

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	16
Le risorse umane.....	17
Dati di attività.....	18
Piano Attuativo dell’attività clinico-assistenziale: La riorganizzazione aziendale per gli obiettivi di salute e di sostenibilità	27
Premesse.....	27
La cornice metodologica.....	28
L’analisi epidemiologica	28
la mobilità passiva	29
Il recupero dell’appropriatezza	32
Fonte dei dati.....	32
L’istituzione dei Tavoli Tecnici per aree funzionali omogenee.....	33
Principi guida della riorganizzazione: le reti cliniche e l’articolazione per intensità di cura	33
Struttura di presentazione delle attività clinico - assistenziali	34
Le reti specialistiche interne e i macro-capitoli delle attività clinico-assistenziali	36
La rimodulazione del sistema e della rete dell’emergenza - urgenza.....	36
La rete dell’emergenza cardiologica e l’organizzazione dell’assistenza cardiovascolare	38
La rete dell’ictus cerebrale acuto e l’organizzazione dell’assistenza neurologica.....	44
La rete del Trauma Grave (trauma Center) e dell’assistenza ortopedico-traumatologica	48
La rete materno infantile.....	51
La rete Oncologica.....	54
L’Università	58
Dipartimenti ad attività integrata - DAI	59
Gli Organi del DAI.....	60
Il Presidio di Castiglione di Ravello	63
Il Piano di rideterminazione del personale.....	64
Il Piano delle Strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali, delle strutture semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti.....	66
Gli incarichi di Struttura complessa, di struttura semplice dipartimentale e di struttura semplice per il personale dirigenziale	66
Gli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento per il personale di comparto	68
Gli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali (ex art. 20)	71
Ammodernamento e riqualificazione del plesso ospedaliero San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona.....	71
Ammodernamento e riqualificazione del plesso ospedaliero di cava de’ tirreni	Errore. Il segnalibro non è definito.
Apparecchiature elettromedicali.....	74
Il Progetto di informatizzazione	75
Il cronoprogramma.....	76
I posti letto assegnati alle singole UU.OO.....	78

ALLEGATI	79
Il contesto normativo nazionale	79
Il contesto normativo regionale – Leggi e Delibere di giunta.....	79
Il contesto normativo regionale – i decreti del commissario ad acta	79

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, alle Aziende Sanitarie uno sforzo straordinario di pianificazione e di programmazione.

Il presente Piano è il risultato di una analisi strategica che ha cercato di dar conto delle problematiche sul tappeto considerandole altrettante sfide e cercando di individuare alcune possibili soluzioni. L'esito finale di questo lavoro vuole essere un ridisegno complessivo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno adeguato alla crescita di questa importante realtà sanitaria campana.

- I principali elementi caratterizzanti l'analisi strategica svolta possono essere così sintetizzati:*
- *il forte incremento di posti letto, che permetterà di sviluppare nuove linee di attività e rafforzare quelle esistenti;*
 - *l'accorpamento dei plessi ospedalieri di Mercato San Severino, Da Procida di Salerno e Cava de' Tirreni, a partire dal 1° gennaio 2011 e di Castiglione di Ravello dal 1° aprile 2011;*
 - *il completamento dell'iter procedurale di costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.*

Le principali traiettorie di attività e di sviluppo, risultanti dall'analisi, che possono anche essere considerate gli elementi fondanti attraverso cui leggere e dare significato al presente Piano attuativo sono:

- **lo sviluppo dei modelli a rete sovra-aziendali** – *la rete dell'emergenza-urgenza; la rete dell'emergenza cardiologica; la rete dell'ictus cerebrale acuto; la rete del trauma grave; la rete materno infantile; rete oncologica – costituiscono uno degli elementi fondanti del nuovo Piano ospedaliero regionale;*
- **il raggruppamento delle discipline per Aree Funzionali Omogenee (AFO);**
- **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'annessione dei nuovi 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 e non solo. 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 nuovi plessi dell'Azienda, se per un verso non possono che trovare giovamento e specificità di ruolo con il loro 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 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 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 è possibile offrire è quello della creazione del CUP METROPOLITANO, per far sì che ai 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 si ritiene 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, peraltro 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 retcolarizzazione può condurre a sviluppi apparentemente destrutturanti per le aziende sanitarie come si è abituati a concepirle. Bisogna 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.

Ultimo elemento fondante, infine, è quello relativo ai 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. È possibile 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 del Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27.09.2010 che modifica il Piano Ospedaliero della Regione Campania in coerenza con il piano di rientro dal deficit regionale¹.

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 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.

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

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

- *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 accessorio e il loro riallineamento alla media regionale; Decreto del Commissario ad acta n. 4 del 30.09.2009 che ha avuto

- *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 l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno, 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;

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.
- disattivazione, presso il Presidio Ospedaliero di Castiglione di Ravello, di tutte le funzioni di ricovero, con la conseguente soppressione dei posti letto, con particolare riferimento ai posti letto di chirurgia generale e terapia intensiva e la sua riconversione in una struttura polifunzionale per la salute (SPS).

Quindi, complessivamente, per questa Azienda, definita nell'ambito del Piano regionale "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 vari plessi.

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.

Ancora:

- 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 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 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.

Con Decreto n. 17 del 16.03. 2011 “Annessione del Presidio Ospedaliero Castiglione di Ravello all’Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) Ruggi d’Aragona di Salerno”, è stato stabilito, tra l’altro, che:

- a far data dal 1° aprile 2011, il sopprimendo P.O. Castiglione di Ravello della ASL di Salerno è annesso all’A.O.U. Ruggi d’Aragona di Salerno;
- restano confermate tutte le altre previsioni contenute nel Piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale, approvato con Decreto Commissariale n. 49/2010 in ordine alla disattivazione, presso il predetto Presidio, di tutte le funzioni di ricovero, con la conseguente soppressione dei posti letto, con particolare riferimento ai posti letto di chirurgia generale e terapia intensiva e la riconversione in una struttura polifunzionale per la salute (SPS);
- il Direttore Generale dell’AOU ed il Commissario Straordinario della ASL di Salerno dovranno adeguare rispettivamente i bilanci di previsione 2011 tenendo altresì in considerazione i dati di spesa effettiva del P.O. annesso, comprensivo di tutte le voci dirette ed indirette, che gli saranno fornite dal Commissario Straordinario della ASL di Salerno, desunti dalla media dei consuntivi degli ultimi tre anni;
- l’AOU, con decorrenza 1.04.2011 subentra nella titolarità: di tutti i beni mobili (attrezzature informatiche, sanitarie, ecc.) del presidio; di tutti i beni mobili e immobili, già di proprietà del Presidio Ospedaliero Castiglione di Ravello trasferiti ai comuni di pertinenza e da questi alle tre ex UU.SS.LL. di competenza, rientranti poi nei patrimoni della ASL di Salerno; di tutti i rapporti contrattuali riguardanti gli immobili adibiti a sede del P.O., i contratti di fornitura di beni e servizi in essere, destinati al funzionamento del P.O. in parola e agli obblighi derivanti dal loro funzionamento, manutenzione, ecc.;
- l’ASL di Salerno resti titolare dei crediti e obbligata nei confronti dei creditori per i debiti maturati fino alla data del 31.03.2011 relativi al P.O. trasferito;
- i giudizi in corso alla data del 31.03.2011 nei quali sia parte l’ASL di Salerno e riferiti al contenzioso del P.O. trasferito alla A.O. restino a carico della ASL medesima;
- l’AOU sarà competente per gli eventuali interventi di edilizia sanitaria, di cui all’art.20 della legge 67/88, relativi al P.O. annesso a decorrere dalla data di adozione del presente decreto;
- la Regione Campania provvederà, in considerazione della disposta annessione del P.O., alla rimodulazione della quota del fondo sanitario regionale spettante all’AOU secondo criteri della miglior efficacia allocativa delle risorse ed in coerenza con i volumi assistenziali erogati.

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 efficacia ed efficienza 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 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).

Come certificato dalla Commissione regionale di verifica, questa Azienda, considerando i valori medi del triennio, ha pienamente raggiunto gli obiettivi assegnati.

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%

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

Poiché dal 2011 sono accorpati all'azienda i plessi ospedalieri di Mercato San Severino, G. Da Procida di Salerno e Cava, quest'ultimo comprensivo del plesso di Castiglione di Ravello, 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 E CASTIGLIONE	TOTALE
COSTI DELLA PRODUZIONE				
Acquisti di beni	6.703	7.505	4.845	19.053
<i>di cui Acquisti di beni sanitari</i>	6.641	7.360	4.477	18.478
<i>di cui Acquisti di Beni non sanitari</i>	62	145	368	575
Acquisti di servizi	2.015	3.949	4.051	10.015
<i>di cui Acquisti servizi sanitari</i>	559	2.198	2.452	5209
<i>di cui Acquisti di servizi non sanitari</i>	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	94.490
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

Le risorse umane dell'Azienda costituiscono l'elemento strategico principale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria. La loro qualità rappresenta il determinante fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il coinvolgimento professionale e lavorativo, lo sviluppo delle risorse umane, la loro formazione continua e l'attenzione al benessere lavorativo sono altrettanti temi centrali su cui l'Azienda Ospedaliera Universitaria pone attenzione.

Inoltre, lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, le crescenti esigenze partecipative dei cittadini e degli operatori comportano una sempre più evidente diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione del personale

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

Tabella 3 – Sintesi Personale dipendente al 31.12.2010

	AO San Giovanni di Dio	Mercato San Severino	Da Procida	Cava e Castiglione	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

Tabella 4 – Personale dipendente al 31.12.2010

	San Giovanni di Dio	Mercato San Severino	Da Procida	Cava e Castiglione	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. Tecnico Sanitario cat.D	9	7	7	1	24
Collab.Prof.Riabilit.Esp.cat.D liv.DS	130	13	12	33	188
Collab.Prof.Riabilit.cat.D	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
RUOLO TECNICO					
DIRIGENTI TECNICI	1	3	0	1	5
Collab. Tecn. Prof. Esp.Cat.D liv.DS	2	0	0	0	2
Collab. Tecn. Prof. Cat.D	0	0	0	0	0
Assistente Tecnico cat.C	2	0	0	1	3
Operatore Tecnico Spec.Esperto cat.C	0	6	2	1	9
Operatore Tecnico Spec.cat.B liv.BS	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					0
DIRIGENTI PROFESSIONALI	5	0	0	0	5
Assistente Religioso cat.D	3	0	0	0	3

DATI DI ATTIVITÀ

Di seguito vengono presentati alcuni dei principali dati di attività relativi all'anno 2010 dell'Azienda Ospedaliera e dei 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 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

Prestazioni di Pronto Soccorso	A.O.	Mercato San Severino	Cava
Accessi seguiti da ricovero	12.220	2.854	3.018
Accessi non seguiti da ricovero	75.869	23.405	19.464
Totale accessi	88.089	26.259	22.482

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

Prestazioni ambulatoriali per esterni	A.O.	Mercato San Severino	Da Procida	Cava	Castiglione
N° prestazioni	196.771	210.762	408.766	477.289	60.636
Valore (in €.)	3.221.882,42	3.705.230,09	3.143.462,14	3.801.152,53	677.485,58

Piano Attuativo dell'attività clinico-assistenziale: La riorganizzazione aziendale per gli obiettivi di salute e di sostenibilità

Crisi = lat. CRISIS dal gr. KRÌSIS, che tiene a KRÌNŌ separo, e fig. decido (...). Scelta, Momento che separa una maniera di essere diversa da altra precedente, o anche piega decisiva che prende un affare.

*In cinese la parola crisi è composta da due ideogrammi: il primo, wei, significa **problema**, il secondo, ji, significa **opportunità**. Anche nella nostra lingua l'etimologia della parola crisi suggerisce un significato positivo: essa infatti contiene un aspetto vitale, **la separazione**, ed un aspetto di crescita, quello della scelta.*

PREMESSE

Scene da una "crisi". 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 sofisticate e a più alto contenuto tecnologico, entro una struttura reticolare in cui ciascun elemento vive e funziona integrandosi e cooperando con gli altri. Lo stesso Piano, unitamente alle strategie di rientro dal disavanzo e, più semplicemente, alla moderna *deontologia gestionale*, enfatizza la ricerca di più stringenti traiettorie di efficienza nelle quali l'appropriatezza (sia prescrittiva sia organizzativa) sia il vero driver di gestione.

