncologici ad alto costo rendicontati nel file F; interventi di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica;

⁸ Decreto del Commissario ad acta n.15 del 30.11.2009 - Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera: appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero

⁹ Decreto n. 52 del 27.09.2010 - misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero codificato come codice bianco).

¹⁰ Decreto n. 14 del 30.11.2009.

- accorpamento del plesso ospedaliero Giovanni Da Procida di Salerno che passa da 88 posti letto a 60, con una variazione di -28 posti letto, dovuti principalmente ad una riduzione delle discipline;
- accorpamento del plesso ospedaliero di Cava de' Tirreni. Il Piano non specifica i posti letto e le discipline che devono essere considerate dopo il piano di ristrutturazione, ma rinvia tale definizione ad una intesa tra la ASL di Salerno e l'AO.

Quindi, complessivamente, per questa Azienda, definita nell'ambito del Piano presidio di III livello della rete dell'emergenza di riferimento per tutto l'ambito provinciale, è programmato un potenziamento finalizzato a garantire l'espletamento delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca della facoltà di medicina e chirurgia della Università di Salerno, sia attraverso un incremento dei posti letto sia attraverso l'accorpamento con tre plessi ospedalieri.

Inoltre, il potenziamento richiede anche interventi di ammodernamento strutturale, oltre che impiantistico e tecnologico per i quali è prevista, ai sensi della delibera di Giunta regionale n°2103 del 31.12.2008, la sottoscrizione di accordo di programma con i competenti Ministeri per l'utilizzo di risorse assegnate alla Regione ex art. 20 L. 67/88.

Infine:

- l'Azienda è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale;
- è centro hub di 2° livello per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE SA;
- è programmato un trauma center zonale che deve servire l'ambito territoriale della intera provincia;
- oltre al centro trapianti di rene, già operante, è programmata l'attivazione del centro trapianti del cuore e del fegato.

A seguito del Decreto 49/2010, l'AO, con Deliberazione n. 696 del 23.09.2010 "Decreto del Commissario ad acta del 14 luglio 2010 - Provvedimenti", l'Azienda ha dato inizio alle procedure per l'attuazione di quanto disposto dal Decreto in oggetto. Analoga Deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASL di Salerno, la n. 31 del 22.09.2010, è stata approvata per quel che riguarda l'ASL. Con Deliberazione n. 773 del 27.10.2010 è stato approvato l'Atto di pre-intesa tra l'ASL di Salerno e l'AO per quel che riguarda le procedure di accorpamento dei tre plessi.

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 73 del 15.12.2010 "Annessione dei Presidi ospedalieri A. Fucito di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e S. Maria dell'Olmo di Cava de' Tirreni alla A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", è stato stabilito, tra l'altro, che:

- a far data dal 1 Gennaio 2011 i PP. OO. G. Fucito di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e P.O. di Cava de' Tirreni sono annessi all'AO;
- il Direttore Generale della AO, in considerazione dell'annessione dei predetti PP. OO. dovrà provvedere, entro il 31 marzo 2011, alla riadozione dell'Atto Aziendale della AO, che costituirà anche modifica al Piano Attuativo Aziendale ai sensi del decreto n. 49/2010, nonché alla rideterminazione delle dotazioni organiche del personale (coerenti con le indicazioni della struttura commissariale). Oltre all'atto aziendale dovranno essere, altresì, predisposti tutti gli atti richiesti dalla vigente disciplina in tema di sicurezza sul lavoro, trasparenza dell'attività amministrativa, funzionamento delle varie strutture e quanto altro richiesto dalla legge per lo svolgimento delle attività istituzionali;

- il Direttore Generale della AO dovrà predisporre il bilancio di previsione 2011 tenendo, altresì, in considerazione i dati di spesa effettiva dei PP. OO. annessi, comprensiva di tutte le voci dirette ed indirette, che gli saranno fornite, entro il 15 dicembre 2010, dal Commissario Straordinario della A.S.L. Salerno, desunti dalla media dei consuntivi degli ultimi tre anni;
- l'AO Ruggi d'Aragona, con decorrenza 1.1.2011 subentra nella titolarità:
 - i. di tutti i beni mobili (attrezzature informatiche, sanitarie ecc.) dei presidi oggetto del trasferimento;
 - ii. di tutti i beni mobili e immobili, già di proprietà degli Enti Ospedalieri di Cava dei Tirreni, Mercato San Severino e G. Da Procida trasferiti ai comuni di pertinenza e da questi alle ex UU.SS.LL. di competenza, rientranti poi nei patrimoni delle disciolte ASL SA 1 e SA 2;
 - iii. di tutte le funzioni dei PP. OO. A. Fucito di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e parte delle funzioni di Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni;
 - iv. di tutti i rapporti contrattuali riguardanti:
 - a) il personale dall'A.S.L Salerno che verrà trasferito all'A.O. con le modalità previste dalle normative vigenti in materia e dai rispettivi CC.CC.NN.LL. (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23.4.2010)
 - b) gli immobili adibiti a sede del Presidio Ospedaliero A. Fucito di Mercato San Severino, del Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno e del P.O. Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni;
 - c) i contratti di fornitura di beni e servizi in essere, destinati al funzionamento dei PP. OO. in parola e agli obblighi derivanti dal loro funzionamento, manutenzione ecc. ;
- l'ASL Salerno resta titolare dei crediti, relativi ai PP. OO. trasferiti, maturati fino alla data del 31.12.2010;
- l'ASL Salerno resta obbligata nei confronti dei creditori per i debiti maturati fino alla data del 31.12.2010 relativamente ai PP. OO. trasferiti;
- i giudizi in corso alla data del 31.12.2010, nei quali sia parte l'ASL Salerno e riferiti al contenzioso dei PP. OO. trasferiti alla AOU, restano a carico della ASL medesima;
- l'AO sarà competente per gli interventi d'edilizia sanitaria, di cui all'art. 20, della legge 67/88, relativi ai PP. OO. annessi, a decorrere dalla data di adozione del presente decreto;
- la Regione Campania provvederà, in considerazione della disposta annessione dei PP. OO., alla rimodulazione la quota del fondo sanitario regionale spettante all'AO;
- fino all'avvenuta adozione di tale rideterminazione delle quote del FSR, da parte della regione Campania, fermo restando la decorrenza giuridica già fissata e confermata al 1.1.2011, l'ASL Salerno continuerà a provvedere al pagamento delle spettanze stipendiali al personale già trasferito.
- viene fissato al 1 Gennaio 2011 la data di decorrenza del nuovo assetto aziendale, per tutti i flussi informativi dell'NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute) previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 5 dicembre 2006 e s.m.i. e, quindi, per tutti i modelli economico finanziari e gestionali;
- la AO individui e programmi gli interventi da concludersi non oltre il 30 Aprile 2011 per l'unificazione dei Sistemi Informativi Aziendali, qualificandoli con idoneo crono programma da inviare alla Struttura Commissariale che ne verificherà l'attuazione;
- devono essere rimossi tutti i provvedimenti, anche legislativi, in contrasto con il provvedimento.

Presentazione dell'Azienda

LA MISSION E LA VISION DELL'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliera elabora e definisce le linee strategiche per il governo dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. Essa è destinataria delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione e delle altre risorse finanziarie introitate a fronte delle attività erogate.

L'attività dell'Azienda è finalizzata a contribuire alla promozione, al mantenimento ed allo sviluppo dello stato di salute della comunità per la quale opera, garantendo le prestazioni sanitarie e perseguendo l'obiettivo "salute", inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione.

La visione strategica dell'Azienda è orientata ad offrire, secondo criteri di efficienza ed efficacia delle prestazioni, appropriatezza, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente ai suoi utenti, al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Le macro-funzioni che la caratterizzano possono essere così sintetizzate:

- Funzione assistenziale – l'azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportano i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali al fine di garantire l'umanizzazione e la continuità assistenziale quali fondamenti dell'eccellenza;
- Funzione didattica – l'azienda è sede di livelli differenziati dell'organizzazione formativa: a) Corso di laurea in Medicina e Chirurgia; b) Scuole di Specializzazione e Dottorati di Ricerca; c) Corsi di Laurea in professioni sanitarie; d) Formazione continua degli operatori sanitari.
- Funzione di ricerca di base clinica.

L'Azienda, inoltre, ha avviato da tempo un percorso, ormai molto vicino alla sua compiuta realizzazione, di trasformazione in Azienda Ospedaliera Universitaria.

In tale senso, un primo accordo di programma è stato sottoscritto nel 2005 tra il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca scientifica, l'Università degli Studi di Salerno, la Regione Campania, la Provincia di Salerno, il Comune di Salerno e la Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Salerno. Successivamente, con Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca n. 474 del 27 ottobre 2005 è stata approvata l'istituzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Salerno con il corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia. Con Decreto del Rettore dell'Università degli Studi di Salerno n. 3011 del 2 dicembre 2005 è stata istituita la predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia e che in data 3 Aprile 2007 la Regione Campania, l'AO e l'Università di Salerno hanno sottoscritto un protocollo d'intesa per porre in essere le iniziative utili all'attuazione del programma di integrazione tra assistenza, formazione e ricerca per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria. Si è in attesa della formalizzazione degli atti da parte del Governo e del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per la costituzione della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria.

IL BILANCIO AZIENDALE E GLI OBIETTIVI ECONOMICI REGIONALI

All'interno della programmazione regionale, disposta per le singole aziende dalla D.G.R.C. n. 1843/05 ed aggiornata con D.G.R.C. n. 256/2008 per gli esercizi 2007 - 2010, la Giunta regionale ha individuato, per questa Azienda, dei precisi obiettivi economici di contenimento dei costi.

Di seguito sono esposti gli obiettivi economici perseguiti dall'Azienda per gli anni 2008 - 2010 e il loro grado di raggiungimento (Tabella 1).

Tabella 1 – principali voci di costo ed obiettivi economici anni 2008 – 2010 – AO Salerno (valori espressi in migliaia di euro)

Raggruppamenti di costo	obiettivi 2008	consuntivo 2008	delta	delta %	obiettivi 2009	consunti vo 2009	delta	delta %	obiettivi 2010	preconsuntivo 2010	delta	delta %
Beni sanitari	35.344	30.943	-4.401	-12,5%	34.674	30.389	-4.285	-12,4%	30.510	30.711	201	0,9%
Beni non sanitari	1.772	1.797	25	1,4%	1.711	2.384	673	39,3%	1.514	1.932	418	27,6%
Servizi sanitari	1.001	2.448	1.447	144,6%	1.064	2.200	1.136	106,8%	1.016	2.307	1.291	127,1%
Servizi non sanitari	15.879	15.970	91	0,6%	17.786	16.278	-1.508	-8,5%	18.264	18.918	654	3,6%
Totale personale con accantonamento e rinnovi	112.595	116.411	3.816	3,4%	115.571	116.839	1.268	1,1%	116.215	116.482	267	0,2%
Prestazioni sanitarie acquistate da terzi	0	23	23		0	970	970		0	2.304	2.304	
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	0	87	87		0	-186	-186		0	-373	-373	
Altri costi	805	405	-400	-49,7%	805	1.676	871	108,1%	805	410	-395	-49,1%
Totale costi della produzione	167.396	168.084	688	0,4%	171.611	170.550	-1.061	-0,6%	168.324	172.751	4.427	2,6%
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari netti	-395	-362	33	-8,4%	-322	-1.244	-922	286,3%	-147	-592	-445	302,7%
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	-1.110	280	1.390	- 125,2%	-842	158	1.000	- 118,8%	-307	1.020	1.327	- 432,2%
Sopravvenienze e Insussistenze Attive		1.721				2.389	2.389			1.948	1.948	
Sopravvenienze e Insussistenze Passive		1.441				2.231	2.231			928	928	
Imposte e tasse	8.244	8.146	-98	-1,2%	8.405	8.241	-164	-2,0%	8.501	8.177	-324	-3,8%
- Mobilità attiva File F		-1.037				-700	-700			-1.274	- 1.274	
TOTALE COSTI	177.145	175.275	-1.870	-1,1%	181.180	179.177	-2.003	-1,1%	177.279	179.226	1.947	1,1%

Come certificato dalla Commissione regionale di verifica, questa Azienda ha raggiunto pienamente gli obiettivi assegnati per il 2008 (con uno scostamento pari a -1,1%) e il 2009 (-1,1%). Per il 2010 lo scostamento sul preconsuntivo è stato pari all'1,1%.

IL BILANCIO DEI PLESSI OSPEDALIERI DI MERCATO SAN SEVERINO, DA PROCIDA DI SALERNO E CAVA

Poiché dal 2011 sono accorpati all'azienda i tre plessi ospedalieri di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e Cava, di seguito vengono presentate le principali voci di costo, degli stessi¹¹.

Tabella 2 - Voci di costo dei tre plessi

(Valori espressi in migliaia di euro)

	P.O. DA PROCIDA	P.O. M. S. SEVERINO	P.O. CAVA DE'TIRRENI	TOTALE
COSTI DELLA PRODUZIONE				
Acquisti di beni	6.703	7.505	4.845	19.053
Acquisti di beni sanitari	6.641	7.360	4.477	18.478
Acquisti di beni non sanitari	62	145	368	575
Acquisti di servizi	2.015	3.949	4.051	10.015
Acquisti servizi sanitari				0
Acquisti di servizi non sanitari	1.456	1.751	1.599	4.806
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	693	466	176	1.335
Godimento di beni di terzi	172	621	458	1.251
Totale Costo del personale	9.881	24.597	27.549	62.027
<i>di cui Personale del ruolo sanitario</i>	7.437	20.025	24.855	52.317
<i>di cui Personale del ruolo professionale</i>	24	17	0	41
<i>di cui Personale del ruolo tecnico</i>	1.711	3.403	1.953	7.067
<i>di cui Personale del ruolo amministrativo</i>	709	1.152	741	2.602
Oneri diversi di gestione	50	40	0	90
Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	97	40	288	425
Ammortamento dei fabbricati				0
Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali				0
Svalutazione dei crediti				0
Variazione delle rimanenze	82	121	91	294
Accantonamenti tipici dell'esercizio				0
Totale costi della produzione	19.693	37.339	37.458	180.376
Proventi e oneri finanziari				
Totale imposte e tasse	886	1.680	1.686	4.252

¹¹ Fonte dati: modelli CP dei tre plessi, anno 2009.