Entro tale scenario, con la nuova configurazione istituzionale e organizzativa, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" attraversa un periodo di "crisi" plurima e multidimensionale, che, al contempo, rappresenta una traumatica frattura rispetto al preesistente (a livello regionale, gli ospedali cambiano assetto gerarchico, posizione strategica, ruolo assistenziale; a livello aziendale, viene affrontata l'inusuale annessione di quattro presidi ospedalieri e viene completamente rivisitato il sistema informatico aziendale, tutto questo mentre l'integrazione con l'Università è ancora una sfida aperta e la clinicizzazione della Facoltà di Medicina è tutt'altro che storia passata) e non lascia possibilità di alcuna soluzione di continuo, né sul fronte dell'assistenza né sull'imprinting organizzativo-gestionale avviato dalla struttura commissariale regionale.

È questo un fronte aperto dal quale si attende una reingegnerizzazione complessiva e, in qualche modo radicale, ad investire sia l'assetto interno – con la considerazione dei "nuovi confini" geografici, logistici e assistenziali – sia l'assetto esterno e, dunque, un nuovo posizionamento e nuove "regole del fare salute", nella traiettoria della strategia regionale di riassetto e rifunzionalizzazione.

Rotazione e rivoluzione. Rispetto a tale problematica e delicata transizione che vede l'Azienda riconsiderare globalmente sia le proprie coordinate interne che esterne (un moto combinato, si potrebbe dire, di *rotazione e rivoluzione*), solo una profonda e complessa riflessione tecnica può dare una risposta altrettanto globale al bisogno di salute della cittadinanza e, contemporaneamente rilegittimare il ruolo dell'ospedale rispetto all'asse istituzionale, perseguendo non già una velleitaria ridefinizione degli assetti desiderabili né una misurata dichiarazione di intenti quanto una **cornice metodologica di riorganizzazione** che coniughi obiettivi di salute e principi di sostenibilità economico-gestionale o, se si vuole, ricercando nel **problema l'opportunità**.

Il Piano Attuativo, con tali premesse, nasce come uno strumento-guida verso tale ricerca e ne condivide **dinamismo, flessibilità e reattività al contesto**, disegnando le tappe di uno sviluppo possibile. Per tali motivi, il Capitolo del Piano dedicato al riordino delle attività clinico-assistenziali non disegna la nuova logistica, ma la dimensiona, non “colloca” le attività ma le quantifica e ne individua i presupposti di governo, non nomina i nodi gerarchici ma individua i livelli di responsabilità, reagendo istantaneamente a variabili di complessità sistemica e strategica ancora non composte e definite.

LA CORNICE METODOLOGICA

La cornice metodologica è costituita da un *frame work* delle attività clinico assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria “San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona” in linea con quanto pianificato a livello regionale e in considerazione della necessaria copertura assistenziale del bacino di utenza.

Gli elementi fondanti del frame work sono:

- Rappresentare i dati storici di attività assistenziale erogata dalle strutture ospedaliere dei PP.OO. di Mercato San Severino, Da Procida di Salerno, di Cava de’ Tirreni e di Castiglione di Ravello unitamente a quelli dell’A.O. di Salerno in una visione unitaria e aggregata che superi la compartimentalizzazione strutturale e funzionale dei cinque produttori e fornisca un’immagine composita e globale della produzione recente (anni 2009-10);
- Disaggregare i dati per macrocapitoli sanitari (categorie diagnostiche maggiori, MDC) in modo da dimensionare l’offerta di salute sul bisogno per disciplina specialistica, quantificando e qualificando le potenzialità dei vari centri di produzione senza perdere di vista la vocazione delle singole strutture e il loro ruolo come poli di salute per l’utenza;
- Declinare i dati di attività per *intensità di fabbisogno* in modo da riqualificare i setting di assistenza secondo le logiche dell’intensità di cura e dell’appropriatezza dei regimi erogativi;
- Disegnare **l’architettura a reti** della nuova offerta di salute, con particolare riferimento a:
 - o Le Reti Interne, ossia i nuovi ruoli e le nuove relazioni che si intende stabilire tra le cinque strutture confluite nell’AOU “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” di Salerno;
 - o La Rete Esterna, ossia i nuovi ruoli e le nuove relazioni con cui l’AOU “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” di Salerno entrerà in connessione con le altre Aziende/Strutture del territorio regionale.

L’ANALISI EPIDEMIOLOGICA

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 Piano, 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**, e soprattutto in un'ottica di **corresponsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza** nei confronti della salute collettiva, 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, del Da Procida di Salerno, Cava de' Tirreni, e di Castiglione di Ravello con i quali l'Azienda assume una responsabilità al contempo inconsueta e strategica riguardo ai bisogni socio-assistenziali dei cittadini della provincia di Salerno (e non solo), una responsabilità in qualche modo "territorializzata" che non può essere trascurata senza che venga disattesa una quota sensibile di domanda di cure .

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. E' questo un passaggio necessario se si pensa che il cammino dell'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", nell'ultimo triennio, è stato sensibilmente orientato dai numerosi richiami all'appropriatezza, alla concentrazione della casistica complessa e alla corretta selezione dei regimi di cura, come verrà rappresentato più avanti.

LA MOBILITÀ PASSIVA

L'analisi quali - quantitativa della mobilità passiva extra-regione ed extra-provincia ha ricevuto, nella stesura del Piano di riorganizzazione delle attività clinico - assistenziali, particolare considerazione, in quanto si tratta di un **indicatore multidimensionale in grado di raccontare** non già la incapacità delle strutture sanitarie di garantire gli esiti dell'assistenza - come accade per alcuni dati di morbosità od ospedalizzazione - quanto una congerie di **fattori che possono influenzare l'accessibilità del paziente ai servizi sanitari**, tra i quali le liste d'attesa, i difetti di "immagine" o le carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni erogate nel territorio di residenza. A proposito della mobilità ospedaliera passiva dei cittadini campani, l'ArSan scrive, nell'omonimo rapporto:

"In linea di massima si può definire come non evitabile la mobilità legata ad eventi acuti (incidenti, fratture, tossinfezioni, ischemia cardiaca o cerebrale, appendicite ac. ecc.) o tali da richiedere osservazione e/o terapie parenterali (disidratazione, scompenso metabolico ecc.) insorgenti durante una permanenza fuori regione (lavoro, turismo) o comunque nel luogo più prossimo al verificarsi dell'evento (zone di confine).

Relativamente non è evitabile (o almeno non è evitabile in tempi brevi) la mobilità legata a malattie che richiedano accertamenti diagnostici e/o interventi terapeutici da eseguirsi sul malato che, per complessità, modernità, costo e/o altissimo livello organizzativo, non siano disponibili o siano scarsamente disponibili (liste d'attesa inaccettabili rispetto alla severità dell'evento morboso) nel territorio regionale.

E' parzialmente evitabile quella legata a prosecuzione della cura, stadiazioni successive (follow up diagnostico terapeutici come nel caso di alcuni tumori), laddove la definizione di accordi e la condivisione di percorsi e protocolli diagnostico terapeutici tra istituzioni di alta specialità può consentire la riduzione degli spostamenti dei pazienti e, di conseguenza, i costi diretti e indiretti dell'assistenza.

E' evitabile la mobilità per eventi per i quali l'offerta regionale sia già disponibile (verifica dei tassi di utilizzo e delle liste d'attesa per specialità, patologia o tipo d'intervento diagnostico - terapeutico) e verosimilmente adeguata o adeguabile nel breve periodo con interventi di aggiornamento professionale finalizzati e con una modernizzazione delle tecnologie di non rilevante entità (p. es. protesi d'anca, cataratta, gozzo, affezioni mediche del dorso, malattie minori della pelle, interventi sul ginocchio, tonsillectomia ecc.)".

Ebbene, tra i casi in "fuga" dal territorio provinciale (tab. 1), sicuramente spiccano per numerosità situazioni cliniche per le quali la competenza dell'offerta provinciale è indubbia (chirurgia oculistica, chemioterapia ecc) mentre merita una riflessione la capacità d'offerta o, piuttosto, la necessità di una "politica di accoglienza e di indirizzo" dei pazienti, del coinvolgimento dei Medici di famiglia nelle politiche aziendali, della revisione della dotazione di alcune tecnologie e degli aspetti cosiddetti *peripheral* che rappresentano "l'efficacia percepita" delle prestazioni erogate.

Tabella 1- Principali DRG di residenti in Provincia di Salerno in mobilità extraregione (descrizione estesa solo per >100 casi/anno)

Descrizione DRG	Totale complessivo
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.215
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	403
Malattie endocrine senza CC	375
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	358
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	309
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	288
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	284
Interventi sulla tiroide	283
Malattie del tessuto connettivo senza CC	266
Insufficienza renale	243
Malattie degenerative del sistema nervoso	240
Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	229
Malattie e traumatismi del midollo spinale	227
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	225
Radioterapia	211
Disturbi mentali dell'infanzia	210
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	201
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	192
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	191
Linfoma e leucemia non acuta senza CC	187
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	181
Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	180
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	174

Disturbi organici e ritardo mentale	169
Neonato normale	165
Interventi sulla retina	162
Neoplasie dell'apparato respiratorio	156
Interventi per via transuretrale senza CC	153
Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	152
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	151
Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	148
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	147
Affezioni mediche del dorso	139
Interventi sul piede	138
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	136
Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	135
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	134
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	132
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	132
Insufficienza cardiaca e shock	130
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	127
Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	126
Malattie minori della pelle senza CC	124
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	124
Cirrosi e epatite alcolica	123
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	123
Linfoma e leucemia non acuta con CC	121
Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	120
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	115
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	113
Psicosi	113
Interventi maggiori sul torace	112
Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	112
Malattie infiammatorie dell'intestino	110
Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	108
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	108
Difetti congeniti del metabolismo	105
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	105
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	103
Interventi sulla bocca senza CC	102
Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	100
Altri DRG (<100 casi migrati/anno)
Totale	22.699

Fonte dati: Ar.San. – Drg anno 2009

IL RECUPERO DELL'APPROPRIATEZZA

Nell'analisi preliminare al Piano, ivi inclusa quella della mobilità, sono stati 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 nei 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.

Già nel corso del 2010, l'AOU, a seguito degli obiettivi posti con il Decreto del Commissario ad acta n. 5/2009, ha avviato una profonda revisione del sistema dell'ospedalizzazione, che ha portato a una significativa razionalizzazione della casistica giudicata a rischio di in appropriatezza.

Di seguito vengono proposti i risultati complessivi di tale attività che ha comportato un decremento di -2.028 drg inappropriati. Per drg inappropriati sono da intendere i drg ordinari a rischio di inappropriati, i drg ordinari di 0 giorni, i drg dh a rischio di in appropriatezza, i drg dh medici diagnostici, i drg dh con 1 solo accesso. Tale risultato, peraltro, non è stato isolato ma è inserito nell'ambito di un incremento del peso medio dei drg, in particolare quelli ordinari e chirurgici.

Tabella 2. - Trend dei DRG inappropriati Decreto 5 (2009) - anni 2009 e 2010

DRG	anno 2009		anno 2010		Δ	
	numerosità DRG	valore	numerosità DRG	Valore	numerosità DRG	valore
DRG ordinari a rischio di inappropriata escluso drg di 0 giorni	3.124	5.528.566	2.801	5.009.462	-323	-519.104
DRG di 0 giorni	2.696	1.120.623	2.270	1.012.052	-426	-108.571
DRG dh medici diagnostici escluso drg dh a rischio di inappropriata ed escluso drg dh con 1 solo accesso	2.835	3.539.395	2.252	3.128.315	-583	-411.080
DRG dh medici a rischio di inappropriata escluso drg dh medici con 1 solo accesso	1.202	1.902.091	874	1.324.017	-328	-578.074
DRG dh medici con 1 solo accesso	1.622	522.982	1.254	339.773	-368	-183.209
Totale	11.479	12.613.657	9.451	10.813.619	-2.028	-1.800.038

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 epidemiologica è stata contestualizzata nelle realtà di riferimento grazie all'istituzione di tavoli tecnici distinti per Aree Funzionali Omogenee, costituiti da professionisti di area clinica dei quattro ospedali, i quali, attraverso incontri periodici e sistematici orientati per categoria nosologica, hanno fornito e continuano a fornire la rappresentazione realistica della riorganizzazione assistenziale attraverso prodotti documentali definiti "Proposte AFO".

I tavoli, istituiti formalmente dal Direttore Generale, sono distinti in:

- Area Critica/Emergenza;
- AFO Medica;
- AFO Chirurgica;
- Servizi.