LE RISORSE UMANE

Di seguito (tabelle 3 e 4) viene rappresentata la numerosità del personale dipendente dell'Azienda e dei tre plessi accorpati, suddiviso per profili professionali aggiornato al 31 dicembre 2010.

Tabella 3 - Personale dipendente al 31.12.2010

	San Giovanni di Dio	Mercato San Severino	Da Procida	Cava	Totale
RUOLO SANITARIO					
MEDICI	389	97	29	104	619
FARMACISTI	5	1	1	2	9
BIOLOGI	10	3	1	5	19
FISICI SANITARI	2	0	0	0	2
Collab. Prof.Sanitario Esp.Cat.D liv.DS	42	7	4	7	60
Collab. Prof.Sanitario Cat.D personale infermieristico cat.C	911	163	46	155	1.275
Collab.Prof. Esp.Tecnico Sanitario cat.D liv.DS	29	8	3	9	49
Collab.Prof. Esp.Tecnico Sanitario cat.D liv.DS	9	7	7	1	24
Collab. Prof. Tecnico Sanitario cat.D	130	13	12	33	188
Collab.Prof.Riabilit.Esp.cat.D liv.DS	1	0	3	0	4
Collab.Prof.Riabilit.cat.D	15	0	10	0	25
Dirigenti SAIOT	0	0	0	0	0
RUOLO AMMINISTRATIVO					
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	10	0	1	1	12
Collab.Amm.vo Prof.Esp.cat.D liv.DS	13	4	1	0	18
Collab.Amm.vo Prof.cat.D	27	3	3	1	34
Assistente Amm.vo cat.C	39	11	4	13	67
Coadiutore Amm.vo cat.B liv.BS	12	1	1	2	16
Coadiutore Amm.vo cat.B commesso cat.A	1	5	5	5	16
	1	3	0	1	5
RUOLO TECNICO					
DIRIGENTI TECNICI	2	0	0	0	2
Collab. Tecn. Prof. Esp.Cat.D liv.DS	0	0	0	0	0
Collab. Tecn. Prof. Cat.D	2	0	0	1	3
Assistente Tecnico cat.C	0	6	2	1	9
Operatore Tecnico Spec.Esperto cat.C	29	24	5	7	65
Operatore Tecnico Spec.cat.B liv.BS	266	34	19	57	376
Operatore Tecnico cat.B	60	15	11	2	88
A.S.S. Cat.A		4	4	2	10
Collab.prof.esp.Assistente Sociale cat.D liv.DS	1	0	1	0	2
Collab.prof.esp.Assistente Sociale cat.D		1		2	3
RUOLO PROFESSIONALE					
DIRIGENTI PROFESSIONALI	5	0	0	0	5
Assistente Religioso cat.D	3	0	0	0	3

Tabella 4 – Sintesi Personale dipendente al 31.12.2010

	AO San Giovanni di Dio	Mercato San Severino	Da Procida	Cava	Totale
totale Medici	389	97	29	104	619
totale Dirigenti Sanitari non medici	17	4	2	7	30
totale Dirigenza T.P.A.	17	0	1	1	19
Totale Dirigenti	423	101	32	112	668
comparto sanitario	1.137	198	85	205	1.625
comparto amministrativo	93	27	14	22	156
comparto tecnico	358	84	42	72	556
comparto professionale	3	0	0	0	3
Totale Comparto	1.591	309	141	299	2.340
Totale Generale	2.014	410	173	411	3.008

Allo sviluppo, formazione e attenzione al benessere lavorativo delle risorse umane l’Azienda presta particolare attenzione. Le risorse umane costituiscono, infatti, il principale elemento strategico ed il determinante fondamentale dei risultati del cambiamento oggi in atto in ambito sanitario. Cambiamento fortemente sollecitato dalla diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell’autonomia e della responsabilizzazione del personale dipendente conseguenti:

- al processo di aziendalizzazione;
- alla differenziazione dell’offerta in seguito ad una domanda sempre più esigente ed informata;
- alla crescente complessità organizzativa dei servizi;
- alle crescenti esigenze partecipative dei cittadini e degli operatori.

DATI DI ATTIVITÀ

Di seguito vengono presentati alcuni dei principali dati di attività relativi all’anno 2010 dell’Azienda Ospedaliera e dei tre plessi accorpati.

Nelle tabelle 5, 6, 7, 8 e 9 vengono presentati i dati relativi alla numerosità degli MDC (*categorie diagnostiche maggiori*) relativi ai ricoveri ordinari e di day hospital dell’Azienda Ospedaliera e dei tre plessi.

La tabella 10 ,invece, presenta dei dati di sintesi relativi ai drg (*diagnosis related group*) con alcuni indicatori di qualità e di mix relativi ai ricoveri ordinari e di day hospital.

La tabella 11 presenta dati di sintesi delle attività di Pronto soccorso e la tabella 12 il numero e la valorizzazione delle attività di specialistica ambulatoriale

Tabella 5 – Numerosità MDC AO Salerno – anno 2010

MDC	MDC_descr	Casi Ord	Giorni	Degenza Media	Casi DH	Accessi	Accessi Medi
00	Nessun MDC	68	2.321	34,1	4	14	3,5
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	2.643	21.883	8,3	612	1.764	2,9
02	Malattie e disturbi occhio	292	1.459	5,0	1.541	4.114	2,7
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	670	3.631	5,4	577	1.286	2,2
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	2.054	16.925	8,2	55	119	2,2
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	4.512	43.221	9,6	599	1.349	2,3
06	Malattie e disturbi apparato digerente	1.702	11.282	6,6	424	1.076	2,5
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	956	9.994	10,5	675	2.248	3,3
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	3.769	17.435	4,6	356	1.273	3,6
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	430	2.965	6,9	756	2.407	3,2
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	322	1.952	6,1	462	1.335	2,9
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.061	10.785	10,2	1.011	9.645	9,5
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	281	1.994	7,1	452	1.284	2,8
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	625	2.542	4,1	342	940	2,8
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.899	7.819	4,1	411	1.344	3,3
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	1.286	8.673	6,7	1	2	2,0
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	304	2.230	7,3	208	3.275	15,8
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	267	2.307	8,6	769	6.311	8,2
18	Malattie infettive e parassitarie	309	3.598	11,6	32	80	2,5
19	Malattie e disturbi mentali	443	3.647	8,2	35	90	2,6
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	27	194	7,2	0	0	0,0
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	182	1.096	6,0	11	26	2,4
22	Ustioni	16	49	3,1	15	40	2,7
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	137	801	5,9	234	875	3,7
24	Traumatismi multipli	42	682	16,2	0	0	0,0
25	Infezioni da HIV	38	1.416	37,3	285	1.486	5,2
PR		51	1.747	34,3	0	0	0,0
	Totale	24.386	182.648	7,5	9.867	42.383	4,3

Tabella 6 – Numerosità MDC Plesso Mercato San Severino – anno 2010

MDC	MDC_descr	Casi Ord	Giorni	Degenza Media	Casi DH	Accessi	Accessi Medi
00	Nessun MDC	79	713	9,0	15	57	3,8
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	196	1583	8,1	108	272	2,5
02	Malattie e disturbi occhio	2	8	4,0	1	4	4,0
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	43	188	4,4	22	87	4,0
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	298	2839	9,5	60	258	4,3
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	799	5255	6,6	374	1548	4,1
06	Malattie e disturbi apparato digerente	459	3515	7,7	304	1214	4,0
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	209	1983	9,5	74	251	3,4
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	638	4703	7,4	462	1017	2,2
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	62	522	8,4	197	1348	6,8
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	10	69	6,9	46	254	5,5
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	483	3261	6,8	307	1093	3,6
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	328	1772	5,4	224	625	2,8
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	165	609	3,7	110	357	3,3
14	Gravidanza, parto e puerperio	612	2861	4,7	256	760	3,0
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	547	2003	3,7	0	0	0,0
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	13	94	7,2	22	130	5,9
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	23	364	15,8	168	1410	8,4
18	Malattie infettive e parassitarie	18	191	10,6	6	14	2,3
19	Malattie e disturbi mentali	2	16	8,0	9	29	3,2
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	2	8	4,0	0	0	0,0
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	30	144	4,8	487	1825	3,8
22	Ustioni	2	4	2,0	0	0	0,0
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	15	81	5,4	12	34	2,8
24	Traumatismi multipli	1	7	7,0	0	0	0,0
25	Infezioni da HIV	1	2	2,0	0	0	0,0
	Totale	5037	32795	6,5	3264	12587	3,9

Tabella 7 – Numerosità MDC pazienti acuti Plesso G. Da Procida – anno 2010

MDC	MDC_descr	Casi Ord	Giorni	Degenza Media	Casi DH	Accessi	Accessi Medi
00	Nessun MDC	2	35	17,5	4	5	1,3
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	3	33	11,0	2	15	7,5
02	Malattie e disturbi occhio	2	9	4,5	0	0	0,0
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	64	381	6,0	9	27	3,0
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1048	9949	9,5	66	208	3,2
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	58	530	9,1	10	26	2,6
06	Malattie e disturbi apparato digerente	24	161	6,7	2	19	9,5
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	7	54	7,7	0	0	0,0
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	4	32	8,0	8	38	4,8
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	7	33	4,7	107	202	1,9
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	16	83	5,2	6	17	2,8
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	35	292	8,3	3	10	3,3
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1	10	10,0	1	2	2,0
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	0	0	0,0	1	1	1,0
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	3	19	6,3	0	0	0,0
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	7	60	8,6	36	320	8,9
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	17	106	6,2	227	2410	10,6
18	Malattie infettive e parassitarie	1	10	10,0	0	0	0,0
19	Malattie e disturbi mentali	1	7	7,0	1	1	1,0
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	0	0	0,0	1	2	2,0
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	3	22	7,3	3	20	6,7
	Totale	1303	11826	9,1	487	3323	6,8

Tabella 8 – Numerosità MDC pazienti riabilitazione Plesso G. Da Procida – anno 2010

MDC	MDC_descr	Casi Ord	Giorni	Degenza Media	Casi DH	Accessi	Accessi Medi
00	Nessun MDC	1	19	19,0	0	0	0,0
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	39	1282	32,9	20	378	18,9
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	0	0	0,0	58	177	3,1
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	13	295	22,7	19	261	13,7
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	3	84	28,0	2	4	2,0
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	101	3538	35,0	64	1200	18,8
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	0	0	0,0	2	23	11,5
18	Malattie infettive e parassitarie	1	7	7,0	0	0	0,0
19	Malattie e disturbi mentali	1	1	1,0	0	0	0,0
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	10	257	25,7	23	466	20,3
	Totale	169	5483	32,4	188	2509	13,3

Tabella 9 – Numerosità MDC Plesso di Cava de' Tirreni – anno 2010

MDC	MDC_descr	Casi Ord	Giorni	Degenza Media	Casi DH	Accessi	Accessi Medi
00	Nessun MDC	15	273	18,2	12	23	1,9
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	290	1912	6,6	275	691	2,5
02	Malattie e disturbi occhio	1	6	6,0	16	43	2,7
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	38	135	3,6	652	2697	4,1
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	523	4188	8,0	225	883	3,9
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	554	2934	5,3	239	555	2,3
06	Malattie e disturbi apparato digerente	534	2973	5,6	350	654	1,9
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	248	1809	7,3	46	199	4,3
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	434	3128	7,2	254	631	2,5
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	203	632	3,1	314	371	1,2
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	82	394	4,8	626	1649	2,6
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	104	616	5,9	60	214	3,6
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	5	15	3,0	27	41	1,5
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	123	585	4,8	70	100	1,4
14	Gravidanza, parto e puerperio	531	2050	3,9	428	891	2,1
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	427	1535	3,6	10	19	1,9
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	33	228	6,9	21	75	3,6
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	30	145	4,8	22	30	1,4
18	Malattie infettive e parassitarie	102	524	5,1	4	12	3,0
19	Malattie e disturbi mentali	16	88	5,5	309	688	2,2
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	4	7	1,8	0	0	0,0
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	27	86	3,2	6	17	2,8
22	Ustioni	1	6	6,0	0	0	0,0
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	30	130	4,3	45	84	1,9
24	Traumatismi multipli	2	17	8,5	0	0	0,0
25	Infezioni da HIV	1	1	1,0	0	0	0,0
	Totale	4358	24417	5,6	4011	10567	2,6

Tabella 10 – dati strutturali e di ricovero AO e Presidi di Mercato San Severino, Da Procida e Cava – anno 2010

	A.O.	Mercato San Severino	Da Procida	Cava
Posti letto ordinari	593	136	71	99
Posti letto day hospital	136	22	12	12
Drg ordinari				
N° drg ordinari	24.386	5.037	1.472	4.358
<i>di cui 0/1 giorno</i>	3.965	319	21	327
<i>di cui oltre soglia</i>	299	75	12	0
giornate di degenza	182.648	32.795	17.309	24.417
degenza media	7,49	6,51	11,76	5,6
degenza media trimmata	8,33	6,37	11,21	5,79
Valore drg (in euro)	85.790.779	13.151.374	4.950.442	10.987.607
Valore medio per caso	3.517,75	2.610,95	3.363,07	2.521,25
peso medio	1,1725	0,8816	0,9476	0,8097
<i>peso medio chirurgico</i>	1,9489	1,3035	2,2245	1,2532
<i>peso medio medico</i>	0,8332	0,679	0,9476	0,7306
% drg chirurgici	30,42	32,46	0,75	30,63
% drg medici	69,57	67,52	99,18	69,37
% drg con cc	38,39	37,01	47,62	26,54
Drg day hospital/day surgery				
N° drg day hospital	9.867	3.264	675	4.011
N° accessi	42.383	12.587	5.832	10.567
Accessi medi	4,3	3,86	8,64	2,63
rimborso	14.764.687,56	3.653.169,07	1.541.130,56	3.692.302,63
Valore medio per caso	1.496,37	1.119,23	2.283,16	920,54
Valore medio per accesso	348,36	290,23	264,25	349,42
peso medio	0,751	0,686	0,8023	0,6776
<i>peso medio chirurgico</i>	0,7838	0,8287	0,9932	0,7572
<i>peso medio medico</i>	0,7297	0,6251	0,7672	0,6471
% drg chirurgici	39,49	29,93	16	27,87
% drg medici	60,51	70,07	83,85	72,1
% drg con cc	7,63	17,76	3,95	18,84

Tabella 11 – Attività di Pronto Soccorso AO e Presidi di Mercato San Severino e Cava – anno 2010

Tabella 12 – Attività di Specialistica ambulatoriale AO e Presidi di Mercato San Severino, Da Procida e Cava – anno 2010

Le metodologie utilizzate: l'analisi epidemiologica e il recupero di appropriatezza

L'ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Nello scenario delineato dal Piano Ospedaliero Regionale, l'ospedale è uno dei componenti che concorre, insieme agli altri attori, in stretta collaborazione e in rapporto sinergico, al raggiungimento dell'obiettivo generale di salute, occupandosi prevalentemente delle attività più complesse e delle patologie acute più gravi.

L'obiettivo della riorganizzazione – a tutti i livelli - è rappresentato dall'adeguamento tra i bisogni di salute e le risorse necessarie per affrontarli, intendendo per risorse non solo quelle materiali, tecniche e finanziarie, ma anche la cultura socio-professionale necessaria per veicolarle verso la corretta allocazione.

In questa ottica, tra le metodologie adottate per la stesura del presente documento, è stata posta particolare enfasi sulla analisi epidemiologica, intesa come strumento per intercettare e studiare “la distribuzione e i determinanti di condizioni correlate alla salute in popolazioni specifiche, e l'applicazione di questo studio per controllare problemi sanitari” e fondamento tecnico privilegiato per una pianificazione realistica, misurabile ed efficace.

A tal fine sono stati utilizzati indicatori classici di interpretazione ed elaborazione del fabbisogno assistenziale, quali i dati di mortalità e mortalità evitabile, incidenza e prevalenza di malattie, natalità e domanda di servizi sanitari, ivi compresa quella soddisfatta fuori provincia e fuori regione. Si tratta di variabili classicamente messe in relazione con le capacità di accesso e di risposta delle attività territoriali e, dunque, particolarmente utilizzate per la revisione e la programmazione delle aziende locali; tuttavia, in una politica aziendale che scelga di essere garantista di accessibilità ed efficacia non solo come slogan ma come concreta e razionale risposta al fabbisogno, esse divengono delle spie irrinunciabili per rifondare la missione assistenziale anche in ambito ospedaliero.

Tale assunto è tanto più decisivo se si considera la nuova “anima” assunta dall'AOU a seguito dell'accorpamento dei plessi ospedalieri di Mercato San Severino, Da Procida di Salerno e Cava de' Tirreni, con i quali l'Azienda assume una responsabilità inconsueta e strategica riguardo ai bisogni socio-assistenziali dei cittadini della provincia di Salerno (e non solo).

L'analisi è stata, inoltre, rivisitata alla luce degli elementi di efficacia e di sostenibilità dell'offerta ospedaliera, ricalibrando, cioè, il modello organizzativo non già sul valore netto dell'ospedalizzazione (comprensivo della mobilità passiva), quanto sulla combinazione tra la domanda espressa, le soglie di ammissibilità degli attuali comportamenti organizzativi e la considerazione degli esiti dell'assistenza, misurati come tassi di mortalità prevenibili e morbosità.

IL RECUPERO DELL'APPROPRIATEZZA

Nell'analisi sono stati anche tenuti in considerazione gli elementi che possono oscurare una realistica valutazione del bisogno e compromettere un razionale riassetto dell'offerta; tra questi, l'inappropriato ricorso all'ospedalizzazione. Si tratta di un elemento non trascurabile se

si ammette che Salerno è, nella regione Campania, **l'unità sanitaria territoriale** che presenta le percentuali quota di giornate di degenza per ricoveri potenzialmente inappropriati più alte.

Il ricorso a tale elemento di metodo è giustificato sia per l'attenzione posta dalla Regione Campania a tale tematica nelle delibere e Decreti sopra ricordati, sia per l'utilizzo che ne fa lo stesso Piano ospedaliero regionale ridefinendo il fabbisogno di posti letto attraverso una metodologia sviluppata dall'Agenzia Sanitaria nazionale (Agenas) che utilizza l'appropriatezza dei ricoveri quale elemento fondante.

FONTE DEI DATI

L'interrogazione di tutti i flussi informativi disponibili ha rappresentato la fonte panoramica entro cui si sono ricercate le strategie di intercettazione e soddisfazione dei bisogni di cura.

Per l'analisi sono stati utilizzati: i tassi di mortalità per causa, i tassi di morbosità, i tassi di ospedalizzazione, i dati di ospedalizzazione per MDC e per DRG, la mobilità passiva extra-regione ed extra-provincia, i dati del registro tumori.

Nella stesura del Piano, tale approccio è stato seguito utilizzando le categorie diagnostiche maggiori (MDC) come elemento semplificante, e, dunque, in certo qual modo, secondo una logica di pertinenza di organo o di apparato. In realtà, si tratta di una semplificazione metodologica che ha il merito di declinare in macrocapitoli la piattaforma analitica e dare un taglio trasversale alla panoramica. **L'MDC, infatti, è stato utilizzato come "veicolo" per l'impostazione macroscopica dei dati di attività in macroaree specialistiche.**

Ciascuna macroarea, infatti, è stata poi indagata verticalmente, attraverso l'analisi di dettaglio degli indicatori diretti e indiretti che permettono di connotare, a 360 gradi, l'espressione del bisogno di cura e di salute.

L'utilizzo della MDC è stato evitato nei casi in cui l'assistenza specialistica non può essere fedelmente rappresentata in base alla pertinenza d'organo; è il caso della rete materno-infantile, la quale, ad esempio, compendia gruppi di patologie non inclusi nella batteria in categorie diagnostiche definite (ricoveri pediatrici); la stessa attività di emergenza-urgenza raccoglie competenze specialistiche plurime per le quali l'MDC non offre sufficiente rappresentatività.

In deroga al metodo di analisi MDC-correlato, si è scelto di utilizzare altre categorie di vettori informativi quali il reparto di dimissione, i dati di accesso al Pronto Soccorso, i ricoveri urgenti.

L'ISTITUZIONE DEI TAVOLI TECNICI PER AREE FUNZIONALI OMOGENEE

L'analisi tecnica è stata contestualizzata nelle realtà di riferimento grazie all'istituzione di tavoli tecnici costituiti da professionisti di area clinica dei quattro ospedali,

PRINCIPI GUIDA DELLA RIORGANIZZAZIONE: LE RETI CLINICHE E L'ARTICOLAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA

L'Azienda persegue la definizione del modello a rete dell'assistenza in un'ottica di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni, che punta ad eliminare la duplicazione e la frammentazione (economia di scala), garantendo nel contempo la qualità e l'equità di accesso.

Il contributo metodologico al Piano fornito in questo capitolo è quello di definire le dimensioni della rete a partire dal bisogno, individuando i tre punti chiave, emergenza-urgenza, specialità di base, alta specialità.

La rete, intesa come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continue, non può costruirsi senza la condivisione di percorsi assistenziali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci.

L'Azienda offre le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, ecc., programmate ed urgenti, definite dalla programmazione regionale, organizzate secondo "processi" e miranti a soddisfare le necessità del singolo e della comunità.

L'offerta contempla e individua le modalità assistenziali più appropriate (degenza ordinaria e diurna, regime ambulatoriale, urgenza ed emergenza) promuovendo:

- la deospedalizzazione del paziente attraverso l'utilizzo privilegiato del ricovero diurno, sia medico che chirurgico;
- il pre-ricovero per i ricoveri ordinari elettivi che prevedono un intervento chirurgico;
- il Day Service quale modalità di assistenza intermedia tra il day hospital e la specialistica ambulatoriale, destinato alle situazioni cliniche che necessitano di un approccio orientato al problema clinico e non alle prestazioni;
- l'osservazione breve e i percorsi di collegamento tra pronto soccorso e ambulatori specialistici per l'assistenza urgente a gravità medio-bassa.

Per offrire la migliore assistenza secondo principi di efficienza e di governo clinico, l'Azienda persegue l'articolazione secondo l'intensità di cura, prevedendo la definizione di 3 differenti aree di attività:

- Alta intensità: terapia intensiva, sub-intensiva, sale operatorie / interventistiche;
- Media Intensità: degenza ordinaria (compreso week hospital);
- Bassa Intensità: degenza DH, day surgery, riabilitazione, ambulatorio tradizionale e Day Service.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della assistenza viene rintracciato, dunque, nella similarità dei bisogni e nell'intensità di cure richieste piuttosto che nella contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Le aree sono fortemente interconnesse tra loro: i pazienti possono transitare dall'una all'altra e le unità funzionali operanti all'interno dei dipartimenti seguono i pazienti, garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In tale ottica, il modello organizzativo segue una tendenza biunivoca: da un lato, esso assicura la "congruenza verticale" dei percorsi, individuando per ciascun bisogno di salute il livello di cura e assistenza appropriato; dall'altro persegue una costante "integrazione orizzontale" tra gli specialisti clinici i quali, in collaborazione multidisciplinare, realizzano il progetto diagnostico-terapeutico.

STRUTTURA DI PRESENTAZIONE DELLE RETI

Di seguito viene rappresentato il *lay out* generale costruito per la descrizione e la definizione di ciascuna rete.

Ambiti	Specificazioni
Obiettivi	Obiettivi generali Obiettivi Specifici Strumenti
Valutazione delle potenzialità dei vari centri	Posti letto, Attuali elementi del sistema di "rete"
Analisi epidemiologica	Mortalità, Ospedalizzazione per mdc o problematica, elementi emersi, il fabbisogno per intensità, l'organizzazione a rete, l'organizzazione per intensità di cure, il governo clinico: il responsabile clinico della rete.

Le reti

LA RIMODULAZIONE DEL SISTEMA E DELLA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA

LA RETE DELL'EMERGENZA CARDIOLOGICA

OBIETTIVI

<i>Obiettivi generali</i>	<ul style="list-style-type: none">• Miglioramento degli esiti dell'assistenza: riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari• Ottimizzazione degli ambiti di cura e appropriatezza clinica del sistema
<i>Obiettivi specifici</i>	<ul style="list-style-type: none">• Implementazione del modello Hub&Spoke• Individuazione delle relazioni e delle gerarchie tra i punti di produzione• Attivazione di schemi organizzativi e di una centrale operativa cardiologica, coordinata con la centrale operativa del 118, in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente• Ricerca di strumenti di comunicazione che in modo rapido mettano in connessione i vari punti del sistema.• Efficienza, eliminazione di percorsi ridondanti, utilizzo dei servizi senza duplicazioni inutili e deleterie; omogeneità su tutto il territorio della qualità della prestazione erogata; medesime tecnologie e professionalità messe a disposizione in qualunque punto si acceda.
<i>Strumenti</i>	<ul style="list-style-type: none">• Collegamento in rete tra punti con differenti livelli di complessità• Interazione e complementarità funzionale dei presidi e delle strutture
<i>Posti letto</i>	<p>VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI</p> <p>Il Piano Regionale indica per la disciplina di Cardiocirurgia un numero di pp.ll. di 30 per l'Ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.</p> <p>Per la Cardiologia, sono 35 i posti letto previsti per l'ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" (di cui 3 di DH) e 9 per l'ospedale "Amico G. Fucito" di Mercato San Severino (di cui 1 di DH) per un totale complessivo di 44 pp.ll. medici.</p>
<i>Attuali presupposti del sistema a "rete"</i>	<p>Nell'attuale organizzazione, sono presenti procedure di trasferimento dei pazienti con cardiopatie acute (IMA) dal Plesso di Mercato San Severino e dal Plesso di Cava verso il centro di Emodimania dell'AO, fondate sul trasporto secondario con accompagnamento da parte di specialisti ospedalieri o territoriali.</p> <p>Il funzionamento attuale, tuttavia, presenta alcune criticità sostanziali che meritano una revisione strutturata ed energica.</p> <p>Dal Plesso di Mercato San Severino, il trasporto viene svolto dai medici del reparto di Cardiologia, condizione che tende a sguarnire il reparto durante la trasferta. Dall'Ospedale di Cava, il trasporto alla sede Hub avviene tramite il sistema 118 mentre non è garantito alcun sistema di trasporto secondario.</p>
<i>Mortalità per malattie cardiocircolatori e</i>	<p>ANALISI EPIDEMIOLOGICA</p> <p>La mortalità per malattie cardiocircolatorie in Regione Campania è sensibilmente più elevata rispetto alla media nazionale (139,35 vs 103,98 per gli uomini; 67,54 vs 44,85 per le donne) e rappresenta la prima causa di morte sia per gli uomini che per le donne (40% della mortalità maschile per tutte le cause e 50,3% della mortalità femminile). A livello provinciale, i dati di mortalità per causa riferiti al 2006 collocano tutte le province campane ai primi posti per i tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio e calcolano per la provincia di Salerno un tasso di 38,2*10.000 ab contro un tasso nazionale di 33. La provincia di Salerno, inoltre, si colloca ai valori più alti per il sesso femminile. La disaggregazione per ASL (o ex ASL) dell'analisi della mortalità per malattie</p>