L'organizzazione per gruppi ha di per sé costituito un elemento manageriale di forte innovazione ed uno strumento di facilitazione per veicolare e gestire il cambiamento. Particolarmente coinvolto il middle management, che ha coordinato l'azione dei gruppi, orientando i piani di lavoro, predisponendo il materiale di riferimento, raccogliendo gli output degli incontri e governando la produzione documentale.

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.

I 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 ATTIVITÀ CLINICO - ASSISTENZIALI

Di seguito viene rappresentato la *lay out* generale costruito per la descrizione e la definizione delle attività clinico – assistenziali e delle reti interne.

Ambiti	Specificazioni
Obiettivi	Obiettivi Generali

Valutazione delle potenzialità dei vari centri

Analisi epidemiologica

Elementi emersi

Rielaborazione dei dati

Il Piano

Obiettivi Specifici

Posti letto, Attuali elementi del sistema di "rete"

Mortalità, Incidenza, Prevalenza. Ospedalizzazione per MDC o problematica.

Mobilità Passiva per MDC o problema clinico, Sintesi dei dati emersi

Il rischio di in appropriatezza, il fabbisogno per intensità

Riorganizzazione e piano attuativo.

Gli OBIETTIVI sono distinti in

- *Generali (o di secondo livello)*, per rappresentare l'insieme degli effetti che si intende ottenere a medio/lungo termine in riferimento alla macroattività clinico-assistenziale e alla rete in oggetto; dunque, sono rappresentati negli obiettivi generali l'impatto atteso dalla riorganizzazione e le finalità dell'intervento (*outcome*);
- *Specifici (o di primo livello)*, per rappresentare la realizzazione di mezzi, strumenti, azioni prevista per l'assicurazione dell'*outcome* (*output*).

Gli obiettivi di volta in volta puntualizzati discendono da quelli individuati dal Piano Ospedaliero Regionale, contestualizzati nella realtà territoriale ed aziendale.

La VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ DEI VARI CENTRI è espressa in riferimento alle risorse strutturali disponibili e/o previste (posti letto, dotazioni tecnologiche ecc), alle risorse umane e a quelle organizzative (tra queste, particolare attenzione è stata data alla ricerca di eventuali presupposti di rete ovvero collegamenti più o meno ufficiali e istituzionalizzati tra i cinque ospedali confluiti nell'AOU).

L'ANALISI EPIDEMIOLOGICA presenta la declinazione dei dati relativi all'MDC esaminato, in riferimento a:

- Incidenza, prevalenza, mortalità (eventualmente mortalità evitabile) per patologia nel bacino di utenza e nella Provincia di Salerno;
- Ospedalizzazione, riferita ai cittadini della Provincia di Salerno in riferimento sia ai ricoveri effettuati presso i cinque ospedali dell'AOU sia presso altre strutture della Provincia;
- Mobilità passiva verso strutture sanitarie extraprovincia ed extraregione;

Gli ELEMENTI EMERSI rappresentano l'interpretazione qualitativa di quanto contenuto nelle sezioni analitiche affrontate.

La RIELABORAZIONE DEI DATI rappresenta la rilettura degli elementi emersi alla luce de:

- *Il rischio di in appropriatezza*, grazie al quale la "domanda" espressa viene ricalibrata secondo la considerazione dei setting assistenziali più appropriati;
- *Il fabbisogno per intensità*, grazie al quale la "domanda" espressa viene modulata secondo la considerazione della similarità dei bisogni assistenziali.

IL PIANO rappresenta la composizione sintetica delle voci analitiche nella forma della riorganizzazione e della pianificazione attuativa delle attività clinico-assistenziali. In questa sezione sono rappresentate le istanze prodotte dai Tavoli Tecnici AFO.

Le reti specialistiche interne e i macro-capitoli delle attività clinico-assistenziali

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

OBIETTIVI

<i>Obiettivi generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione sistematica del free therapy interval per i pazienti affetti da patologie trattate in urgenza –emergenza e, conseguentemente, il miglioramento degli esiti di malattia, compreso l'aumento della sopravvivenza; • L'aumento della appropriatezza dei ricoveri, sia per l'individuazione del presidio ospedaliero più adeguato al problema del paziente che per gli aspetti relativi al regime di ricovero;
<i>Obiettivi specifici</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'attivazione delle reti specialistiche, prioritariamente quelle per Infarto Miocardico Acuto – Ictus –PoliTrauma. • L'integrazione e la partecipazione delle strutture dell'AOU con i vari sottosistemi dell'emergenza al fine di ottimizzare l'integrazione della richiesta di soccorso con la risposta del sistema; • L'implementazione dell'utilizzo dell'osservazione breve intensiva (OBI);
<i>Strumenti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La partecipazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza di Area Critica ad appositi percorsi formativi centrati sull'integrazione dei sottoinsiemi del sistema di emergenza; • Il raccordo funzionale con le C.O.T., secondo il modello "hub e spoke".
<i>Posti letto e funzioni acquisite con il POR</i>	<p>VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI</p> <p>L'A.O.U. è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale, per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE SA. E', inoltre, programmato un Trauma center zonale che servirà l'ambito territoriale della intera provincia.</p> <p>Gli Ospedali "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, di Mercato San Severino, di Cava de' Tirreni e di Castiglione di Ravello sono sede di Pronto Soccorso, sebbene con la caratterizzazione in livelli descritti di seguito.</p>
<i>Attuali presupposti del sistema a "rete": Il Dipartimento di Area Critica.</i>	<p>Le Strutture Complesse di Medicina, Medicina e Chirurgia di accettazione e Urgenza, Chirurgia Generale e d'Urgenza, Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza, Rianimazione e Anestesia, Anestesia e Terapia Intensiva Post-Operatoria e Centrale Operativa 118 rappresentano tutti avamposti operativi per la gestione della casistica di emergenza-urgenza. L'Atto Aziendale dell'AO "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno aveva già adottato una politica di gestione globale del ricovero di emergenza-urgenza attraverso la polarizzazione di tali strutture nel Dipartimento di Area Critica. È, inoltre, già stata istituita una Struttura di Osservazione Breve Intensiva Medico Chirurgica con la finalità di valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori riducendo il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza.</p>
<i>Accessi Pronto Soccorso e Ricoveri urgenti</i>	<p>ANALISI EPIDEMIOLOGICA</p> <p>Nel 2010, 24.681 sono stati i ricoveri effettuati in urgenza presso gli ospedali "AO San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", PO di Mercato San Severino e PO di Cava de' Tirreni. Di questi, la quota maggiore (4.510 ricoveri) ha riguardato disturbi cardiovascolari, seguiti da disturbi ortopedici (3.889 ricoveri), neurologici (2.764), respiratori (2.693) e ostetrico-ginecologici (2.409).</p>
ELEMENTI EMERSI	
RIELABORAZIONE DEI DATI	

Il rischio di inappropriatazza

La valutazione del rischio di inappropriatazza è stata condotta prendendo due ordini di indicatori: da un lato, la percentuale di accessi di PS seguiti da ricovero; dall'altro il numero di ricoveri di 0 giorni (riconosciuto come indicatore che risente dell'inappropriato ricorso al ricovero urgente). Per entrambi gli indicatori, si rilevano valori al di sotto della media nazionale e regionale.

Il fabbisogno per intensità.

Una quota di prestazioni di Pronto Soccorso esaudisce completamente il problema clinico attraverso l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari. Per l'AOU di Salerno, tale quota rappresenta una percentuale stabilmente superiore all'86% degli accessi di PS negli anni (nel 2010 è stata pari a 86,1% per l'AO, a 86,5% per il P.O. di Cava de' Tirreni e a 89,1% per il P.O. di Mercato San Severino), e superiore sia alla media nazionale (82,1% - Analisi descrittiva sulle attività e organizzazione della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza in Italia - Progetto SIMEU Censi&RE) sia a quella delle Regioni del Sud (77%, stessa fonte).

Ad un livello di intensità intermedio vanno rintracciati quei ricoveri provenienti da PS di durata pari o inferiore ad 1 giorno, i quali esprimono, in maniera *proxy*, il fabbisogno di assistenza in emergenza che potrebbe essere soddisfatta attraverso l'attivazione e l'implementazione dell'Osservazione Breve Intensiva. La quota di tali ricoveri è stata, nell'anno 2010, di 3.700 casi circa, distribuiti negli ospedali dell'AOU sede di Pronto Soccorso.

IL PIANO DELLA RETE DELL'EMERGENZA

L'organizzazione a rete dell'emergenza.

Ad ogni livello, il triage sarà lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento.

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

Sia presso l'ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, sia presso i presidi di Mercato San Severino, di Cava de' Tirreni e Castiglione di Ravello, saranno assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione dei casi a minore complessità e a minore necessità specialistica. Saranno, inoltre, garantiti gli interventi utili alla stabilizzazione dei parametri clinici del paziente.

Presso l'ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno e presso i presidi di Mercato San Severino e di Cava de' Tirreni potranno essere ricoverati i casi il cui livello di assistenza è congruo con la caratterizzazione del presidio (rispettivamente, III e II livello).

Presso i presidi di Mercato San Severino, di Cava de' Tirreni e Castiglione di Ravello, sarà disciplinato, mediante protocolli scritti e condivisi, l'eventuale trasporto presso la sede del "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno nel caso di prestazioni specializzate, con il coordinamento della centrale operativa.

Per livelli di specialità superiori, il paziente va trasferito al P.S. specifico per la patologia presente (Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Ictus, IMA, grande trauma etc), senza richiesta posto letto, ma con dispaccio al 118.

Il Presidio di Castiglione di Ravello, non avendo attualmente posti letto, deve trasferire tutti i pazienti che necessitano di ricovero dopo il trattamento e la stabilizzazione in loco e nello specifico, secondo il livello di esigenza assistenziale, a Cava per le competenze di II livello ed a Salerno (Ruggi d'Aragona) per le competenze di terzo livello, senza attivare il 118 per ricerca posto letto.

Per i livelli di emergenza "regionali" (Chirurgia toracica, grandi ustionati, avvelenamenti etc.) è attivabile il 118.

Governo clinico della rete dell'emergenza: il responsabile di

LA RETE DELL'EMERGENZA CARDIOLOGICA E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA CARDIOVASCOLARE

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 complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture <p>VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITÀ DEI VARI CENTRI</p>
<i>Posti letto e funzioni specialistiche</i>	<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) e 7 per il PO di Cava de' Tirreni per un totale complessivo di 51 pp.ll. medici.</p> <p>L'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno è Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di Riferimento e si prevede una dotazione di 8 pp.ll. di UTIC.</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 Emodinamica 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 cardiocircolatorie 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</p>

<p><i>Morbosità e letalità per patologia</i></p>	<p>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 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.</p>
<p><i>Mobilità passiva per MDC 5</i></p>	<p>L'ospedalizzazione per MDC 5, Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio, è stata analizzata per i cittadini residenti in Provincia di Salerno a livello nazionale, regionale, provinciale e per gli ospedali confluiti nell'AOU. I dati sono stati integrati con l'analisi di mobilità passiva extra-regionale e extra-provinciale. I ricoveri per malattie cardiovascolari (MDC 5) 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.</p>
<p><i>Ospedalizzazione e mobilità passiva per Malattie ischemiche</i></p>	<p>In totale, 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>Aritmie</i></p>	<p>I dati di ospedalizzazione per malattie ischemiche sono stati estratti per l'anno 2010 assumendo i seguenti DRG:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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. 5.509 sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate. La casistica trattata a livello aziendale ammonta ad un totale di 1.298 ricoveri; di tali ricoveri, i casi di infarto del miocardio sono stati 376.</p>
<p>I dati di ospedalizzazione per aritmie sono stati estratti assumendo i seguenti</p>	

DRG:

- 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

Per le aritmie, sono stati i ricoveri effettuati per i cittadini di Salerno. Di questi, 87 sono stati effettuati fuori regione e ... fuori provincia.

..... sono stati i ricoveri effettuati nelle strutture regionali sia pubbliche che accreditate.

La casistica trattata a livello aziendale ammonta a un totale di 993 ricoveri; considerando i casi al netto della sostituzione o della revisione del pacemaker, i casi totali sono 812.

Scompenso cardiaco

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 ammonta a un totale di 1183 ricoveri.

Ipertensione

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 ammonta a un totale di 294 ricoveri.

ELEMENTI EMERSI

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.

RIELABORAZIONE DEI DATI

Il rischio di inappropriatazza

Nell'ambito dell'MDC 5, parte della casistica è ricompresa nei DRG a rischio di in appropriatezza, 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.

Sono ricompresi in questo livello: l'aterosclerosi e l'ipertensione, le sindromi anginose croniche, alcune aritmie e le condizioni da affrontare con recupero e riabilitazione.

IL PIANO DELLA 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, Roccaspide 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

*L'organizzazione
a rete
dell'emergenza
cardiologica.*

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 soprallivellamento 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 Pronta Disponibilità.

Il paziente in condizione di urgenza per Sindromi Coronariche Acute quali Angina Instabile o Infarto del Miocardio senza soprallivellamento 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.

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 pianificazione dell'assistenza 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

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

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 ravvisa 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.

Per i LIVELLI 1 e 2, sulla scorta del tradizionale modello di cooperazione già noto all'AOU tra Dipartimento di Area Critica e Dipartimento Cardiovascolare, sono programmati percorsi diagnostico terapeutici trans-strutturali che prevedono la declinazione esplicita di protocolli diagnostico-terapeutici e di individuazione di soglie di complessità clinico-assistenziale che determinano il ricovero e/o il trasferimento tra gli ospedali afferenti all'Azienda.

Il ricovero per i casi cardiologici in emergenza-urgenza potrà avvenire presso le Unità Coronariche degli Ospedali "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", "Amico G. Fucito" di Mercato San Severino e PO di Cava de' Tirreni mentre sarà esclusivamente il "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" ad accogliere i casi che necessitano di emodinamica interventistica e cardiocirurgia.

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.

Per il sub-livello della riabilitazione cardiologica, è in programma l'attivazione presso l'ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di 10 i pp.ll. di Riabilitazione Cardiologica previsti dal cod. 56 (Recupero e Riabilitazione).

Per la gestione delle condizioni morbose pre-cliniche (aterosclerosi e ipertensione non complicate) e per le complicanze delle patologie cardiovascolari, funzioneranno sia i pp.ll. di DH Cardiologico dislocati negli ospedali "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" e Fucito di Mercato San Severino (rispettivamente 3 e 1 posto di DH) e gli ambulatori tradizionali e di Day Service attivati e in corso di attivazione presso le stesse strutture, sia i pp.ll. di DH della Medicina Generale previsti nelle medesime strutture.

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

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

LA RETE DELL'ICTUS CEREBRALE ACUTO E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA NEUROLOGICA

OBIETTIVI

<p>Obiettivi generali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare gli esiti dell'assistenza neurologica 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 per le patologie neurologiche acute e non • Uniforme governo clinico del sistema nel suo complesso
<p>Obiettivi specifici</p>	<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 dei 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% ppll per neurologia Riabilitativa) • Favorire il turnover sui posti letto della stroke unit favorendo il flusso dei pazienti verso la degenza ordinaria di Neurologia, presso le strutture di riabilitazione ed eventualmente presso i presidi satelliti • Screenare i pazienti non eleggibili al trattamento trombolitico (finestra terapeutica superata o non individuabile - ictus del risveglio) o che non possano trarre beneficio dal ricovero in S.U. in modo che possano essere trattati con la competenza appropriata presso l'ospedale di accesso o , al contrario, inviati presso il DEA dell'AO "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" in emergenza secondo accordi e protocolli preliminarmente condivisi e attraverso l'allerta del neurologo di guardia che provvederà a programmare il ricovero nelle 12 -245 ore successive

<p>Strumenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di trasmissione telematica, ivi incluso lo Stroke Registry previsto dai riferimenti normativo-scientifici in materia; • Telefonia cellulare o fissa dedicata • Gestione condivisa del “caso” attraverso le fasi di emergenza, trattamento intensivo e sub intensivo e postacuzie-riabilitazione • Definire un numero di posti con pronta disponibilità presso le strutture di riferimento • Stabilire rapporti diretti con il territorio per favorire, quando possibile il trattamento riabilitativo domiciliare
<p><i>Posti letto</i></p>	<p>VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI</p> <p>Il Piano Regionale indica per la disciplina di un numero di pp.ll. di 20 (18 + 2), comprensivi di 5 pp.ll. per Stroke-Unit per l’Ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona.</p> <p>6 sono i pp.ll. di Neurologia Riabilitativa Cod. 75 cui potrebbero aggiungersi 8 pp.ll. dai 28 pp.ll. di Recupero e Riabilitazione Cod. 56</p>
<p><i>Attuali elementi del sistema di “rete”</i></p>	<p>La Regione Campania, con Deliberazione della Giunta Regionale N. 84 del 28 gennaio 2005 “ Identificazione dei centri specializzati autorizzati all’utilizzo del farmaco Actilyse per il trattamento dell’ictus cerebrali all’interno dello studio sist-most” aveva individuato la AO “S.Giovanni di Dio e D’Aragona” quale sede per il trattamento dell’ictus ischemico acuto, secondo il protocollo «SIST MOST».</p> <p>La Regione Campania, con Deliberazione n. 257 del 25 febbraio 2005 – Approvazione atto di indirizzo per l’organizzazione dell’assistenza per l’ictus cerebrale (Bollettino Ufficiale n. 24 del 2 maggio 2005) ha autorizzato la terapia 45rombo litica in strutture sanitarie dotati di caratteristiche organizzative specifiche, delle quali il Centro si è mostrato in possesso.</p> <p>Il modello organizzativo adottato dalla SSD Stroke Unit dell’AO di Salerno è finalizzato ad assicurare tali obiettivi attraverso requisiti logistici, documentali e strutturali specificamente realizzati allo scopo di garantire che la somministrazione della terapia 45rombo litica avvenga entro i tempi utili a minimizzare i rischi e massimizzare i benefici.</p> <p>Va, infine, annoverato tra gli attuali presupposti di rete, il dato secondo il quale, i casi di ictus confermato sono stati trattati prevalentemente presso il Ruggi d’Aragona (86% circa), laddove i ricoveri per diagnosi non-ictus ma con presentazione suggestiva sono stati prevalenti (in percentuale sul totale) presso i PP.OO. di Mercato San Severino, Cava e Da Procida, come verà illustrato più avanti.</p>
<p><i>Mortalità</i></p>	<p>ANALISI EPIDEMIOLOGICA</p> <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 10-12% di tutti i decessi) e la prima causa di disabilità determinando, ad un anno dall’evento acuto, un’invalidità 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.</p> <p>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%.</p> <p>L’Ictus ischemico è la forma più frequente di ictus (80%circa) e colpisce</p>

<p><i>Ospedalizzazione per l'MDC 01</i></p>	<p>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.</p>
<p><i>Ospedalizzazione per Ictus e per DRG relativi a sindromi e patologie suggestive di Stroke</i></p>	<p>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.</p> <p>I ricoveri per malattie neurologiche (MDC 1) effettuati nell'anno 2009 per cittadini della provincia di Salerno sono stati 16.145.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p><i>Ricoveri neurologici non per accidenti cerebrovascolari</i></p>	<p>I dati di ospedalizzazione per Stroke sono stati estratti assumendo i seguenti DRG:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p> <p>DRG 14 Emorragia Intracranica o Infarto Cerebrale</p> <p>Gli ictus totali confermati alla dimissione sono stati 571. Di questi, la maggior parte (86% circa) è stata trattata al Ruggi d'Aragona.</p> <p>I ricoveri neurologici non per accidenti cerebrovascolari riguardano prevalentemente le malattie degenerative del sistema nervoso, tra i casi medici, l'epilessia tra i casi pediatrici, la craniotomia tra quelli neurochirurgici. Le malattie demielinizzanti sono proporzionalmente la principale causa di ricovero neurologico in DH per gli adulti, seguite dalle malattie dei nervi cranici e periferici, dalle malattie degenerative del sistema nervoso e dalle malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto.</p> <p style="text-align: center;">ELEMENTI EMERSI</p> <p>I casi di disturbi cerebrovascolari acuti 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.</p>

Il rischio di non appropriatezza

Il fabbisogno per intensità.

L'organizzazione a rete

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.

In generale, tra i casi non acuti, le condizioni degenerative e croniche rappresentano il principale motivo di ricovero.

Particolarmente degno di attenzione il ricorso al DH per le malattie demielinizzanti, tra i ricoveri medici per il quale già nel 2010 è stata operata presso l'AO una operazione di trasferimento al regime ambulatoriale. Tutt'ora al vaglio della Regione Campania la proposta di attivazione di un pacchetto di Day Service per la Sclerosi Multipla e patologie demielinizzanti.

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;

*dell'emergenza
neurologica e
Stroke*

- la valutazione neurologica e la diagnosi clinica di sospetto ictus con 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.

A livello di tutti i punti di accesso in emergenza (AO, Mercato San Severino, Cava e Castiglione) verrà garantita:

1. una accurata selezione dei pazienti, secondo criteri di esclusione atti ad ottimizzare il rapporto rischi/benefici del trattamento;
2. di minimizzare l'intervallo di tempo fra arrivo del paziente e l'identificazione dei soggetti eleggibili, che saranno tempestivamente trasferiti presso la sede dell'AO "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" per l'eventuale inizio del trattamento;
3. il monitoraggio accurato dello stato neurologico e della pressione arteriosa per le 24 ore successive al trattamento;
4. un'organizzazione che garantisca tale approccio terapeutico ad un numero sempre maggiore di soggetti.

L'assetto pianificato per la rete interna tra gli ospedali confluiti nell'AOU di Salerno prevedono, secondo le normative regionali in materia di Stroke:

1. accesso diretto o mediato da protocolli condivisi tra i cinque ospedali alla unità di emergenza dell'ospedale sede di Stroke Unit (il medico in servizio presso l'unità di emergenza deve avere l'autorità di iniziare la trombolisi, o deve poter interpellare immediatamente il medico dotato di questa autorità, i servizi diagnostici come la TAC cerebrale ed il laboratorio analisi e, ove necessarie, le consulenze prontamente disponibili 24 ore su 24);
2. struttura dedicata alla gestione dell'ictus acuto sotto la responsabilità di un neurologo;
3. durante la terapia trombolitica ed il primo giorno di degenza, ricovero in reparto di terapia intensiva o semi-intensiva, che garantisca un'assistenza costante e qualificata nel monitorare il livello di coscienza e lo stato neurologico generale e fornito di apparecchiature per il monitoraggio della pressione arteriosa, del ritmo cardiaco, dell'ECG, della saturazione di ossigeno e della temperatura corporea;
4. i medici, compresi i neuroradiologi ed i radiologi (responsabili della valutazione della TAC), devono avere esperienza di terapia trombolitica, ovvero debbono aver partecipato a programmi di formazione clinica sulla terapia trombolitica nell'ictus e a programmi di formazione dedicati allo studio SIST-MOST.

*L'organizzazione
a rete dell'attività
neurologica*

LA RETE DEL TRAUMA GRAVE (TRAUMA CENTER) E DELL'ASSISTENZA ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA

OBIETTIVI

Obiettivi generali	•						
Obiettivi specifici	•						
Strumenti	•						
Valutazione delle potenzialità dei vari centri							
<i>Posti letto</i>							
<i>Dotazioni specifiche per disciplina</i>							
<i>Attuali 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: 40px;"> <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>	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>	<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 osteomuscolari; 1.718 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, 2.879 sono stati trattati fuori regione e 23.220 presso strutture regionali sia pubbliche che private. 2.862 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. 5.969 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>						
<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 2.883, di cui 2.454 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 inappropriatazza

Numerosi DRG di pertinenza ortopedico-traumatologica sono a rischio di non appropriatezza; tra questi, le affezioni del dorso, tendiniti e borsiti, le artropatie 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

LA RETE MATERNO INFANTILE

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
<i>Posti letto</i>	<p align="center">Valutazione delle potenzialità dei vari centri</p> <p>La rete materno-infantile comprende le discipline di Pediatria, Neonatologia, Terapia intensiva neonatale, ostetricia e ginecologia.</p>
<i>Dotazioni specifiche per disciplina Attuali presupposti del sistema a "rete"</i>	-

Analisi epidemiologica

Natalità e patologia materno-infantile

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.

Il tasso di nati mortalità è il più basso a livello regionale (1,5‰ vs 2,5‰).