<p><i>Morbosità e letalità per patologia</i></p>	<p>ischemiche del cuore, colloca il territorio dell'ex ASL SA1 (territori di Cava de' Tirreni, Scafati e Nocera Inferiore) tra i dieci valori più alti di mortalità evitabile tra i maschi.</p>
<p><i>Ospedalizzazione per MDC 5 per residenti di Salerno</i></p>	<p><u>Cardiopatía ischemica</u> Per la Campania si registrano i tassi di mortalità più elevati per cardiopatía ischemica di tutta la nazione, sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente 64,04 vs 47,83 e 23,92 vs 14,60). La provincia di Salerno si colloca per entrambi i sessi su livelli medio - alti (105-109). La letalità coronarica (eventi fatali su tutti gli eventi) è decisamente rilevante in tutte le aree e, come atteso, è più elevata nelle donne (26% negli uomini e 35% nelle donne): tra i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, quindi, circa tre uomini su 10 e quattro donne su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi, principalmente fuori dall'ospedale, prima del ricovero. Considerando che il bacino di utenza afferente all'Azienda è di circa 400.000 abitanti, l'incidenza di eventi coronarici attesa è di per gli uomini e per le donne.</p>
<p><i>Ospedalizzazione e mobilità passiva per MDC 5</i></p>	<p>L'ospedalizzazione per MDC 5, Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio, è stata analizzata per l'anno di riferimento 2009 per i cittadini residenti in Provincia di Salerno a livello nazionale, regionale, provinciale e per i quattro ospedali in esame. I dati sono stati integrati con l'analisi di mobilità passiva extra-regionale e extra-provinciale. I ricoveri per malattie cardiovascolari (MDC 5) effettuati nell'anno 2009 per cittadini della provincia di Salerno sono stati 33.854. Di questi, 32.025 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate. La casistica trattata a livello aziendale è descritta nella tabella A</p> <p>In totale, dunque, nel 2009 sono stati effettuati 8.607 ricoveri distribuiti tra i tre plessi Ospedalieri e l'Azienda Ospedaliera di Salerno, riferibili a disturbi o patologie cardiocircolatorie tra urgenti e in elezione, chirurgici e medici, diurni e ordinari. Sono stati 8.378 i ricoveri fuori provincia. La mobilità passiva extraregionale per l'MDC ammonta, nell'anno 2009, a 1.829 ricoveri. Di questi, solo 94 sono ascrivibili a mobilità "fisiologica" o di confine (Basilicata e Calabria); sono, dunque, 1.735 i cittadini salernitani migrati verso regioni non vicine per essere assistiti. Sono stimati, invece, in 24.983 i ricoveri effettuati presso strutture regionali esclusi i 4 ospedali esaminati.</p>
<p><i>Ospedalizzazione e mobilità passiva per Malattie ischemiche</i></p>	<p>I dati di ospedalizzazione per malattie ischemiche sono stati estratti assumendo i seguenti DRG: 143 Dolore toracico 140 Angina pectoris 122 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi 133 Aterosclerosi senza CC 132 Aterosclerosi con CC 121 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi 123 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti 106 Bypass coronarico con PTCA Per le sole malattie ischemiche, 5.627 sono stati i ricoveri effettuati per i cittadini di Salerno. Di questi, 118 sono stati effettuati fuori regione e 352 fuori provincia.</p>

<p><i>Aritmie</i></p>	<p>5.509 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate.</p> <p>La casistica trattata a livello aziendale, per un totale di 1.298 ricoveri, è descritta nella tabella B. Di tali ricoveri, i casi di infarto del miocardio sono stati 376 illustrati in tabella C.</p> <p>I dati di ospedalizzazione per aritmie sono stati estratti assumendo i seguenti DRG:</p> <ul style="list-style-type: none"> 139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC 138 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC 118 Sostituzione di pacemaker cardiaco 117 Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione 129 Arresto cardiaco senza causa apparente <p>Per le aritmie, sono stati i ricoveri effettuati per i cittadini di Salerno. Di questi, 87 sono stati effettuati fuori regione e ... fuori provincia.</p> <p>..... sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate.</p> <p>La casistica trattata a livello aziendale, per un totale di 993 ricoveri, è descritta nella tabella D. Considerando i casi al netto della sostituzione o della revisione del pacemaker, i casi totali sono 812 con la distribuzione presentata in tabella E.</p>
<p><i>Scompenso cardiaco</i></p>	<p>I dati di ospedalizzazione per scompenso cardiaco sono stati estratti utilizzando il DRG 127 : Insufficienza cardiaca e shock. Per questo DRG, 8.047 sono stati i ricoveri effettuati per i cittadini di Salerno. Di questi, 130 sono stati effettuati fuori regione. 4.629 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate. 3.446 sono stati trattati fuori provincia. La casistica trattata a livello aziendale, per un totale di 1183 ricoveri, è descritta nella tabella F.</p>
<p><i>Ipertensione</i></p>	<p>I dati di ospedalizzazione per ipertensione sono stati estratti utilizzando il DRG 134 : Ipertensione. Per questo DRG, 3.358 sono stati i ricoveri effettuati per i cittadini di Salerno. Di questi, 60 sono stati effettuati fuori regione. 3.298 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate. 242 sono stati trattati fuori provincia. La casistica trattata a livello aziendale, per un totale di 294 ricoveri, è descritta nella tabella G</p>
<p>ELEMENTI EMERSI</p>	
<p>In generale si osserva che, a fronte di un'ospedalizzazione significativa (la Provincia di Salerno detiene un primato regionale per i tassi standardizzati delle giornate per ricoveri potenzialmente inappropriati elevati, soprattutto nel caso di dimissioni maschili), i cittadini salernitani mostrano un'alta mortalità per cause cardiovascolari e, in particolare, per le malattie ischemiche del cuore. L'analisi effettuata, inoltre, denuncia un'eccessiva mobilità passiva verso strutture extraregionali per ricoveri non complessi, come per l'aterosclerosi o, di contro, per condizioni che necessitano un contatto ripetuto e sistematico con il luogo di cura, quale lo scompenso cardiaco. L'ospedalizzazione ai fini diagnostici per patologie non acute, quali l'ipertensione e l'aterosclerosi (entrambi DRG ad elevato rischio di non appropriatezza) è particolarmente elevata, sia in provincia che fuori. La mortalità per infarto del miocardio è maggiore nei centri che trattano volumi inferiori (Cava de' Tirreni) e per i quali non è attivo un efficace collegamento con il centro Hub per l'Emodinamica.</p>	

RIELABORAZIONE DEI DATI

Il rischio di inappropriatelyzza

Nell'ambito dell'MDC 5, parte della casistica è ricompresa nei DRG a rischio di inappropriatelyzza, per i quali sono individuate delle soglie di ammissibilità in regime ordinario.

Il fabbisogno per intensità.

Rileggendo i dati di ospedalizzazione, è possibile rintracciare nella casistica trattata in Azienda una gradazione sensibile dell'intensità assistenziale richiesta al ricovero. Adottando uno schema convenzionale, i casi trattati si possono ricondurre a tre livelli di intensità decrescente:

LIVELLO 1. Il livello 1 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di terapia intensiva e sub intensiva e della massima intensità di cura, con eventuale ricorso a procedure di emodinamica interventistica e cardiocirurgiche o a trattamenti di elettrofisiologia. Possono essere ricompresi in questo livello l'infarto del miocardio e alcune aritmie.

Per tali situazioni cliniche, il fabbisogno complessivo stimato a partire dai casi trattati in Azienda è di 1.188 casi. Si tratta di fenomeni morbosi che necessitano di una presa in carico tempestiva e di un rapido avvio dell'inquadramento diagnostico e dell'intervento terapeutico da svolgersi, questo, in ambiente specialistico. Questa casistica, normalmente, insiste sul sistema dell'emergenza sia con coinvolgimento della CO 118, sia con accesso diretto al Pronto Soccorso.

LIVELLO 2. Il livello 2 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di degenza in unità di alta intensità di cura per il monitoraggio continuo e per terapie mediamente invasive e di media intensità (posti letto di cura ordinaria).

Possono essere ricompresi in questo livello: le sindromi anginose, lo scompenso cardiaco in fase acuta, alcune aritmie, le emergenze ipertensive.

Anche in questi casi si tratta di condizioni che coinvolgono la CO 118 e /o le strutture di Pronto Soccorso.

LIVELLO 3. Il livello 3 dell'intensità di fabbisogno ricomprende situazioni pre-cliniche di rischio a bassa intensità di cura, la riabilitazione e la post-acuzie. Corrispondono, come regimi assistenziali, a questo livello il Day Hospital, il Day Service, la riabilitazione, la discharge room e la pre-ospedalizzazione.

Possono essere ricompresi in questo livello: l'aterosclerosi e l'ipertensione, le sindromi anginose croniche, alcune aritmie.

IL PIANO DELLA RETE CARDIOLOGICA

L'organizzazione a rete dell'emergenza cardiologica.

Il modello organizzativo è basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche (UTIC e Servizi di Emodinamica) e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). Tale rete si basa su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (spoke) e il Centro di Riferimento (hub) per l'Emodinamica Interventistica con o senza Cardiocirurgia.

Gli attori della rete per l'AO sono rappresentati dal plesso San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, che rappresenta il centro HUB 2 per l'Emodinamica interventistica e cardiocirurgia e ha ruolo di centrale operativa cardiologica di riferimento; dall'Ospedale Umberto I di Nocera e dal Nuovo Ospedale Valle del

Sele con sede ad Eboli che copre i bacini di Battipaglia, Roccaspinosa e Oliveto Citra, che rappresentano il centro HUB 1 di riferimento per emodinamica interventistica; l'Ospedale di Sarno è centro SPOKE del bacino d'utenza.

La centrale operativa cardiologica è una struttura cruciale per gestire prioritariamente il percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi e agire da interfaccia tra le strutture di primo intervento e le strutture specialistiche. Nel caso delle patologie cardiologiche, tale presupposto può essere riferito ai casi che necessitano del trattamento in UTIC e/o con la necessità di emodinamica interventistica e cardiocirurgia per i quali l'AO rappresenta il centro Hub.

La rete non può che prescindere, in tal caso, dalla riorganizzazione funzionale del network dei trasferimenti secondari e dall'implementazione del sistema Centrale Operativa 118.

A questo scopo è necessario il coinvolgimento del SAUT e dello STIR, attraverso il meta coordinamento dei DIE (Dipartimenti Integrati dell'Emergenza). Questi ultimi devono necessariamente avere un ambito provinciale o subprovinciale e gestire sia l'emergenza territoriale che ospedaliera.

La realizzazione e il rafforzamento formale del network può consentire la destinazione dei casi al corretto livello di intensità e in particolare:

- I trasferimenti in emergenza dei pazienti eleggibili tramite SAUT all'Hub per trattamenti di emodinamica interventistica; i pazienti con caratteristiche di emergenza possono giungere in qualunque momento nell'arco delle 24 ore al centro Hub;
- I trasferimenti di urgenza entro le 24/36 ore dagli ospedali di prima accoglienza al centro Hub per i casi accolti e inquadrati/stabilizzati presso i presidi Spoke, svolto con automezzi dell'ospedale di accesso e con il concorso dei medici di guardia presso i servizi di emergenza del presidio o del territorio (trasferimento secondario).
- I trasferimenti di ritorno dal centro Hub al centro Spoke per i casi trattati, da garantirsi tramite un'organizzazione "ad hoc".

Attraverso tali presupposti, il paziente che giunge presso un punto qualsiasi della rete con mezzi propri o con allerta del sistema 118, con sintomatologia cardiologica acuta, va prontamente inquadrato clinicamente e con l'esecuzione immediata di ECG, dosaggio di enzimi miocardici e valutazione del Grace Score.

La trasmissione dell'ECG e dei dati salienti del paziente, a cura dei professionisti del primo soccorso, va inoltrata alla Centrale Cardiologica che decide, sulla base di questi dati, il destino del paziente.

Quest'ultimo può essere ricoverato in una UTIC sprovvista di emodinamica o, al contrario, essere trasportato direttamente presso il Centro di Emodinamica Interventistica dell'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona".

Tale decisione viene immediatamente comunicata alla CO di Salerno che ne dispone il trasferimento.

Il paziente con caratteristiche di emergenza, in particolare con infarto del miocardio e sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) oppure NSTEMI con caratteristiche di grave instabilità sarà immediatamente trasportato al centro di Emodinamica Interventistica dell'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" attivando il regime di Pronto Disponibilità.