Ospedalizzazione per MDC materno-infantili (13-14-15)

L'ospedalizzazione materno infantile può essere valutata prendendo come valori di riferimento quelli prodotti nell'anno 2009 dai seguenti MDC:

13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile
14	Gravidanza, parto e puerperio
15	Malattie e disturbi periodo perinatale

A questi vanno aggiunti i dati di ospedalizzazione relativi alle branche di Pediatria e Chirurgia Pediatrica, non necessariamente riconducibili agli MDC materno-infantili.

Per gli MDC 13, 14 e 15 i ricoveri effettuati dai 4 ospedali nel 2009 sono stati complessivamente 14.606.

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).

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.

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 in appropriatezza 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

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.

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.

Il 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.

L'organizzazione a rete materno-infantile.

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

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 • Riduzione della mobilità passiva per chemioterapia e assistenza oncologica.
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 <p>VALUTAZIONE DELLE POTENZIALITA' DEI VARI CENTRI</p>
<i>Posti letto</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).</p>
<i>Dotazioni specifiche per disciplina</i>	<p>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 cappe a flusso laminare e sistemi chiusi per la somministrazione di farmaci</p>
<i>Mortalità e morbosità per malattie oncologiche</i>	<p>ANALISI EPIDEMIOLOGICA</p> <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>
<i>Ospedalizzazione per MDC 17 per residenti di Salerno</i>	<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'Tirreni.</p>
<i>Mobilità passiva</i>	<p>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</p>

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 inappropriatazza, 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'inappropriatazza 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

	Ruggi d'Aragona	Mercato S. Severino	Da Procidia	Cava	Territorio	Centri HUB 2	Centri HUB 1	Centri Spoke
Rete dell'emergenza-urgenza (Dipartimento Integrato delle Emergenze DIE 1 Salerno)	Ospedale di III livello Servizio di P.S. , OBI, Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Rianimazione	Ospedale di I livello Servizio di P.S. e OBI		Ospedale di I livello Servizio di P.S. e OBI	Centrale Operativa 118 (allocato c/o AOU) Emergenza territoriale (PSAUT e SAUT)			
Rete dell'emergenza cardiologica (Centrale Operativa Salerno DIE 1)	Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento						Ospedale Umberto I Nocera	Ospedale Sarno
Rete dell'emergenza cardiologica (Centrale Operativa Salerno DIE 2)	Centro HUB 2 per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento	UTIC P.S.		UTIC P.S.			Ospedale Valle del Sele	Ospedale Polla - S. Arsenio
Rete dell'ictus cerebrale acuto: Stroke Unit (Centrale Operativa Salerno DIE 1)	Centro HUB 2 di riferimento	P.S.		P.S.		Ospedale Umberto I Nocera	Ospedale Valle del Sele	Ospedale di Sapri
Rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	U.O. psichiatrica universitaria				SPDC (allocato c/o AOU)			
Rete Oncologica	Gestione delle patologie oncologiche e delle urgenze/emergenze oncologiche U.O. con 22 p.l.		Day hospital		Rete della Prevenzione oncologica Rete di assistenza domiciliare e al paziente terminale, Hospice			
Riorganizzazione delle attività di gastroenterologia	Attività ad "alta integrazione" per la gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva U.O. di gastroenterologia	P.S.		P.S.				
Rete del Trauma grave	Centro Trauma di Alta specializzazione (CTS)							
Rete materno infantile	UU.OO. Pediatria, Neonatologia, TIN, Ostetricia e Ginecologia Pronto Soccorso Ostetrico Pronto Soccorso Pediatrico Osservazione Breve Pediatrica	Ostetricia, Pediatria, P.S. Ost.		Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, P.S. Ost.				
Rete Espianti - Trapianti	Rianimazione, Collegamento con Alto Commissariato e con il Centro Multitrapianto (Cardarelli)							

L'Università

I modelli e le modalità di organizzazione dell' Azienda Ospedaliera Universitaria S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, nella quale dovrà garantirsi il percorso formativo per gli iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Salerno, sono garantiti e definiti dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera nell'ambito degli indirizzi regionali, in modo da assicurare le condizioni del pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia ivi svolte, sulla base delle indicazioni del Consiglio di Facoltà o del C. T. S. della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Salerno e del Collegio di Direzione dell'Azienda, attraverso un organismo paritetico, coordinato dal Direttore Generale e composto dal Direttore Generale dal Preside della Facoltà di Medicina, dal Direttore Sanitario dell'Azienda e da sette componenti, quattro designati dal Consiglio di Facoltà e tre designati dal Collegio di Direzione Aziendale.

L'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona è un'Azienda del S.S.N., inserita nella rete assistenziale regionale, nella quale gli obiettivi, le strategie e l'organizzazione sono volti a garantire l'attività assistenziale, integrandola con le funzioni didattiche, previste dagli ordinamenti relativi ai percorsi formativi dei Corsi di Laurea delle attività scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Salerno.

Considerato, infatti, che la missione principale di una struttura ospedaliera è quella di offrire le prestazioni assistenziali necessarie alla popolazione, l'Azienda Ospedaliera si pone ad un livello diverso, aggiungendo, alle funzioni prioritarie, anche le idonee condizioni per formare il nuovo personale, nonché quella di sviluppare, attraverso la ricerca scientifica, nuove conoscenze in campo sanitario.

Le attività assistenziali, didattiche e di ricerca sono quindi obiettivi integrati in tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda e per tutto il personale impiegato, fermo restando il rispetto delle competenze, dei compiti istituzionali e dello stato giuridico del personale.

L'Azienda Ospedaliera di Salerno assumerà le seguenti caratteristiche:

1. **massima efficienza in senso assistenziale**, in quanto riferimento regionale sia per la gestione della patologia usuale con i metodi più avanzati ed innovativi, sia per la gestione di patologie di alta specializzazione, rare e di particolare complessità, che richiedano elevata qualificazione degli operatori ed elevata dotazione tecnologica, in linea con il Piano Ospedaliero Regionale che individua la struttura quale Ospedale di rilievo nazionale e di alta specialità.
2. **massima efficienza didattico-formativa**, in quanto individuata quale sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa: a) Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, b) Dottorati di Ricerca, c) Lauree infermieristiche e personale tecnico sanitario, d) Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale.
3. **attività di ricerca nella comunità scientifica internazionale**. I confini tra ricerca di base, ricerca applicata e assistenza si sono fatti sempre più indistinti in quanto l'assistenza si giova ogni giorno di più e in tempi più brevi dei risultati della ricerca. In accordo con l'indicazione del P.S.R., l'Azienda si dovrà caratterizzare: a) per il contributo diretto che la ricerca di base può dare allo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative; b) per il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali sviluppate; c) per la sperimentazione continua di tecnologie e modelli diagnostico-terapeutici (linee guida) atti a migliorare costantemente il rapporto costo/beneficio dell'assistenza. L'Azienda, quindi, sarà impegnata,

unitamente all'Università, in tutte le attività di sperimentazione, ricerca, brevetti, convenzioni con Fondazioni, Enti ed Istituti Scientifici e di ricerca, pubblici e privati

Il modello organizzativo funzionale, attraverso il quale l'Azienda è impegnata per le attività di cui ai punti 1, 2 e 3, è quello Dipartimentale che potrà comprendere strutture sia a direzione ospedaliera sia a direzione universitaria.

Nell'ambito dei Dipartimenti e delle UU.OO. complesse possono essere individuate UU.OO. semplici e la responsabilità di dette UU.OO. può competere sia a personale universitario che a personale ospedaliero in possesso dei necessari requisiti professionali. Funzioni didattico-formative potranno essere attribuite dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel quadro della propria programmazione e previo nulla osta del Dipartimento interessato e del Direttore Generale, anche al responsabile di UU.OO. complesse o semplici. La nomina del Responsabile del Dipartimento spetta al Direttore Generale su parere del Rettore dell'Università, mentre quella dei responsabili delle UU.OO. complesse e semplici a direzione universitaria spetta al Direttore Generale su parere del Comitato Tecnico Scientifico o del Consiglio di Facoltà.

L'Università, su proposta della Facoltà di Medicina, propone annualmente i piani di sviluppo per la didattica e la ricerca all'Assessore Regionale alla Sanità e al Direttore Generale dell'Azienda, prima dei termini assegnati a quest'ultimo per presentare il piano annuale delle attività alla Regione. Il Direttore Generale elabora il proprio piano, garantendo il raggiungimento degli obiettivi riferiti alle prestazioni assistenziali, alla didattica e alla ricerca e verifica, inoltre, la coerenza tra l'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera e l'organizzazione interna della Facoltà di Medicina e Chirurgia per quanto attiene la necessaria integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. A tale scopo il Direttore Generale si avvale della consulenza dell'organismo paritetico individuato.

Per ulteriore specifiche si rimanda al Protocollo d'Intesa siglato tra Regione Campania, Università degli Studi di Salerno e Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.

DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA - DAI

Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda adotta, come modello di gestione operativa delle attività assistenziali, il Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI).

Ogni attività assistenziale svolta in Azienda è inquadrata all'interno del DAI con specifica collocazione da definirsi nella proposta di programmazione sanitaria. Tali attività rientrano pertanto a tutti gli effetti nell'ambito dei ruoli e responsabilità degli organi del dipartimento (cfr supra). Il DAI è, inoltre, istituito in base alla casistica attesa ed all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali e gestite in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca, all'affinità di patologie, di casistiche o d'attività, alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, o ancora al criterio dell'intensità e rapidità della cura.

In questo senso si vuole sottolineare che il D.A.I.

- Supera la logica dei reparti, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali, garantisce l'integrazione con la didattica e la ricerca, quale momento non eliminabile del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività,
- Fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi e

- Persegue il livello più elevato possibile d'appropriatezza delle cure anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e di ricerca, e la tempestività e coerenza nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Il DAI è una struttura organizzativa complessa ed ha natura strutturale.

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- organizzativa, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;
- clinica in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali;
- professionale, in termini di scambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche, nonché della valenza economica, considerata in relazione alla congruità ed alla coerenza rispetto al volume di attività programmata.

I dipartimenti ad attività integrata (DAI) assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali didattiche e di ricerca scientifica finalizzato al più alto livello di coerenza fra prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed attività didattico-scientifiche.

Dette attività rientrano pertanto a tutti gli effetti nell'ambito dei ruoli e responsabilità degli Organi del Dipartimento.

- Il DAI, per le funzioni di tipo assistenziale è centro unitario gestionale di responsabilità ed è articolato in strutture complesse, strutture semplici, programmi inter - o intra - dipartimentali.
- Di norma il personale universitario è affidato per la sola gestione agli organi del DAI, al fine di conferire efficienza ed efficacia all'esercizio integrato delle attività complessive, nella salvaguardia dei principi di cui ai precedenti punti e nel rispetto del Protocollo di intesa Università-Regione.

GLI ORGANI DEL DAI

Organi del DAI sono il Direttore, il Comitato e l'Assemblea.

La Direzione del Dipartimento è affidata con contratto triennale, rinnovabile consecutivamente una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento stesso, indicato dal Comitato di Dipartimento, così come previsto dalla normativa vigente. Il Direttore di Dipartimento può essere sollevato dal proprio incarico prima della scadenza del mandato per gravi, motivate e comprovate inadempienze inerenti la sua funzione. Decade automaticamente con la decadenza del Direttore Generale.

Il Direttore, che mantiene le funzioni di responsabile di struttura complessa, dura in carica un triennio e non può ricoprire tale carica per più di due volte consecutive così come previsto dal Piano Regionale Ospedaliero 2006 - 2008.

Il Direttore del DAI e' nominato dal Direttore Generale, tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il DAI sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum didattico-scientifico.