Il paziente in condizione di urgenza per Sindromi Coronariche Acute quali Angina

Instabile o Infarto del Miocardio senza sopraslivellamento ST (NSTEMI troponina positiva) con Grace Score >140, può essere conferito al centro di Emodinamica Interventistica dell'AO entro le 48-72 dal contatto con la CO cardiologica.

L'organizzazione per intensità di cure: la rete nella rete

I principi per la rete cardiologica del Piano ospedaliero prevedono la concentrazione della produzione più complessa nei centri di eccellenza. Si tratta di un riassetto funzionale che può essere esaudito solo se all'intensità del bisogno si fa corrispondere l'intensità di risposta assistenziale.

In tal senso, la rete dell'emergenza cardiologica attuata dall'Azienda, ripropone logisticamente e funzionalmente una gradazione del sistema di cure secondo uno schema in livelli:

LIVELLO 1. E' rappresentato dal centro HUB di Emodinamica interventistica e Cardiocirurgia dell'AO ed è localizzato presso la struttura dell'Ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona". Qui vengono trasportati, secondo le procedure sopra descritte, i pazienti che necessitano di intervento emodinamico o cardiocirurgico e di terapia intensiva e sub intensiva. A questo livello il paziente riceve le procedure in emergenza e permane in regime di ricovero per la durata della massima intensità del suo bisogno assistenziale.

LIVELLO 2. È rappresentato dalle degenze di unità intensiva dalle unità operative di Cardiologia degli ospedali "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" e di Mercato San Severino. In esse si attua il monitoraggio continuo e le terapie mediamente invasive e di media intensità per pazienti. Vi afferiscono pazienti per i quali, in fase di inquadramento/stabilizzazione non si ravvisi la necessità di ricorrere a procedure di emodinamica interventistica o cardiocirurgia o per i quali, effettuate queste ultime presso il centro Hub, si sia evidenziata una riduzione dell'intensità di bisogno.

LIVELLO 3. E' rappresentato dalle unità operative di Cardiologia localizzate presso gli ospedali "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" e di Mercato San Severino e dall'unità di Riabilitazione cardiologica dell'ospedale Da Procida di Salerno. In queste sedi si attua la gestione in degenza ordinaria per la bassa intensità di cura e per la post-acuzie, la gestione in ricovero diurno delle condizioni pre-cliniche di rischio, la riabilitazione. Corrispondono, come regimi assistenziali, a questo livello il Day Hospital, il Day Service, la riabilitazione, la discharge room e la pre-ospedalizzazione.

Governo clinico della rete dell'emergenza cardiologica: il responsabile di rete

All'interno dell'AO, data la complessità logistica e funzionale del sistema di offerta, sarà designato un livello operativo trasversale alle unità operative e alla Centrale Operativa dell'Emergenza cardiologica a garanzia dell'efficacia e dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici.

Tale livello prevede che sia designato un responsabile/coordinatore clinico deputato a formalizzare percorsi condivisi con i vari attori del sistema di rete, ad assicurarne la puntuale attuazione e a monitorarne gli esiti.

OBIETTIVI

Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare gli esiti dell'assistenza in termini di riduzione della mortalità e della disabilità per malattie cerebrovascolari acute attraverso la diagnosi precoce delle patologie acute (ischemiche o emorragiche), la valutazione dell'eleggibilità per trombolisi o intervento neurochirurgico, l'allertamento degli ospedali di riferimento • Ottimizzazione degli ambiti di cura • Uniforme governo clinico del sistema nel suo complesso
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione modello Hub&Spoke (centrale operativa 118, emergenza territoriale, aree stroke e Stroke Units di I e II livello) • Individuazione delle relazioni e delle gerarchie tra i punti di produzione • Attivazione di un processo che permetta di indirizzare con immediatezza il paziente presso l'Ospedale più idoneo al trattamento ed in grado di assicurare, quando indicati, tutti gli interventi utili nella fase acuta (rivascolarizzazione farmacologica, chirurgica e/o endovascolare trattamento neurochirurgico delle lesioni emorragiche) • Attivazione di schemi organizzativi in cui è rilevante il ruolo della centrale operativa del 118 e del Pronto Soccorso cui compete il compito, in funzione del livello di gravità, di trasportare o di trasferire con tempestività, i pazienti verso le sedi ove effettuare trattamenti ottimali. • Rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete (outreach), limitando i trasferimenti dei pazienti fra i centri a situazioni cliniche e a fasi temporali del percorso per periodi in cui ciò sia effettivamente necessario in funzione del progetto clinico complessivo. • Ricerca di elementi di connessione tra i centri per quanto riguarda la condivisione di modalità e strumenti operativi, di conoscenze e competenze specifiche e di sistemi di raccolta e gestione delle informazioni • Offrire trasporto protetto • Offrire la possibilità di esaurire all'interno della rete l'intero percorso assistenziale per lo Stroke (20% pp.ll per neurologia Riabilitativa)
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di trasmissione telematica • Telefonia cellulare o fissa dedicata
VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI	
<i>Posti letto</i>	<p>Il Piano Regionale indica per la disciplina di un numero di pp.ll. di per l'Ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.</p>
<i>Attuali elementi del sistema di "rete"</i>	<p>Nell'attuale organizzazione, ...</p>
ANALISI EPIDEMIOLOGICA	
<i>Mortalità</i>	<p>L'ictus cerebrale rappresenta la terza causa di morte nel mondo occidentale dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie (da solo, è responsabile del</p>

10-12% di tutti i decessi) e la prima causa di disabilità determinando, ad un anno dall'evento acuto, un'invalità grave nel 15% dei casi e lieve nel restante 40%. Più precisamente, nei soggetti che sopravvivono, il 48% è emiparetico, il 22% non è deambulante ed una quota variabile tra il 24 - 53 % è dipendente da un caregiver.

Il numero di nuovi casi/anni in Italia,calcolato per tutte le classi di età,è stimato intorno a 196.000 (dati 2001) di cui 80% sono nuovi episodi (157.000). La mortalità a breve termine è del 20-25%.

L'Ictus ischemico è la forma più frequente di ictus (80%circa) e colpisce soggetti con età media >70 anni con prevalenza nel sesso maschile.

Dai dati del Ministero della Salute si evince che il DRG 14 (raggruppamento diagnostico corrispondente alle diverse tipologie di ictus acuto) costituisce la nona causa di dimissioni ospedaliere per un totale di circa 120000 ricoveri annui di cui circa 9500 nella sola Campania (anno 2001). Di questi, gli ictus ospedalizzati in provincia di Salerno superano i 2000, dove le dimissioni ospedaliere rappresentano il 25,2% del totale regionale, con un tasso standardizzato di mortalità (172.9) più basso rispetto a quello campano (188,1) ma elevato rispetto a quello nazionale.

Ospedalizzazione per l'MDC 01

L'ospedalizzazione per MDC 1, Malattie e disturbi sistema nervoso, è stata analizzata per l'anno di riferimento 2009 per i cittadini residenti in Provincia di Salerno a livello nazionale, regionale, provinciale e per i quattro ospedali in esame. I dati sono stati integrati con l'analisi di mobilità passiva extra-regionale e extra-provinciale.

I ricoveri per malattie neurologiche (MDC 1) effettuati nell'anno 2009 per cittadini della provincia di Salerno sono stati 16.145.

Di questi, 14.223 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate. 12.423 sono i casi trattati presso strutture provinciali e 180 nelle strutture extraprovincia.

La casistica trattata a livello aziendale è descritta nella tabella I.

In totale, dunque, nel 2009 sono stati effettuati 6.856 ricoveri distribuiti tra i quattro plessi considerati, riferibili a disturbi o patologie neurologiche tra urgenti e in elezione, chirurgici e medici, diurni e ordinari.

Ictus

I dati di ospedalizzazione per Stroke sono stati estratti assumendo i seguenti DRG:

14 Emorragia intracranica o infarto cerebrale

15 Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto

16 Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC

17 Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC

La scelta di includere nell'analisi non solo il DRG 14, fedele indicatore dell'evento Stroke, quanto anche i DRG relativi a sindromi e patologie suggestive di Stroke in atto, è funzionale alla analisi tecnica per la costruzione della rete, in quanto permette di quantificare (e, in qualche modo, qualificare) la casistica che si rivolge ai servizi ospedalieri e che rientra nella prima fase diagnostica di conferma/esclusione.

DRG 14 Emorragia Intracranica o Infarto Cerebrale (Tabella L)

Gli ictus totali confermati alla dimissione sono stati 571. Di questi, la maggior parte (86% circa) è stata trattata al Ruggi d'Aragona (Tabella M)

ELEMENTI EMERSI

I casi di disturbi cerebrovascolari trattati nei 4 ospedali sono stati 949. In 571 casi, il ricovero ha confermato la diagnosi di stroke, mentre in 478 casi si è trattato di altri disturbi cerebrovascolari. Mentre nel caso dell'ictus confermato, i casi sono stati trattati prevalentemente presso il Ruggi d'Aragona (86% circa), i ricoveri per diagnosi non-ictus ma con presentazione suggestiva sono stati 96 a MSS, 73 a Cava, e 9 al Da Procida.

RIELABORAZIONE DEI DATI

Riscrivendo i casi emersi secondo il paradigma dell'accesso alle cure, potremmo dire che 118 pazienti sono stati ricoverati presso il Presidio di Mercato San Severino con sintomatologia cerebrovascolare e che in 22 casi è stato confermato un ictus, così come 131 pazienti sono stati ricoverati presso il Presidio di Cava de'Tirreni con sintomatologia cerebrovascolare e che in 58 casi è stato confermato un ictus e che 780 pazienti sono stati ricoverati presso l'AO Ruggi d'Aragona con sintomatologia cerebrovascolare e che in 490 casi è stato confermato un ictus.

Tale rielaborazione ridimensiona il bacino di utenza nella misura dell'accesso e rappresenta la base di partenza per l'avvio della rete.

LIVELLO 1. Il livello 1 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di terapia intensiva e sub intensiva e della massima intensità di cura. Possono essere ricompresi in questo livello:

- I casi che alla TC sono confermati come ictus emorragici o per i quali non si escluda l'ictus ischemico

Per tali situazioni cliniche, il fabbisogno complessivo stimato a partire dai casi trattati in Azienda è di circa 600 casi/anno.

LIVELLO 2. Il livello 2 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di degenza in unità di alta intensità di cura per il monitoraggio continuo e per terapie mediamente invasive e di media intensità (posti letto di cura ordinaria).

Possono essere ricompresi in questo livello: le commozioni cerebrali, alcuni stati stuporosi, alcune forme convulsive, le sindromi cerebrovascolari non ictus, una volta stabilizzate le condizioni neurologiche e generali.

LIVELLO 3. Il livello 3 dell'intensità di fabbisogno ricomprende situazioni a bassa intensità di cura, la riabilitazione e la post-acuzie. Corrispondono, come regimi assistenziali, a questo livello il Day Hospital, il Day Service, la riabilitazione, la discharge room e la pre-ospedalizzazione.

Possono essere ricompresi in questo livello: le malattie demielinizzanti e neurodegenerative, la neuro riabilitazione.

IL PIANO DELLA RETE NEUROLOGICA

In qualunque ospedale il paziente con sospetto ictus acceda, deve ricevere:

- l'immediata valutazione delle condizioni vitali;
- la valutazione neurologica e la diagnosi clinica di sospetto ictus con

Il fabbisogno per intensità.

L'organizzazione a rete dell'emergenza neurologica e

Stroke

- rilevamento dell'ora di esordio;
- l'inquadramento clinico precoce (diagnosi di natura, gravità complessiva, comorbidità)
- l'indirizzo terapeutico con particolare riferimento alla eleggibilità alla trombolisi.

Tutto questo presuppone l'esecuzione di una TAC senza mezzo di contrasto il più rapidamente possibile all'accesso.

OBIETTIVI

Obiettivi generali	•						
Obiettivi specifici	•						
Strumenti	•						
	Valutazione delle potenzialità dei vari centri						
<i>Posti letto</i>							
<i>Dotazioni specifiche per disciplina Attuali</i>							
<i>presupposti del sistema a "rete"</i>	-						
<i>Mortalità e morbosità per malattie ortopedico-traumatologiche</i>	<p style="text-align: center;">Analisi epidemiologica</p> <p>Un indicatore macroscopico, sebbene indiretto, dell'entità del fenomeno traumi, può essere ricercato nelle statistiche per incidenti stradali. L'ISTAT riporta, per il 2008 in Provincia di Salerno, 2.852 incidenti stradali, di cui 75 mortali. Il numero di morti per incidenti stradali è stato di 86 e 4.371 sono stati i feriti. A questi, naturalmente, andrebbero aggiunti i dati derivanti da altre categorie infortunistiche quali i traumi sul lavoro e gli incidenti domestici.</p> <p>L'ospedalizzazione per disturbi ortopedici e traumatismi è stata analizzata partendo dai seguenti MDC:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">08</td> <td>Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>Traumatismi multipli</td> </tr> </table> <p>Complessivamente, la domanda di ospedalizzazione per questi MDC è stata per i cittadini della Provincia di Salerno, Ricoveri nel 2009.</p> <p>I ricoveri complessivi per tali MDC sono stati, per i quattro ospedali, 12.795. In particolare, 11.012 ricoveri sono stati effettuati per disturbi ortopedici e osteo-muscolari; 1718 per traumatismi e 65 per traumatismi multipli.</p> <p>I casi ospedalizzati per Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo di cittadini della Provincia di Salerno sono stati, in totale 26.099. Di questi, 2879 sono stati trattati fuori regione e 23220 presso strutture regionali sia pubbliche che private. 2862 sono stati i casi trattati fuori dalla Provincia di Salerno.</p> <p>Nei quattro ospedali, sono stati 11.012 i ricoveri effettuati per disturbi ortopedici e osteo-muscolari; di conseguenza, 12.208 sono stati i cittadini salernitani trattati presso strutture regionali diverse dall'AOU.</p> <p>I ricoveri per traumatismi (MDC 21 e MDC 24, considerati al netto dei ricoveri per ustione, avvelenamenti e reazioni allergiche) per cittadini della Provincia di Salerno sono stati in totale, 833 nel 2009. 5969 sono stati i ricoveri effettuati in regione per fratture e trattamento medico di fratture.</p> <p>Nei 4 ospedali in esame, i ricoveri per traumatismi sono stati 167. A questi vanno aggiunti i dimessi per fratture trattati in ricovero presso le strutture di Ortopedia e</p>	08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	24	Traumatismi multipli
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo						
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci						
24	Traumatismi multipli						
<i>Ospedalizzazione per MDC 8, 21 e 24 per residenti di Salerno</i>							
<i>MDC 8 Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo</i>							
<i>MDC 21 e 24: traumatismi</i>							

Mobilità passiva per disturbi ortopedici

Traumatologia dell'Azienda che, nell'anno di riferimento, sono state 2883, di cui 2454 in ricovero ordinario e 429 in DH, e i 234 ricoveri eseguiti per la rimozione di mezzi di fissaggio.