In particolare, il Direttore del DAI sia universitario che ospedaliero:

- a) ha la responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo conto delle necessità di soddisfare le peculiari esigenze assistenziali connesse altresì alle attività didattico-scientifiche della Facoltà;

- b) pianifica, secondo i tempi e le modalità proposti dal Comitato di Dipartimento sulla base degli obiettivi indicati dalla Direzione Generale, l'insieme delle risorse consumabili (presidi farmaceutici, presidi medico-chirurgici, presidi diagnostici) e delle strumentazioni diagnostiche e terapeutiche, correlando tali liste all'insieme delle attività da svolgere;
- c) programma, coordina e controlla, tenuto anche conto della programmazione didattico-scientifica e della programmazione didattica dei corsi di studio della Facoltà, sulla base dei criteri proposti dalla Giunta, l'organizzazione delle attività di tutto il personale che svolge attività assistenziale (compresi i turni di servizio e di guardia), l'utilizzazione delle attrezzature e degli spazi assegnati al DAI fatte salve eventuali deleghe che il Direttore del Dai può attribuire ai responsabili delle unità;
- d) redige la relazione annuale delle attività dipartimentali ed il piano di previsione, annuale ed a medio termine, delle attività del DAI, per l'approvazione da parte della Giunta e la trasmissione al Direttore Generale dell'Azienda ed alla Facoltà;
- e) convoca e presiede la Giunta e ne cura l'esecuzione dei deliberati;
- f) redige, sentita la Giunta, la proposta da trasmettere al Direttore Generale, dei piani annuali relativi alla prevenzione, alla qualità, alla sicurezza ed all'igiene presso il DAI;
- g) predispone, e trasmette al Direttore Generale, sentita la Giunta, la proposta annuale e di formazione ed addestramento del personale orientandola al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate ed alla eliminazione o riduzione dei rischi per la sicurezza ed igiene;
- h) promuove presso la Giunta iniziative per lo studio, l'applicazione e la verifica di linee guida cliniche per rendere sempre più affidabili ed omogenei i percorsi diagnostico-terapeutici;
- i) articola e favorisce l'attività libero professionale intramoenia nelle forme consentite dalla normativa vigente.
- j) partecipa alla contrattazione con la Direzione generale per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget;
- k) esamina periodicamente le risorse attribuite al dipartimento secondo il criterio di aggiornamento del budget e gestisce le risorse medesime secondo le indicazioni della Giunta;
- l) coordina le strutture organizzative semplici o complesse presenti ad suo interno;
- m) ha la gestione delle risorse finanziarie, umane e strumentali assegnate con il budget;
- n) promuove le verifiche periodiche sulla qualità secondo gli standard stabiliti;
- o) controlla l'aderenza dei comportamenti agli indirizzi generali definiti nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- p) rappresenta il dipartimento nei rapporti con il Direttore generale, con la direzione sanitaria ed amministrativa;
- q) convoca e presiede la Giunta di dipartimento alla quale illustra le linee programmatiche e gli indicatori di risultato individuati in accordo con la Direzione aziendale per valutare il raggiungimento degli obiettivi;
- r) dà comunicazione delle riunioni del dipartimento al direttore generale.
- s) supporta il processo di valutazione dei dirigenti sulla base dei risultati raggiunti..

Il comitato di Dipartimento è composto da:

- a) tutti i responsabili di Strutture Complesse e dai Responsabili di Progetti infra e intra dipartimentali.
- b) dal responsabile dipartimentale del personale di comparto.
- c) Da una parte elettiva che è rappresentativa di ciascuno dei profili professionali del personale afferente al dipartimento.

Con atto di nomina del Direttore Generale su conforme indicazione del Direttore del DAI, è individuato, tra i membri della Giunta, un vice Direttore che sostituisce il Direttore in casi di impedimento, dimissioni, congedi superiori ai 10 giorni o per decadenza fino a nuova nomina del direttore.

I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente per una sola volta.

Le modalità e i tempi di delle elezioni dei componenti, nonché gli aspetti organizzativi e di funzionamento sono riportati nell'apposito Regolamento.

Il comitato del DAI, è preposto alle seguenti attività.

- a. Propone i programmi infra ed inter-dipartimentali, fornendo per ciascuna proposta le motivazioni didattico-scientifico e quelle assistenziali derivanti dal Protocollo d'Intesa Università-Regione e dagli obiettivi assegnati dal Direttore Generale al Dipartimento.
- b. Esprime parere al Direttore del DAI, all'inizio di ogni anno e successivamente se richiesto dal Direttore, sulle **proposte** di acquisto di attrezzature e sulla manutenzione delle stesse, nonché sulle richieste di lavori per la manutenzione straordinaria ed ordinaria.
- c. Definisce i criteri generali per l'attribuzione dei compiti e delle responsabilità funzionali del personale afferente al DAI; tali criteri devono essere coerenti con la programmazione assistenziali, didattico-scientifica e con la programmazione didattica dei Corsi di studio della Facoltà.
- d. Promuove iniziative per lo studio, l'applicazione e la verifica di linee guida cliniche per rendere sempre più affidabili ed omogenei i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali.
- e. Approva la relazione sulle attività dipartimentali redatta annualmente dal Direttore del DAI.
- f. Esprime pareri sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia secondo la vigente normativa.
- g. Esprime parere su ogni altra questione sulla quale il Direttore del DAI ritenga di richiedere il parere della Giunta;
- h. Attengono inoltre al Comitato del DAI le decisioni in ordine a:
 - i. Definizione di modelli di organizzazione del dipartimento volti al miglioramento dell'efficienza e della integrazione delle attività
 - j. Razionale utilizzazione del personale del dipartimento, nell'ottica della integrazione dipartimentale
 - k. Gestione interna degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale
 - l. Gestione del budget assegnato al dipartimento
 - m. Definizione di linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico
 - n. Definizione di obiettivi da realizzare nel corso dell'anno
 - o. Adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita
 - p. Elaborazione di piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria
 - q. Elaborazione di proposte per la istituzione di nuove strutture e/o programmi operativi infradipartimentali
 - r. Elaborazione di schemi di deliberazione concernenti il dipartimento da sottoporre al direttore generale
 - s. Programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate dal direttore generale al direttore di dipartimento (es. programma di aggiornamento professionale facoltativo e tecnico specifico, programma di acquisti di attrezzature e di beni e servizi a carattere continuativo ecc.);
 - t. Elaborazione di piani annuali e pluriennali relativi alle attività da svolgere ed alle connesse risorse da utilizzare e relative variazioni (budget dipartimentale);
 - u. Elaborazione del regolamento interno operativo;

Il comitato di Dipartimento rimane in carica un triennio

Il Presidio di Castiglione di Ravello

Il Presidio di Castiglione di Ravello, da 1° aprile 2011 è annesso all'A.O.U. e, come stabilito dal Decreto 17/2011 le funzioni di ricovero devono essere disattivate e la struttura deve essere riconvertita in una "Struttura polifunzionale per la salute" (SpS).

Quindi, se per un verso, vengono disattivati i posti letto presenti nella stessa, per un altro, la struttura viene qualificata e viene inserita nell'ambito di un circuito proprio di una Azienda Ospedaliera.

È evidente l'elemento di forte novità e di sfida del nuovo modello organizzativo proposto, per certi versi di "frontiera", che dovrà coniugare le capacità erogative dell'insieme delle cure primarie, più direttamente collegabili con una funzione più propriamente territoriale, e la garanzia della continuità assistenziale con il sistema ospedale.

Le principali tipologie di servizio previste, integrate tra loro sono:

- Servizi sanitari;
- Servizi sociosanitari;
- Servizi e attività sociale;
- Altri servizi, quali ad esempio, il Centro Unico di Prenotazione, la distribuzione diretta di farmaci, ecc.

In particolare, per quel che riguarda la parte più propriamente sanitaria, va sottolineata l'assoluta necessità di garantire i servizi essenziali di emergenza nell'ambito di un territorio che per caratteristiche geo-morfologiche, dispersione della comunità locale sul territorio e forte presenza turistica nei mesi estivi è caratterizzato in maniera specifica.

L'insieme di questi aspetti caratterizzanti, nella loro unicità e complessità, come specificato in precedenza nel presente Piano, trova adeguate soluzioni nell'ambito della rete dei servizi di emergenza/urgenza dell'A.O.U.

L'analisi epidemiologica, rivolta nello specifico ai cittadini residenti nella costiera e l'analisi dei flussi turistici collegata ai dati di attività del plesso nei mesi estivi, può fornire quegli elementi di modularità degli interventi e di rafforzamento delle attività secondo la stagionalità.

Le particolari caratteristiche geo-morfologiche e la dispersione della comunità locale sul territorio inducono a riflettere sullo sviluppo di un sistema integrato di trasporto dei pazienti che va dalle idroambulanze alle eliambulanze alle moto mediche per le esigenze di primo soccorso.

Al tempo stesso, per le particolari caratteristiche e funzioni presenti in una Struttura Polifunzionale per la Salute, è evidente l'assoluta necessità raccordo e di forte integrazione con le attività territoriali e, quindi, con l'ASL di riferimento e con i rappresentanti delle Comunità locali.

Tra le attività previste che verranno sviluppate nell'ambito della Struttura, vanno segnalate:

- le attività di chirurgia ambulatoriale e di one day surgery;

- l'attivazione di una camera iperbarica per subacquei che, per errata o accidentale inosservanza della decompressione, debbano essere sottoposti ad un trattamento iperbarico di decompressione;
- la telemedicina, in particolare per quel che riguarda l'ambito della diagnostica clinica attraverso la trasmissione telematica di referti ed esami e la possibilità, quindi di poter usufruire di consulenze mediche qualificate in tempo reale.

Il Piano di rideterminazione del personale

Il complesso "perimetro logico" nel quale l'Azienda si troverà ad operare nei prossimi anni, i cui principali determinati, giova ricordarlo, sono costituiti dal completamento organizzativo ed operativo conseguente all'annessione con i nuovi plessi aziendali, dal completamento dell'iter costitutivo della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria, dal rafforzamento produttivo dell'Azienda che prevede un incremento complessivo di 109 nuovi posti letto, richiede una ridefinizione e una rideterminazione del personale dipendente dell'Azienda, la cui numerosità e "qualità" deve essere adeguata ai nuovi e più complessi compiti affidatigli.

Con Deliberazione n. 197 del 6.04.2011, l'Azienda Ospedaliera ha effettuato una ricognizione del personale dei Presidi Ospedalieri confluiti e una presa d'atto della dotazione organica provvisoria.

Per quel che riguarda i nuovi plessi accorpati va specificato che:

- i plessi in oggetto non avevano dotazioni organiche proprie, ovvero scorporate da quelle dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, per cui si è fatto riferimento ai dati del Conto Annuale dell'anno 2006 inviati alla Regione Campania e al Ministero della Salute;
- il personale del plesso di Castiglione di Ravello risulta incardinato nella dotazione organica provvisoria del P.O. di Cava de' Tirreni.

Nella tabella seguente viene rappresentata la dotazione organica provvisoria di questa A.O., così come risultante dalla Delibera sopra menzionata e la proposta di rideterminazione della dotazione organica "a regime".

	Dotazione organica provvisoria	Rideterminazione della dotazione organica "a regime"	variazione
RUOLO SANITARIO			
MEDICI	632	792	160
FARMACISTI	11	13	2
BIOLOGI	20	31	11
CHIMICI	0	3	3
FISICI SANITARI	2	6	4
PSICOLOGI	0	3	3
Collab. Prof.Sanitario Esperto	59	100	41
Collab. Prof.Sanitario	1.407	1.530	123
Collab.Prof. Tecnico Sanitario Esperto	24	28	4
Collab. Prof. Tecnico Sanitario cat.D	208	208	0
Collab.Prof.Riabilit.Esp.cat.D liv.DS	4	4	0
Collab.Prof.Riabilit.cat.D	27	34	7
Dirigenti SAIOT	0	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO			0
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	14	21	7
Collab.Amm.vo Prof.Esp.	18	21	3
Collab.Amm.vo Prof.	36	45	9
Assistente Amm.vo	70	100	30
Coadiutore Amm.vo Esperto	17	14	-3
Coadiutore Amm.vo cat.B	36	88	52
Commessi	9	24	15
RUOLO TECNICO			0
ANALISTI	2	4	2
SOCIOLOGI	1	4	3
Collab. Tecn. Prof. Esperti	2	2	0
Collab. Tecn. Prof.	7	12	5
Assistenti Tecnici	10	22	12
Operatori Tecnici	552	610	58
Ausiliari Socio Sanitari	194	480	286
Assistenti Sociali Esperti	2	2	0
Assistenti Sociali	3	7	4
RUOLO PROFESSIONALE			0
INGEGNERI	3	7	4
AVVOCATI	3	4	1
ARCHITETTI	0	1	1
Assistenti Religiosi	5	6	1
Totale personale dipendente	3.378	4.227	849
<i>Totale posti letto</i>	<i>1.039</i>	<i>1.148</i>	<i>109</i>

La proposta, quindi, comporta un passaggio dalle attuali 3.378 unità di personale previste nell'attuale dotazione organica alle 4.227 unità, con un incremento complessivo, quindi, di 849 unità.