L'MDC 8 Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo è tra le principali cause di fuga extraregione per cittadini della Provincia di Salerno, con circa 300 casi di ricovero fuori regione per "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori", 284 per "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", 266 per "Malattie del tessuto connettivo senza CC" e 201 per "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione". Le stesse "Afezioni mediche del dorso", rappresentate in un DRG a rischio di in appropriatezza, fanno registrare un significativo ricorso a strutture extraregionali (139 casi).

Mobilità passiva per traumi e fratture

Per quanto riguarda la mobilità extraregionale per traumatismi, 76 sono stati effettuati fuori regione. Le fratture trattate in strutture non provinciali sono state 387 nel 2009.

Elementi emersi

Il fenomeno dei traumatismi è particolarmente significativo in provincia.

Rielaborazione dei dati

Il rischio di in appropriatezza

Numerosi DRG di pertinenza ortopedico-traumatologica sono a rischio di non appropriatezza; tra questi, le affezioni del dorso, tendiniti e borsiti, le artopatie e numerosi interventi sulle articolazioni (eccetto quelle maggiori). Le fratture, inoltre, oltre a rientrare nella lista dei DRG a rischio, sono responsabili di numerosi ricoveri di 0-1 giorno per i quali va posta ulteriore attenzione in termini di appropriatezza organizzativa e corretta scelta del setting assistenziale.

Il fabbisogno per intensità.

Riscrivendo i dati emersi secondo il paradigma dell'intensità assistenziale, si può rintracciare, nell'ambito delle condizioni afferenti alla disciplina ortopedico-traumatologica, un triplice livello di intensità:

LIVELLO 1. Il livello 1 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di terapia intensiva e sub intensiva e della massima intensità di cura, con attivazione tempestiva di equipages multidisciplinari dedicate e estensivo coinvolgimento del sistema di emergenza. Possono essere ricompresi in questo livello:

- I traumatismi multipli,
- I traumi gravi

Per tali situazioni cliniche, il fabbisogno complessivo stimato a partire dai casi trattati in Azienda è di circa 70 casi/anno.

LIVELLO 2. Il livello 2 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di degenza in unità di alta intensità di cura per il monitoraggio continuo e per terapie mediamente invasive e di media intensità (posti letto di cura ordinaria).

Possono essere ricompresi in questo livello: alcuni traumatismi, gli interventi chirurgici, anche elettivi, di alta specializzazione.

LIVELLO 3. Il livello 3 dell'intensità di fabbisogno ricomprende situazioni a bassa intensità di cura, la riabilitazione e la post-acuzie. Corrispondono, come regimi assistenziali, a questo livello il Day Hospital, il Day Service, la riabilitazione, la discharge room e la pre-ospedalizzazione.

Possono essere ricompresi in questo livello: le fratture, le distorsioni e i traumi ossei non gravi per quanto riguarda la traumatologia; i disturbi e le affezioni dell'apparato osteoarticolare e muscolare, le procedure di artroscopia nell'ambito dei disturbi non traumatici. La riabilitazione ortopedica post-traumatica e post-chirurgica rientra in tale livello.

Il piano della rete Ortopedico-Traumatologica

Il Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) funge da ospedale di riferimento per la gestione del trauma maggiore e deve essere in grado di accogliere 24h/24 il Paziente con lesioni mono o polidistrettuali e che necessiti di alta specialità ed è sede delle Unità Operative riabilitative in cui rientra l'Unità Spinale Unipolare. Il Centro Trauma di Zona (CTZ), localizzato nell'Ospedale Ruggi d'Aragona, deve essere dotato delle risorse necessarie a trattare 24h/24, in modo definitivo, tutte le lesioni tranne quelle connesse ad alcune alte specialità.

L'organizzazione a rete dell'ortopedia-traumatologia e la rete dei grandi traumi.

L'organizzazione per intensità di cure: la rete nella rete

Governo clinico della rete dell'emergenza cardiologica: il responsabile di rete

OBIETTIVI

Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione dell'assistenza materno-infantile • Umanizzazione del percorso nascita • Ricerca di sinergie con le attività delle strutture territoriali e valorizzazione delle interdipendenze esistenti ai vari livelli operativi 						
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> • Contenere il ricorso al parto cesareo e promuovere il parto fisiologico • 						
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare la parto analgesia • Garantire cure non invasive alle gravidanze fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio 						
Valutazione delle potenzialità dei vari centri							
<i>Posti letto</i>	La rete materno-infantile comprende le discipline di Pediatria, Neonatologia, Terapia intensiva neonatale, ostetricia e ginecologia.						
<i>Dotazioni specifiche per disciplina Attuali presupposti del sistema a "rete"</i>	-						
Analisi epidemiologica							
<i>Natalità e patologia materno-infantile</i>	<p>La provincia di Salerno presenta un tasso di natalità inferiore alla media regionale (quest'ultimo, tuttavia, tra i più alti a livello nazionale). È, inoltre, tra le province in cui è maggiore il ricorso all'ecografia prenatale (nel 74% dei casi sono effettuate più di 6 ecografie in gravidanza nella SA 2), con percentuali più elevate di madri di età superiore a 39 e di nati pre-termine. E' significativo il ricorso alla procreazione medicalmente assistita.</p> <p>Il tasso di nati mortalità è il più basso a livello regionale (1,5‰ vs 2,5‰).</p>						
<i>Ospedalizzazione per MDC materno-infantili (13-14-15)</i>	<p>L'ospedalizzazione materno infantile può essere valutata prendendo come valori di riferimento quelli prodotti nell'anno 2009 dai seguenti MDC:</p> <table border="0" data-bbox="469 1391 1209 1496"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">13</td> <td>Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Gravidanza, parto e puerperio</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Malattie e disturbi periodo perinatale</td> </tr> </table> <p>A questi vanno aggiunti i dati di ospedalizzazione relativi alle branche di Pediatria e Chirurgia Pediatrica, non necessariamente riconducibili agli MDC materno-infantili.</p> <p>Per gli MDC 13, 14 e 15 i ricoveri effettuati dai 4 ospedali nel 2009 sono stati complessivamente 14.606.</p> <p>Il ricovero ordinario nelle Unità Operative di Ginecologia e Ostetricia è principalmente utilizzato per l'evento nascita; prevale il ricorso al parto operativo sul totale dei parti. Il cesareo è anche il DRG maggiormente rappresentato, seguito dal parto fisiologico e dall'aborto. I ricoveri ordinari non correlati alla gravidanza offrono a considerare una dispersione della casistica (molti gruppi di DRG per pochi casi trattati).</p> <p>Il ricovero diurno è utilizzato prevalentemente per l'interruzione chirurgica della gravidanza; il primo DRG medico in DH è rappresentato da gravidanze non complicate seguito dai disturbi mestruali.</p>	13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	14	Gravidanza, parto e puerperio	15	Malattie e disturbi periodo perinatale
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile						
14	Gravidanza, parto e puerperio						
15	Malattie e disturbi periodo perinatale						

I ricoveri effettuati presso le Unità Operative di Pediatria sono stati in totale, 3308. Tra i casi trattati in ricovero diurno (in totale, 1258) prevalgono i disturbi gastrointestinali, neuropsichiatrici e metabolici; il ricovero ordinario è prevalentemente utilizzato per casi a carattere di urgenza quali le gastroenteriti, le sindromi critiche e le affezioni acute dell'apparato respiratorio.

Mobilità passiva

Elementi emersi

Rielaborazione dei dati

Il rischio di inappropriatazza

Il principale rischio di inappropriatazza in ambito ostetrico riguarda il ricorso al parto cesareo (1397 sono stati i parti chirurgici su un totale di 2370 parti); per i DRG pediatrici, molta attenzione va posta ai disturbi gastrointestinali miscelanei, ricoverati per gran parte in regime di urgenza. È, altresì, degno di considerazione il ricorso a ricoveri ginecologici per neoplasie mammarie.

Il fabbisogno per intensità.

Rileggendo i dati di ospedalizzazione, è possibile rintracciare nella casistica trattata in Azienda una gradazione sensibile dell'intensità assistenziale richiesta al ricovero. Adottando uno schema convenzionale, i casi trattati si possono ricondurre a tre livelli di intensità decrescente:

LIVELLO 1. Il livello 1 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di terapia intensiva e sub intensiva e della massima intensità di cura.

Possono essere ricompresi in questo livello i ricoveri presso la Terapia Intensiva Neonatale che, nell'anno di riferimento, sono stati 607, alcune manifestazioni critiche, alcuni traumatismi e stati tossici in età pediatrica.

LIVELLO 2. Il livello 2 dell'intensità di fabbisogno ricomprende le situazioni cliniche che necessitano di degenza in unità di alta intensità di cura per il monitoraggio continuo e per terapie mediamente invasive e di media intensità (posti letto di cura ordinaria).

Possono essere ricompresi in questo livello:

- i parti cesarei;
- i parti fisiologici con complicanze;
- le complicanze gravidiche
- i neonati sani.

LIVELLO 3. Il livello 3 dell'intensità di fabbisogno ricomprende situazioni pre-cliniche di rischio a bassa intensità di cura, la riabilitazione e la post-acuzie. Corrispondono, come regimi assistenziali, a questo livello il Day Hospital, il Day Service, la riabilitazione, la discharge room e la pre-ospedalizzazione.

Possono essere ricompresi in questo livello:

- i disturbi della sfera ginecologica;
- i disturbi minori dell'età pediatrica;
- la gravidanza e il puerperio;
- i disturbi correlati alla menopausa.
-

Il piano della rete Materno-Infantile

L'organizzazione a rete materno-infantile.

Implementazione/creazione di network in cui i punti nascita lavorino in rete secondo un modello hub and spoke, in cui esistano criteri espliciti di selezione delle pazienti per indirizzarle verso il punto nascita più appropriato per complessità di cure erogate e in cui esista un vincolo, per il centro, di diffusione delle competenze cliniche verso i centri più periferici.

*L'organizzazione
per intensità di
cure: la rete nella
rete*

I livello (cure minime), le unità che in assenza di patologie accertate controllano la gravidanza a basso rischio garantendo il diritto della madre di vivere il parto come evento naturale con adeguati livelli di sorveglianza della progressione del travaglio- parto e del benessere fetale e neonatale mediante utilizzo di strumenti idonei.

II livello (cure medie) le unità che assistono gravidanze e parti a rischio e i relativi nati con patologia che non richiedano ricovero presso il III livello di cura.

III livello (cure intensive) le unità che assistono gravidanze e parti a rischio elevato e i nati patologici ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva

Organizzazione del Pronto Soccorso Ostetrico e del Pronto Soccorso Pediatrico, quest'ultimo dotato di Osservazione Breve Pediatrica.