Va precisato come il personale effettivamente in servizio alla data del 31.12. 2010, nei vari plessi, ammonta a 3.008 unità, con una carenza complessiva quindi, rispetto l'attuale dotazione organica, di 370 unità.

I maggiori incrementi di personale previsti nella proposta sono giustificati dal rafforzamento delle attività e dall'introduzione di nuove discipline e riguardano principalmente i medici (+160 unità) ed il personale infermieristico (+164 unità).

Discorso a parte merita l'incremento del personale amministrativo dirigente (+7) e di comparto (+106) il quale, attualmente, ha visto il sommarsi di compiti e di attività svolte dai servizi centrali amministrativi dell'ASL relativi ai tre plessi senza un corrispettivo incremento di organico. Il decreto di trasferimento del personale dipendente dei tre plessi, infatti, 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 gli stessi. L'effettiva messa in servizio di nuovo personale amministrativo appare dunque una delle priorità che l'Azienda si deve dare, pena la possibile paralisi delle relative attività.

Un altro forte incremento riguarda gli Ausiliari Socio Sanitari (+286). Tale incremento è il risultato di una cronica carenza di tale tipologia di personale dell'A.O. che si aggiunge all'assenza di tale personale dipendente nell'ambito dei tre plessi che si sono avvalsi, fino ad oggi, di personale convenzionato.

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

Il Piano delle Strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali, delle strutture semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti

GLI INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA, DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE E DI STRUTTURA SEMPLICE PER IL PERSONALE DIRIGENZIALE

Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività ed alla economicità dell'azienda.

Nella definizione delle strutture organizzative dell'Azienda devono essere adeguatamente valutate le esigenze connesse alla loro razionalizzazione nell'ottica di una gestione unitaria e

dell'integrazione delle attività, evitando la frammentazione delle funzioni e tenendo conto dei livelli di attività legati alle ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni medesime.

Le strutture possono essere Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici in relazione alla rispondenza in un quadro complessivo che tiene conto dei seguenti criteri:

- livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni della singola struttura, tenendo conto dei livelli di attività;
- unicità e/o valenza strategica aziendale;
- complessità dell'articolazione interna;
- volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità, peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;
- consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali;
- quantità delle risorse assorbite (budget) da gestire;
- livello di responsabilità e di autonomia.

Le Strutture Complesse assumono la denominazione di Unità Operative Complesse.

L'Unità Operativa Complessa (UOC) è una struttura che ha una propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con strutture affini e con uso in comune di risorse umane e strumentali, e presuppone, pertanto, un'autonomia clinico-professionale ed organizzativa, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento. L'UOC può essere UOC Clinico-assistenziale, dotata di posti letto ordinari e/o di day hospital, ed UOC di Servizi Diagnostici e Terapeutici.

Le Unità Operative Semplici (UOS) sono articolazioni delle Unità Operative Complesse, con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico-professionale.

Le Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) sono dotate di responsabilità di gestione delle risorse umane, e di autonomia clinica e professionale ed organizzativa nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento e da quanto previsto dall'articolo 15 quinquies, 5° comma del D.Lgs. 229/99.

Funzioni e Responsabilità del Direttore di Unità Operativa Complessa (UOC) - L'incarico di responsabilità di Unità Operativa Complessa è conferito dal Direttore Generale in base a quanto disposto dalla normativa vigente. Il Dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di UOC assume la qualifica di Direttore. Fermo restando l'autonomia clinico professionale e decisionale in relazione alle modalità tecnico-operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati, il Direttore di UOC è responsabile della qualità delle prestazioni erogate avendo diretta responsabilità delle scelte operate, delle procedure e dei processi alla base delle prestazioni prodotte. Il Direttore di UOC è responsabile della corretta, efficace ed efficiente gestione delle risorse affidategli sia umane che strumentali oltre che alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale afferente alla propria unità operativa. I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dalle norme e dai contratti di settore.

Funzioni e Responsabilità del Responsabile di Unità Operativa Semplice (UOS) e Dipartimentale (UOSD) - L'incarico di responsabile di Unità Operativa Semplice e Semplice a valenza Dipartimentale è affidato dal Direttore Generale su proposta, rispettivamente, del Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e del Capo di Dipartimento ad un dirigente con specifica professionalità e competenza, in relazione alle funzioni ed attività della UOS da

dirigere, accertate attraverso valutazioni curriculari e dell'iter formativo professionale oggetto della relazione proponente l'incarico. Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di UOS o UOSD assume la qualifica di Responsabile. Fermo restando l'autonomia clinico professionale il Responsabile di UOS o UOSD svolge la propria attività secondo gli indirizzi forniti dal Direttore di UOC o dal Capo di Dipartimento cui afferisce utilizzando le risorse umane e strumentali in coerenza con i piani di attività della UOC o del Dipartimento di appartenenza. I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dal Regolamento Aziendale nell'ambito delle norme di legge e dei contratti di settore.

Funzioni e Responsabilità del Dirigente di Struttura Direzionale - L'incarico di responsabile di Struttura, semplice o complessa, è affidato direttamente dal Direttore Generale ad un dirigente con specifica professionalità e competenza, in relazione alle funzioni ed attività della Struttura da dirigere, accertate attraverso valutazioni curriculari e dell'iter formativo professionale oggetto della relazione proponente l'incarico. Il dirigente cui è affidato l'incarico di responsabilità di Struttura Semplice nell'ambito della Direzione Generale assume la qualifica di Responsabile. I termini che regolano la disciplina di incarico, verifica e revoca sono quelli definiti dal Regolamento Aziendale nell'ambito delle norme di legge e dei contratti di settore.

I gruppi di progetto - Può verificarsi nell'Azienda la necessità che più soggetti operino, anche in via occasionale e temporanea, in accordo e stretto collegamento, senza che vi sia la necessità o l'opportunità di costituire un dipartimento funzionale. In questi casi l'Azienda può costituire gruppi di progetto per la realizzazione di obiettivi specifici. I gruppi di progetto sono costituiti dal Direttore Generale che nomina anche un coordinatore del gruppo. Il gruppo riferisce, nelle modalità e alle scadenze fissate, al Direttore Generale sulle attività svolte.

GLI INCARICHI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA E DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE DI COMPARTO

Le posizioni organizzative - sono uno strumento volto a potenziare un modello organizzativo flessibile, teso alla valorizzazione delle competenze ed orientato al decentramento delle attività con assunzione diretta di responsabilità ed al conseguimento dei risultati. Le funzioni per le quali è possibile attribuire gli incarichi di posizione organizzativa presuppongono una grande competenza e preparazione professionale, un elevato grado di conoscenza nonché lo svolgimento di attività di contenuti di alta professionalità e di specializzazione. Il titolare di una posizione organizzativa non assume una posizione stabile all'interno dell'organizzazione aziendale ma è tenuto ad operare per lo svolgimento delle funzioni affidategli fino alla scadenza del termine posto all'incarico.

L'Azienda nel procedere alla riorganizzazione delle proprie attività sanitarie, amministrative e tecnico professionali, per adeguarle ai nuovi e più complessi compiti individuati e programmati nell'Atto Aziendale e che le Leggi statali e regionali impongono, individua periodicamente per i ruoli di cui innanzi le posizioni organizzative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi correlati all'attività ordinaria, ai progetti innovativi e ai progetti strategici aziendali, dandone preventiva comunicazione alle Rappresentanze Sindacali. In tale contesto, le posizioni organizzative da istituire in Azienda, pur operando nell'ambito delle Strutture e Plessi in cui sono incardinate, sono tra di loro poste in rapporto orizzontale, del tipo a matrice, fra tutti gli attori coinvolti, al di fuori di logiche di autoreferenzialità e di autogoverno e tutte rispondenti al medesimo governo strategico. L'insieme delle posizioni organizzative costituiscono un sistema di relazione che rappresenta lo stile ma anche la sostanza del funzionamento

Funzioni e competenze dell'incarico di posizione organizzativa - L'incarico di posizione organizzativa comporta, nell'ambito dell'incarico assegnato e delle direttive impartite dal Direttore della Struttura sovra ordinata, che resta comunque responsabile delle attività svolte e dei risultati conseguiti, le seguenti funzioni e competenze:

- a) la gestione delle attività volte al raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- b) la gestione delle risorse umane e strumentali assegnate dal Direttore alla struttura di competenza;
- c) l'adozione in prima persona, con connessa responsabilità di firma, di ogni provvedimento espressamente delegato dal Direttore della Struttura, conformemente alle vigenti disposizioni di legge.

La graduazione delle funzioni viene effettuata sulla base dei seguenti elementi di valutazione:

- a) livello di autonomia e responsabilità della posizione, anche in relazione alla effettiva presenza di posizioni dirigenziali sovra ordinate
- b) grado di specializzazione richiesta dai compiti affidati
- c) complessità delle competenze attribuite
- d) entità e qualità delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e strumentali direttamente gestite
- e) valenza strategica della posizione rispetto agli obiettivi aziendali

La funzione di coordinamento - si estrinseca in attività di programmazione, gestione e valutazione. In particolare, il coordinatore :

- a. Coordina le risorse umane e l'organizzazione della tecnostruttura nell'ambito dell'U.O. assegnata, elabora programmi di lavoro, valorizzando le risorse umane assegnate;
- b. attua gli indirizzi impartiti dalla Direzione aziendale, adottando modalità operative di partecipazione e coinvolgimento del gruppo di lavoro;
- c. persegue obiettivi specifici assegnati dal Direttore di U.O.
- d. collabora alla realizzazione dell'appropriatezza organizzativa ed assistenziale e all'ottimizzazione dei servizi, nonché concorre alla verifica di qualità secondo indicatori predefiniti;
- e. ha responsabilità delle funzioni e delle attività che gli sono attribuite e dei risultati conseguiti.
- f. concorre, per quanto di competenza, al raggiungimento di obiettivi aziendali;
- g. promuove il benessere organizzativo, mettendo in atto politiche di prevenzione dei conflitti e attuando specifiche direttive aziendali;
- h. concorre alla valutazione del personale assegnato secondo il sistema di valutazione aziendale.

I coordinatori dipartimentali - L'Azienda adotta il modello di organizzazione dipartimentale come modello utile per una più efficiente e corretta realizzazione della propria "mission". Al fine di promuovere e sviluppare tale modello anche per quel che riguarda l'area comparto del personale si intende far sì che ai Coordinatori dipartimentali venga attribuito l'incarico di posizione organizzativa che va a riassorbire quello di coordinamento. In ogni caso gli eventuali provvedimenti non devono comportare diminuzione del complessivo trattamento economico del dipendente interessato.

L'Azienda provvede, con atto del Direttore Generale, su proposta del Direttore S.A.I.O.T., o in sua assenza del Direttore Sanitario Aziendale, all'individuazione e all'aggiornamento delle UU.OO. per le quali è prevista l'attribuzione della funzione di coordinamento prevista dal CC.CC.NN.LL. Comparto Sanità del 20/09/2001. Le variazioni organizzative che comportino la istituzione, modifica o soppressione delle posizioni di coordinamento sono oggetto di informazione preventiva alle OO. SS. di comparto.

Il Commissario ad acta, con Decreto n. 12 del 12.03.2010 ad oggetto “ Razionalizzazione e contenimento della spesa del personale” ha stabilito che : “ I Direttori Generali ed I commissari Straordinari, in occasione della ridefinizione organizzativa delle Aziende Sanitarie della Campania individuano le strutture semplici e complesse, e le posizioni organizzative e di coordinamento in linea con il rigoroso rispetto dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale, come del resto dispone in materia il decreto n. 4 del 30.09.2009 del Commissario ad Acta in attuazione del Piano di rientro dal disavanzo. In conseguenza di tanto, se vi è equilibrio nei fondi le predette strutture organizzative (strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e di coordinamento) dovranno essere in numero corrispondente alla capienza dei rispettivi fondi integrativi individuati. Nel caso di superamento del tetto dei relativi fondi integrativi i Direttori Generali ed i Commissari straordinari sono tenuti a non attivare ulteriori strutture organizzative fino al conseguimento del riequilibrio dei richiamati fondi. Nel caso di disponibilità dei fondi è sempre consentita la possibilità di istituire le citate strutture organizzative fino alla concorrenza della capienza dei fondi medesimi”.

Va precisato come questa Azienda ha perseguito in questi anni una rigorosa politica di riconducimento del costo del personale nell’ambito dei limiti fissati dai vari fondi.