*Governo clinico
della rete
materno-
infantile: il
responsabile di
rete*

OBIETTIVI

Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento gli esiti dell'assistenza • Ottimizzazione degli ambiti di cura e appropriatezza clinica del sistema
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> • Superamento delle disomogeneità territoriali a livello di servizi sanitari erogati; • Raggiungimento di sempre più elevati standard di trattamento; • Semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e terapia; • Semplificazione nell'accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative e di avanguardia; • Avvicinamento dei servizi al contesto di vita della persona • Presa in carico totale della persona malata
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> • Tempestività ed omogeneità, elevata integrazione, professionale, appropriatezza e qualità diffusa, percorsi assistenziali condivisi e caratterizzati dalla "presa in carico" e dalla continuità di cura • Facilità di accesso alle tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative
<i>Posti letto</i>	VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI
<i>Dotazioni specifiche per disciplina</i>	<p>Il Piano Regionale indica per la disciplina di Oncologia un numero di pp.ll. di 22 per l'Azienda San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona (10 ordinari e 12 di DH). Presso l'Ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno è presente l'Unità di Manipolazione dei Chemioantiblastici (UMaCA); presso gli Ospedali "Fucito" di Mercato San Severino e da Procida sono disponibili capper a flusso laminare e sistemi chiusi per la somministrazione di farmaci</p>
<i>Mortalità e morbosità per malattie oncologiche</i>	ANALISI EPIDEMIOLOGICA
<i>Ospedalizzazione per MDC 17 per residenti di Salerno</i>	<p>Le malattie oncologiche vivono, nelle regioni del Sud, l'insostenibile paradosso di una minore incidenza (almeno per i tumori a più alto impatto, quali le neoplasie mammarie o del colon) e di una maggiore mortalità. Tale evidenza (peraltro non perenne, se si considera che l'incidenza si sta progressivamente allineando con quella nazionale) è spiegata dalla presenza di fattori protettivi naturali e culturali da un lato e dalla carenza e/o dalla inefficacia complessiva dei servizi sanitari che si traduce in diagnosi trattamenti intempestivi.</p> <p>Il fenomeno dell'ospedalizzazione per malattie oncologiche offre a considerare una notevole complessità legata a logiche sia organizzative (molto spesso le strutture di diagnosi non hanno competenza per il trattamento) sia cognitive ed emotive, legate al paziente (l'impatto psicologico del cancro determina reazioni imprevedibili che spesso si traducono in "viaggi della speranza").</p> <p>I ricoveri per l'MDC 17 "Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate" per cittadini salernitani sono stati 12.346 nel 2009. Il DRG maggiormente rappresentato è il 410, Chemioterapia.</p> <p>I ricoveri in Azienda per MDC 17 sono stati 2648; di questi, circa il 50% è stato effettuato presso l'Ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", il 23% al Da Procida, il 21% all'Ospedale di Mercato San Severino e poco più del 5% all'Ospedale di Cava d'Irreni.</p>

Mobilità passiva

Dei 12.346 ricoveri per malattie oncologiche, 9.929 sono stati effettuati presso le strutture regionali mentre 2.417 sono stati effettuati fuori regione. Sono 3.235 i ricoveri per cittadini di Salerno effettuati in strutture di cura regionali ma al di fuori della provincia. La Chemioterapia è il principale motivo di “fuga” sia fuori provincia che fuori regione, con mete anche molto distanti (Lombardia, Emilia, Toscana).

ELEMENTI EMERSI

Il trattamento dei tumori in provincia di Salerno è tra le tematiche di politica sanitaria che maggiormente soffre del fattore immagine/attrazione.

RIELABORAZIONE DEI DATI

Il rischio di inappropriatazza

Il DRG 410 rientra tra i DRG ad alto rischio di in appropriatezza, anche quando eseguito in DH. Sono, inoltre, da trasferire a regimi assistenziali inferiori, la radioterapia, i ricoveri per linfoma e leucemia non acuta senza complicanze e i DRG con anamnesi di neoplasia maligna, compresi quelli eseguiti per riabilitazione.

Il fabbisogno per intensità.

La rilettura dei dati sull'ospedalizzazione per neoplasia, merita di essere condotta alla luce del percorso che, macroscopicamente, viene innescato per i tumori maligni. In linea di massima, il percorso si articola in una fase diagnostico-stadiativa, nella quale sono particolarmente coinvolti, oltre a quelli clinici, i servizi diagnostici di imaging e medicina nucleare e i servizi di laboratorio e anatomia patologica; una fase interventistica, basata sulla chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia, e una fase di riabilitazione e follow up.

L'intensità di bisogno espresso nella prima e nella terza fase può essere considerata bassa; in questi “periodi”, la priorità è data dalla integrazione, dalla tempestività, dall'accessibilità, dalla presa in carico e dalla umanizzazione. Nella fase interventistica, si può riconoscere al solo momento chirurgico una condizione di alta intensità e al trattamento radioterapico una logistica peculiare, laddove l'esecuzione della chemioterapia deve garantire, precipuamente, caratteristiche di accessibilità e umanizzazione, da intendersi, tra l'altro, come offerta del servizio “vicino casa”.

IL PIANO DELLA RETE ONCOLOGICA

L'organizzazione a rete dell'oncologia.

Il modello assistenziale è di tipo integrato e il suo fine è garantire:

- un tempestivo accesso alle prestazioni, rendendolo coerente con la gravità clinica e le necessità assistenziali del singolo paziente;
- l'attuazione dei principali percorsi assistenziali, per rendere agevolmente fruibili le strutture di degenza ordinaria e di day-hospital dedicate ai pazienti acuti in ambito ospedaliero;
- la predisposizione di una rete di presidi diagnostico-terapeutici e riabilitativi adeguati ai bacini di utenza e identificati nella specifica macroarea;
- la promozione e diffusione di protocolli validati, in base alle evidenze scientifiche, per migliorare la tempestività diagnostica per le principali patologie;
- la promozione di programmi di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie;
- la riduzione dell'inappropriatezza degli interventi;
- l'implementazione di programmi di assistenza e cura, che garantiscano la continuità terapeutico-assistenziale al malato oncologico, dall'inizio all'esito della

malattia, attraverso una coerente integrazione dei diversi livelli di assistenza extraospedaliera, ambulatoriale ed ospedaliera, da attuarsi tramite la definizione di protocolli di comportamento ospedale-territorio;

- la definizione di assetti organizzativi delle strutture di prevenzione, diagnosi e cura, articolati su diversi livelli di complessità in funzione della complessità della patologia oncologica;
- l'integrazione multidisciplinare, che garantisca un approccio globale alle cure dei malati oncologici;
- la garanzia, per il paziente oncologico, della presenza costante di una struttura di riferimento;
- un'economia di scala (ad esempio, la condivisione di beni e servizi di alto costo mediante "centri servizi" comuni a più a centri appartenenti alla specifica area).

L'organizzazione per intensità di cure: la rete nella rete

L'organizzazione aziendale della rete oncologica prevede una gerarchia di produzione de localizzata per intensità di cura....(**VEDI LE 2 IPOTESI DEL SOTTOGRUPPO ONCOLOGIA**)

Governo clinico della rete dell'emergenza cardiologica: il responsabile di rete

LA RETE DELLE CURE PSICHIATRICHE

Xxx

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI GASTROENTEROLOGIA

OBIETTIVI

Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> • realizzare una forma organizzativa ad "alta integrazione", per la Gestione delle Urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva visto l'impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni.
Obiettivi specifici	
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> •
VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI CENTRI	
<i>Struttura organico</i> e	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Struttura Complessa di Gastroenterologia, servizio h/24 <u>P.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona</u> Organico: 1 direttore di struttura complessa 3 medici n infermieri di cui 1 coordinatrice

- **1 Struttura Complessa Endoscopia Digestiva Operativa e di Urgenza servizio h/24**

(sedute endoscopiche su due sale dalle ore 8 alle ore 14 e dalle ore 14 alle ore 20.)

P.O. "Gaetano Fucito" Mercato San Severino

Organico:

1 direttore di struttura complessa

5 medici

5 infermieri di cui 1 coordinatrice.

2 Posti letto in regime di Day-hospital.

Vocazione
specificata

**1. U.O. C. di Endoscopia Digestiva P.O. Mercato San Severino
(attualmente nell'area dei servizi diagnostici)**

- Diagnostica e trattamenti di endoscopia chirurgica (operativi) delle patologie benigne, premaligne e maligne della ***via biliare e del pancreas***, oltre che del tubo digerente.
- Palliazione dei pazienti con malattie neoplastiche avanzate del tubo digerente, ***vie biliari e pancreas***.
- Percorsi assistenziali per le patologie del comportamento alimentare in collaborazione con specialisti della nutrizione e psicologi.
- Diagnostica di base delle malattie digestive del tratto superiore medio ed inferiore con endoscopia tradizionale e videocapsula di ultima generazione;
- Diagnostica dei disturbi della motilità intestinale con studio ph-manometrico.
- Diagnostica funzionale con test sul respiro, (test di intolleranza al lattosio e test di contaminazione del tenue).
- Nutrizione enterale artificiale con posizionamento e gestione di PEG e Jpeg.
- Diagnosi e gestione della malattia celiaca, (Centro regionale per la certificazione della patologia celiaca).
- Gestione, prevenzione e sorveglianza delle condizioni familiari e delle patologie preneoplastiche (poliposi familiare, malattie infiammatorie croniche intestinali ed esofago di Barrett).
- Screening di primo e secondo livello del cancro del colon.
Palliazione dei pazienti con malattie neoplastiche avanzate del tubo digerente, vie biliari e pancreas.
Gestione delle urgenze gastroenterologiche (emorragie digestive, colangiti, pancreatici, ingestione di corpi estranei e di caustici, complicanze della patologia epatica, con sclerosi ed legatura delle varici esofagee).

**2. U.O.C. di Gastroenterologia,
P.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
AGGIUNGERE ATTIVITÀ E SPECIFICITÀ !!!!!!!
Da parte dottoressa Cordua**

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Ospedalizzazione
per residenti di
Salerno

IL PIANO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA GASTROENTEROLOGIA

L'organizzazione
a rete

Le due strutture complesse così potrebbero garantire, per le 24 ore, l'emergenza urgenza della patologia digestiva dell'Azienda Ospedaliera integrata "San Giovanni

*dell'emergenza
urgenza.*

di Dio e Ruggi” oltre che il secondo livello assistenziale di tutta la provincia con collegamenti tra ospedali e territori omogenei tenendo conto della particolare orografia della nostra provincia e cioè:

tutte le prestazioni dell'agro Nocerino-Sarnese, inclusa Cava de'Tirreni, visto che, allo stato non esiste l'organizzazione dell'emergenza endoscopica nel territorio della ex ASL Salerno1.

tutte le prestazioni della Valle dell'Irno, della piana del Sele fino ad Eboli, di Pontecagnano, Battipaglia e dei Picentini fino ad Oliveto Citra, visto che, allo stato non esiste l'organizzazione dell'emergenza endoscopica nel territorio della ex ASL Salerno2.

delle Urgenze: ex Sa1 e nord provincia su Mercato San Severino e Salerno Valle del Sele -Picentini al “San Giovanni e Ruggi”.

L'organizzazione dell'assistenza notturna e festiva andrebbe centralizzata invece presso il “San Giovanni e Ruggi” con una guardia attiva “Bleeding center” compatibilmente con le risorse umane ed economiche destinabili a tale scopo, con attività a cui partecipa il personale delle due unità operative.

È necessario dare comunicazione di tale organizzazione a tutti i Direttori Sanitari dei presidi ospedalieri ed ottenere un protocollo condiviso con la rete del 118, nonché con i responsabili dell'area critica della ASL Salerno.

I percorsi assistenziali dell'emergenza endoscopica saranno evidenziati in apposite raccomandazioni (linee guida) che verranno redatte da un apposito gruppo di lavoro, in collaborazione con il capo dipartimento dell'area.

*Proposta
organizzativa*

L'obiettivo organizzativo è quello di offrire ai pazienti il più efficace percorso assistenziale, per le problematiche di area endoscopica - gastroenterologica, utilizzando al meglio le risorse umane e tecnologiche esistenti. Tale obiettivo sarebbe conseguibile con la realizzazione di percorsi diurni suddivisi per i due plessi a seconda della provenienza dei pazienti con percorsi integrati tra le due U.O. per i pazienti più complessi e la realizzazione di sedute di operativa delle vie biliari “congiunte” con personale delle due U.O. (1 a Mercato San Severino ed 1 al Ruggi a settimana)

*Governo clinico
della rete: il
responsabile di
rete*

Il Piano di redistribuzione del personale

Il complesso “perimetro logico” nel quale l’Azienda si troverà ad operare nei prossimi anni costituito dal forte incremento di posti letto, l’accorpamento dei plessi ospedalieri e la costituzione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria, accompagnate da una situazione attuale di forte contenimento del numero del personale dovute alle manovre regionali, permettono una rideterminazione del personale che comporta un incremento complessivo del personale di 1.137 unità.

I maggiori incrementi, dovuti soprattutto al rafforzamento delle attività e all’introduzione di nuove discipline, riguarda principalmente i medici (+173 unità), il personale infermieristico (+246 unità).

Discorso a parte merita l’incremento del personale amministrativo dirigente (+9) e di comparto (+117). si è aggiunto il sommarsi di compiti e di attività svolte dai servizi centrali amministrativi dell’ASL relativi ai tre plessi. Il decreto di trasferimento del personale dipendente dei tre plessi ha preso in considerazione esclusivamente il personale operante nei plessi ma non quello situato nei servizi centrali dell’ASL che comunque svolgeva compiti, prevalentemente amministrativi ma non solo, per i tre plessi. Appare dunque, da subito, prevedere un incremento di tale tipologia di personale pena la possibile paralisi delle relative attività.

Un altro forte incremento riguarda gli Ausiliari Socio Sanitari (+394). Tale incremento è il risultato di una cronica carenza di personale delle pulizie dell’AO che si aggiunge alla assenza di tale personale dipendente nell’ambito dei tre plessi che, evidentemente, si sono avvalsi, fino ad oggi, di personale convenzionato.

Da sottolineare, infine, nell’ambito della rideterminazione della dotazione organica aziendale, il rafforzamento o l’introduzione di nuove figure professionali qualificanti per le attività aziendali: farmacisti, biologi, chimici, fisici sanitari, psicologi, analisti, sociologi, ingegneri, avvocati, architetti.

	Totale 4 plessi al 31 12.2010	Rideterminazione della dotazione organica "a regime"	variazione
RUOLO SANITARIO			
MEDICI	619	792	173
FARMACISTI	9	13	4
BIOLOGI	19	31	12
CHIMICI	0	3	3
FISICI SANITARI	2	6	4
PSICOLOGI	0	3	3
Collab. Prof.Sanitario Esperto	60	100	40
Collab. Prof.Sanitario	1.324	1.530	206
Collab.Prof. Tecnico Sanitario Esperto	24	28	4
Collab. Prof. Tecnico Sanitario cat.D	188	202	14
Collab.Prof.Riabilit.Esp.cat.D liv.DS	4	4	0
Collab.Prof.Riabilit.cat.D	25	34	9
Dirigenti SAIOT	0	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO			0
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	12	21	9
Collab.Amm.vo Prof.Esp.	18	21	3
Collab.Amm.vo Prof.	34	45	11
Assistente Amm.vo	67	100	33
Coadiutore Amm.vo Esperto	16	14	-2
Coadiutore Amm.vo cat.B	16	88	72
Commessi	5	24	19
RUOLO TECNICO			0
ANALISTI	1	4	3
SOCIOLOGI	1	4	3
Collab. Tecn. Prof. Esperti	0	2	2
Collab. Tecn. Prof.	3	12	9
Assistenti Tecnici	9	22	13
Operatori Tecnici	529	610	81
Ausiliari Socio Sanitari	86	480	394
Assistenti Sociali Esperti	2	2	0
Assistenti Sociali	3	7	4
RUOLO PROFESSIONALE			0
INGEGNERI	3	7	4
AVVOCATI	2	4	2
ARCHITETTI	0	1	1
Assistenti Religiosi	3	6	3
Totale generale	3.084	4.221	1.137

	Totale 4 plessi al 31.12.2010	Rideterminazione della dotazione organica	variazione
totale Medici	619	792	173
totale Dirigenti Sanitari non medici	30	56	26
totale Dirigenza T.P.A.	19	41	22
Totale Dirigenti	668	890	222
comparto sanitario	1.625	1.898	273
comparto amministrativo	156	292	136
comparto tecnico	632	1.135	503
comparto professionale	3	6	3
Totale Comparto	2.416	3.331	915
Totale Generale	3.084	4.221	1.137
Totale posti letto	1.039	1.148	109

Politica degli investimenti

IL FABBISOGNO DI ATTREZZATURE BIOMEDICALI

?

GLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA,

?

Il Progetto di informatizzazione

Il nuovo sistema informativo aziendale dell'AO rientra nel più ampio processo di informatizzazione dell'intero sistema informativo delle Aziende Sanitarie della provincia di Salerno (SISA).

Con una scelta assolutamente innovativa, l'Azienda Ospedaliera e l'ASL di Salerno sono pervenute ad un accordo che ha inteso unificare le procedure informatizzate delle due aziende al fine di meglio supportare le nuove esigenze operative e i processi di integrazione delle stesse.

L'operazione, condotta dalla Soresa Spa, a cui la Regione Campania ha demandato le funzioni per l'acquisizione centralizzata di beni, attrezzature e servizi non sanitari, è andata a buon fine per quel che riguarda l'aggiudicazione in via definitiva dell'appalto per la fornitura per 6 anni del sistema informativo integrato delle due Aziende¹². La sfida è particolarmente stimolante e, tra i suoi possibili esiti, vi è quello di poter divenire un nuovo standard di riferimento per l'intera informatizzazione delle aziende sanitarie della Regione Campania. Per quel che riguarda questa Azienda, il progetto di implementazione del nuovo sistema è già avviato da alcuni mesi.

Obiettivo primario del progetto è quello di gestire in modo coerente ed integrato tutti i processi di diagnosi, assistenza e cura, tanto amministrativi che più propriamente clinici, ponendo al centro della progettazione il paziente e con lui tutti i diversi ruoli professionali coinvolti nelle attività sanitarie. Il progetto prevede la costruzione di un sistema informativo complesso e innovativo, basato su di una architettura tecnologicamente avanzata, in grado di garantire un adeguato supporto sia ai processi clinici che a quelli amministrativi attraverso l'adozione di una base dati unica.

La piattaforma informatizzata è composta da sette aree applicative nativamente integrate: Governo, Accessi, Ospedaliera, Territoriale, Diagnostica, Amministrazione e Controllo, Risorse umane.

Fra i molti elementi innovativi del progetto, si possono ricordare:

- l'integrazione tra il 118 (SiReS) e il Sistema Pronto Soccorso;
- la gestione informatizzata delle cartelle cliniche (ricoveri, pronto soccorso, Osservazione breve intensiva, day service);
- la gestione integrata dei blocchi operatori;
- la gestione completa delle richieste di prestazioni sanitarie attraverso un canale unico per l'inoltro delle diverse tipologie di richieste (esami e consulenze) e la ricezione dei referti;
- la gestione informatizzate degli armadi farmaceutici di reparto;
- l'implementazione del sistema di gestione dei protocolli diagnostico-terapeutici;
- il supporto alle attività farmaco-prescrittive inclusi chemioterapici antitumorali;
- la gestione informatizzata del day service,
- il nuovo portale istituzionale per l'accesso da parte dei cittadini;
- il nuovo portale interno per i dipendenti;
- il supporto alla gestione automatizzata del magazzino, anche attraverso terminali portatili;
- l'implementazione di supporti avanzati alle attività di refertazione, tra cui la refertazione vocale;

¹² Determinazione Soresa n. 39 del 10.05.2010.

- la nuova infrastruttura di posta elettronica;
- la gestione completa della sicurezza dei sistemi e dei dati.

Il cronoprogramma

Di seguito sono rappresentate le azioni di competenza dell'Azienda Ospedaliera ed i relativi tempi di attuazione. Il tempo t_0 è determinato dall'approvazione del presente Piano da parte della competente struttura commissariale.

Presidio Ospedaliero	Mesi								
	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24
RIORGANIZZAZIONE PLESSI									
P.O. Mercato San Severino									
P.O. da Procida									
P.O. Cava									
ATTIVAZIONE NUOVE UNITA' OPERATIVE									
A.O.									
Azioni dell'Azienda									
Approvazione del nuovo Atto Aziendale									
Attivazione dei nuovi Dipartimenti									
Implementazione del budget anno 2011 per i 4 stabilimenti dell'Azienda									
Implementazione del nuovo sistema informatizzato									
Omogeneizzazione delle procedure amministrative									
Omogeneizzazione delle procedure sanitarie									
Ridistribuzione del personale dipendente									
Implementazione del piano degli investimenti									

- **L'articolazione dipartimentale**
- **I posti letto assegnati alle singole UU.OO.**
- **L'individuazione delle Strutture complesse, semplici dipartimentali, semplici,**
- **L'individuazione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti**

I posti letto assegnati alle singole UU.OO.

Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	posti letto al 31.12.2010				Posti letto piano attuativo			
		A.O.	Mercato San Severino	Da Procida	Cava	A.O.	Mercato San Severino	Da Procida	Cava
1	Allergologia		2				0		
5	Angiologia		2				0		
7	Cardiochirurgia	20				30			
8	Cardiologia	41	8		8	35	9		8
9	Chirurgia Generale	48	21		21	77	25		21
10	Chirurgia maxillo-facciale	0				15			
11	Chirurgia Pediatrica	20				15			
12	Chirurgia Plastica	0				15			
13	Chirurgia Toracica	0				15			
14	Chirurgia Vascolare	21				20			
18	Ematologia	6				15			
19	Endocrinologia	6				0			
20	Immunologia	0				4			
21	Geriatria	0				20			
24	Malattie Infettive e Tropicali	50				35			
26	Medicina Generale	77	33	23	25	78	35	0	25
29	Nefrologia	20	1			20	10		
30	Neurochirurgia	20				15			
31	Nido Fisiologico (culle)	25	16		10	0	0		10
32	Neurologia	44				20			
33	Neuropsichiatria Infantile	0				7			
34	Oculistica	12				15			
36	Ortopedia e traumatologia	44	15		11	40	15		11
37	Ostetricia e Ginecologia	44	26		16	64	25		16
38	Otorinolaringoiatria	20				15			
39	Pediatria	31	9		10	21	9		10
40	Psichiatria	10				10			
43	Urologia	17	16			15	15		
49	Terapia Intensiva	20	3		6	39	4		6
50	Unità Coronarica	8	4		4	8	4		4
52	Dermatologia	7				12			
54	Emodialisi	4				0			
56	Recupero e Riabilitazione	1		27		28		30	
58	Gastroenterologia	0	2			15	2		
62	Neonatologia	20				13			
64	Oncologia	26		5		22		0	
65	Oncoematologia Pediatrica	0				19			
68	Pneumologia	15		28		15		30	
70	Radioterapia	0				2			
71	Reumatologia	0				15			
73	Terapia Intensiva Neonatale	6				8			
75	Neuroriabilitazione	0				6			
97	Sezione Detenuti	4				6			
	totale	687	158	83	111	824	153	60	111
	totale complessivo		1039				1148		

ALLEGATI

IL CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE

Tra i principali atti di programmazione a livello nazionale si ricordano:

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008;
- l'Accordo della Conferenza Permanente Rapporto Stato Regioni del 28 settembre 2006 – Patto per la Salute;
- l'Accordo della Conferenza Permanente Rapporto Stato Regioni del 3 dicembre 2009 – Patto per la Salute 2010 – 2012;
- l'Accordo di Programma per l'Istituzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Salerno (18 ottobre 2005);
- il Piano Sanitario Nazionale 2010 – 2012 (Bozza provvisoria del 28 settembre 2010).

IL CONTESTO NORMATIVO REGIONALE – LEGGI E DELIBERE DI GIUNTA

Tra i principali atti di programmazione a livello regionale si ricordano:

- la Legge Regionale n. 24 del 19 dicembre 2006 – Piano Regionale Ospedaliero per il triennio 2007 – 2009;
- la D.G.R.C. n. 1436 del 26 ottobre 2005 – Istituzione Centro Trapianti presso l'A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno;
- la D.G.R.C. n. 1843 del 9 dicembre 2005 – Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 – 2008;
- la D.G.R.C. n. 214 del 23 febbraio 2007 – Linee guida regionali in applicazione del comma 1 art. 9 CC.CC.NN.LL. Sanità del 3.11.05 Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e Area della Dirigenza SPTA;
- la D.G.R.C. n. 460 del 20 marzo 2007 – Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- la D.G.R.C. n. 514 del 30 marzo 2007 – Disposizioni in materia di dotazioni organiche ed assunzione del personale del servizio sanitario regionale;
- la D.G.R.C. n. 515 del 30 marzo 2007 – Adempimenti esecutivi del Piano di rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007 – Procedure di competenza della So.Re.Sa. S.p.A.;
- la D.G.R.C. n. 517 del 30 marzo 2007 – Volumi di prestazioni sanitarie per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti di spesa.
- la D.G.R.C. n. 726 del 24 aprile 2007 – Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006 – 2010;
- La D.G.R.C. n° 256 dell'8 febbraio 2008 – Piano 2007 – 2009 di Rientro del Disavanzo Sanitario approvato dalla DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 – Obiettivi di contenimento dei costi delle singole aziende sanitarie regionali – Disposizioni;
- la Legge Regionale n. 16 del 28 novembre 2008 “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo” e, in particolare, l'allegato 1 “La riorganizzazione della rete ospedaliera”.

IL CONTESTO NORMATIVO REGIONALE – I DECRETI DEL COMMISSARIO AD ACTA

- Decreto n. 4 del 30/09/2009 – Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del turn over (comprensivo di tutte le forme di lavoro, ivi inclusa quella interinale), alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento.

- Decreto n. 5 del 30/09/2009 – Obiettivi di miglioramento dell’appropriatezza dei ricoveri.
- Decreto n. 14 del 30/11/2009 – Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale.
- Decreto n. 15 del 30/11/2009 – Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.
- Decreto n. 1 del 14/01/2010 – Attività relative al Progetto Tessera Sanitaria, art. 50 della legge n. 326 del 24.11.2003 s.m.i. e al Decreto Dirigenziale dell’Assessorato alla Sanità n. 17 del 30.01.2009 e s.m.i.
- Decreto n. 10 del 12/03/2010 – Razionalizzazione e contenimento della spesa del personale – specialistica ambulatoriale.
- Decreto 11 del 12/03/2010 – Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale.
- Decreto n. 12 del 12/03/2010 – Razionalizzazione e contenimento della spesa del personale
- Decreto n.13 del 19/03/2010 – Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi. Piano triennale 2009/2011 di SO.RE.SA. spa.
- Decreto n. 14 del 19/03/2010 – Promozione dell’appropriatezza e razionalizzazione d’uso dei farmaci di classe ATC C09.
- Decreto n.16 del 24/03/2010 – Riassetto della rete ospedaliera campana – Recepimento della metodologia Agenas e degli allegati A) e B) del nuovo Patto della Salute 2010 – 2012.
- Decreto n.21 del 24/03/2010 – Indennità art.44 comma 6 CCNL del 1994/97 e sovrapposizione orario turni.
- Decreto n.23 del 13/04/2010 – Razionalizzazione del sistema trapianto logico in Regione Campania.
- Decreto n.25 Intesa Stato Regioni 3/12/2009. “Patto per la Salute”. Prosecuzione del Piano di rientro. Approvazione programma operativo.
- Decreto n.44 del 14/07/2010 – Misure di controllo della spesa farmaceutica.
- Decreto n.49 del 27/09/2010 – Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni.
- Decreto n. 52 del 27/09/2010 – Misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero codificato come codice bianco).
- Decreto n.55 del 30/09/2010 – Completamento del riassetto della rete laboratoristica.
- Decreto n.56 del 30/09/2010 – blocco automatico dei reclutamenti negli enti del SSR.
- Decreto n. 57 – Adozione linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi contrattuali.
- Decreto n. 58 del 30/09/2010 – Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna.
- Decreto n. 62 del 22/10/2010 – modifiche ed integrazioni al decreto n. 56 del 30.09.2010
- Decreto n. 63 del 22.10.2010 – modifiche ed integrazioni al decreto n. 57 del 30.09.2010