Per quel che riguarda, invece, l’aspetto programmatico, nel caso specifico di questa Azienda Ospedaliera, è da ritenere che essa costituisca eccezione nell’ambito del panorama sanitario regionale e questo sia in quanto oggetto di accorpamento di più plessi e sia per il rilevante incremento di posti letto. Per tali motivazioni, l’esatta misura delle Strutture complesse e semplici, nonché delle posizioni organizzative e dei coordinamenti deve considerarsi rinviata alla rideterminazione dell’assegnazione economica complessiva aziendale fissata dalla Regione Campania e alla conseguente unificazione e rideterminazione dei rispettivi fondi per il personale dirigenziale e di comparto.

Gli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali (ex art. 20)

Di seguito vengono rappresentati gli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali necessari per l'adeguamento strutturale e del patrimonio tecnologico alle funzioni programmate, con una previsione di massima dei costi. Come richiesto dal Decreto del Commissario ad acta n. 49/2010, tali indicazioni sono richieste a supporto del programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 e sono coerenti con la riorganizzazione della rete ospedaliera e sono finalizzati alla sua piena attuazione.

AMMODERNAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DEL PLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA

L'Azienda Ospedaliera Universitaria e l'Università degli Studi di Salerno hanno redatto un progetto preliminare relativo ai "Lavori di ammodernamento e riqualificazione di tutto il plesso ospedaliero S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" presentato alla Regione Campania ai fini dell'ottenimento dei relativi finanziamenti¹².

La partecipazione finanziaria della Regione, vista la rilevanza sociale ed economica dell'iniziativa tesa alla costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e alla riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, è stata assicurata con D.G.R.C. n. 1338 del 1.08.2008. A riguardo è stato previsto l'inserimento di tale intervento nell'ambito del programma di investimenti di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ex art. 20 L. 67/88, per un costo complessivo stimato in €. 150.000.000 e ha rinviato a successivi atti e provvedimenti la definizione delle procedure attuative, verificando l'opportunità del coinvolgimento anche di eventuali partner privati, dell'Università degli Studi di Salerno, dell'Azienda Universitaria Ospedaliera "S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" ed altri soggetti istituzionali.

Il progetto è relativo all'ammodernamento e la riqualificazione del Plesso Ospedaliero attraverso la ristrutturazione e l'adeguamento funzionale degli spazi che la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Salerno disporrà per l'espletamento delle funzioni didattiche e di ricerca ad essa deputate. Esso prevede la realizzazione, nella stessa area dove è attualmente situato il nosocomio, sia di nuovi corpi di fabbrica che la ristrutturazione di quelli esistenti.

Successivamente, il Progetto preliminare è stato ulteriormente ampliato e modificato portando il corrispondente quadro economico ad €. 348.099.315,00. La nuova idea progetto, elaborata dagli Uffici Tecnici di Ateneo, è contenuta nel Master Plan "Verso il Campus Medico San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", allegato alla Delibera n. 890 del 15.12.2010¹³.

La Regione Campania, con D.G.R.C. n. 2103 del 31.12.2008, tra l'altro:

¹² Delibera n. 381 del 14.07.2008 "Progetto preliminare di ammodernamento e riqualificazione del Plesso Ospedaliero S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" in cui viene approvata alla proposta progettuale "Progetto preliminare di ammodernamento e riqualificazione del Plesso Ospedaliero San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"

¹³ Delibera n. 890 del 15.12.2010 "Programmazione interventi di riqualificazione e ristrutturazione dell'A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona ex art. 20 L. 67/88 - II fase. Approvazione progetto preliminare"

- ha preso atto del Master Plan”;
- ha approvato lo schema di protocollo d’intesa tra la Regione Campania, l’Università degli Studi di Salerno, L’O.O.U., il Comune di Salerno e la Provincia di Salerno per l’attuazione dell’idea progetto individuata nel Master Plan;
- ha confermato l’inserimento dell’intervento di “Ammodernamento e riqualificazione del plesso ospedaliero S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” del costo complessivo stimato in €. 150.000.000,00 nel Programma di investimenti di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ex art. 20 L. 67/88, compatibilmente con le risorse disponibili, coerentemente con la programmazione sanitaria regionale e nel rispetto delle condizioni e degli obiettivi qualitativi e quantitativi definiti dal Piano di Rientro dal disavanzo allegato alla DGRC n. 460/07 e dai provvedimenti conseguenti;

Il Master Plan “Verso il Campus Medico San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” individua nella innovativa formula della Finanza di Progetto (*Project financing*) che prevede la possibilità di realizzare ospedali con la partecipazione finanziaria dei privati alla realizzazione delle opere e alla loro successiva gestione, la possibilità di assicurare una rapida realizzazione di opere di qualità e la verifica di congruità tecnica e finanziaria dell’intervento proposto.

Con la formula della Concessione, del Project financing o del leasing in costruendo si ottiene un sistema di interazione Pubblico-Privato in base al quale il General Contractor vincitore della gara d’appalto partecipa finanziariamente alla realizzazione dell’opera ottenendo in cambio una “concessione” per gestire:

- attività non sanitarie (mensa/ristorante, ad alberghi/residence, asili nido per dipendenti, parcheggi a pagamento, galleria commerciale, bar ecc.)
- la manutenzione della struttura e delle attrezzature;
- tutti i servizi di supporto non sanitari (pulizia, servizio energia, ecc.).

In tal modo il concedente ha una maggiore garanzia sia di rispettare i costi, i tempi di consegna e la qualità dell’opera definita in progetto sia di mantenere nel tempo tale qualità in quanto il Concessionario ha tutto l’interesse a realizzare quanto prima l’opera e a gestirla nel modo più efficiente possibile per massimizzare il proprio guadagno rappresentato da un canone periodico e predefinito versato dal concedente per un determinato periodo di tempo (di solito da 20 a 30 anni) a fronte della verifica della correttezza della prestazione svolta sia di costruzione che di gestione.

La nuova proposta per il “Campus San Leonardo” prevede quindi un ampliamento e parziale revisione del progetto inizialmente presentato secondo le seguenti linee guida:

- previsione di partecipazione dei privati con realizzazione spazi per attività accessorie;
- demolizione, invece che ristrutturazione di gran parte dell’attuale ospedale con realizzazione di nuovi corpi di fabbrica isolati a sviluppo verticale per aumentare capacità edificatoria, spazi verdi e di circolazione;
- per ciò che riguarda la tipologia edilizia l’intervento di notevole importanza sociale potrebbe essere realizzato secondo i seguenti principi ispiratori:
 - emissioni Zero;
 - sostenibilità ambientale – eco compatibilità;
 - flessibilità utilizzo aree;
 - modularità ed espandibilità (anche nel master plan sono previste aree per future espansioni);
 - massimo confort per pazienti e lavoratori;
 - facilità di accesso e movimento per tutti;
 - innovazione tecnologica;
 - qualità architettonica;
 - sicurezza nei confronti del sisma;

- rapidità di esecuzione.

Il Master Plan proposto prevede l'adeguamento dell'intero impianto ospedaliero in funzione delle superficie media a posto letto, determinata dall'analisi di altri impianti ospedalieri pari a c.a. 140 mq pl.

Per il raggiungimento della superficie necessaria, le funzioni ospedaliere, oltre alle superfici che continueranno ad essere utilizzate con le funzioni attualmente in uso, pari a 24.644,28 mq, saranno implementate di ulteriori sostanziali superfici date dalla realizzazione di tre blocchi edilizi a torre di n° 21 piani fuori terra, di cui due a pianta quadrangolare aventi superficie complessiva una di mq 19.200 e l'altra di mq 18.900, mentre la torre rettangolare, in luogo dell'attuale piastra di accettazione, somma complessivamente 56.000 mq.

La superficie complessiva destinata all'attività ospedaliera è quindi pari a mq 118.684,28, data dall' ampliamento pari a mq 94.100 e dalle superfici esistenti che continueranno ad essere utilizzate pari a mq 24.644,28, utili a soddisfare l'ipotesi di 850 posti letto; di cui 131 già funzionanti nella torre cardiologica, con una superficie di 139,70 mq a posto letto.

Le funzioni svolte nell'attuale piastra di accettazione saranno integralmente assorbite ed adeguate dalla torre a pianta quadrangolare.

Per le attività istituzionali dell'Università e di quella ad essa compatibili e correlate, si è ipotizzata la sostituzione edilizia degli attuali corpi di fabbrica, non rispondenti per tipologia edilizia ed aggregazioni funzionali alle esigenze della Facoltà di Medicina, con blocchi isolati multipiano, in particolare è prevista la realizzazione di:

- tre edifici per le attività di didattica e ricerca ciascuna di mq 8750 per complessivi mq 26.250;
- biblioteca per 30.000 volumi, sale lettura ed internet per complessivi 2340 mq;
- centro benessere con palestre, spogliatoi e piscina per complessivi 4650 mq;
- ristorazione, mensa ed albergo per complessivi 13500 mq;
- centro per le attività commerciali compatibili ed asilo nido per complessivi 7200 mq;
- parcheggi su più livelli per complessivi 2000 posti auto oltre quelli già esistenti nelle aree esterne.

Si prevede anche un accesso all'area universitaria derivato dalla attuale bretella in uscita dalla tangenziale di Salerno ed un ulteriore accesso dalla Statale 18.

L'intervento, data la condizione di non arrecare disfunzioni alle attività ospedaliere e servizi che dovranno continuare ad essere normalmente svolte ed erogati durante l'attuazione dell'intervento, potrà essere attuato programmando la realizzazione dello stesso in più fasi.

Ciò consentirà il trasferimento differenziato nel tempo di gruppi di servizi, per poi procedere al trasferimento dei reparti ed attività connesse. Nello specifico si è ipotizzato la realizzazione di una delle due torri quadrangolari in area non invasiva, e la centrale tecnologica dedicata alle attività ospedaliere. Ciò consentirà, ad ultimazione lavori, il trasferimento delle attività allo stato svolte nei quattro livelli della piastra di accettazione. Liberati i volumi della piastra di accettazione, si procederà alla demolizione della stessa e alla successiva realizzazione della torre rettangolare che ospiterà i reparti attualmente in uso e le attività proprie dell'azienda ospedaliera. Si procederà quindi alla demolizione dei volumi edilizi liberati ed alla realizzazione di quelli a servizio dell'Università e delle attività compatibili.

Il progetto complessivo porta ad un incremento dell'importo inizialmente previsto di 150 milioni di euro che non considerava le attività accessorie e la demolizione di gran parte dell'attuale nosocomio. L'ipotesi di cui alla presente relazione prevede la realizzazione ex-novo di circa 190.000 mq di costruzioni oltre alla demolizione di gran parte dell'attuale nosocomio. Di massima, è possibile ipotizzare un costo medio, complessivo di i.v.a. e spese generali, pari a € 1.800/mq per un totale di circa € 340.000.000,00 a cui vanno aggiunti i costi di trasferimento delle attrezzature e gli arredi utilizzabili dal vecchio al nuovo ospedale oltre eventuali nuove attrezzature. Tale dato è da intendere congruo anche se rapportato al costo medio a posto letto

degli ospedali rilevati dall'indagine e variabile nel range 250.000 – 300.000 €. Nel caso in esame si ipotizza di realizzare 719 posti letto ex novo con una superficie lorda ospedaliera di 94.100 mq con un costo a posto letto di circa €260.000. A tali costi si può far fronte con il contributo regionale (€ 150.000.000,00), l'importo derivante dalla dismissione dell'edificio "Torre Angellara" ed il contributo privato per la restante parte (con importo inferiore al 50% dell'intero intervento).

Copertura finanziaria del Progetto	
Stato (art. 20 L. 67/88) - 50%	€ 150.000.000
Regione Campania - art. 20 L. 67/88	€ 10.000.000
A.O.U. Salerno	€ 10.000.000
Project finance	€ 178.099.315
Totale	€ 348.099.315

Analoghi interventi, per quel che riguarda i plessi accorpati, a supporto del programma di investimenti ex art. 20 legge 67/88, sono in fase di definizione.

APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Sulla base di una analisi fondata sulle linee di sviluppo delle attività previste per la piena implementazione della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria, viene di seguito elencato il fabbisogno di nuove apparecchiature elettromedicali a supporto del programma di investimenti ex art. 20 legge 67/88, con una previsione massima dei costi.

Q.tà	Apparecchiatura	Prezzo presunto (IVA esclusa)	Prezzo presunto (IVA inclusa)
7	Apparecchiature Sale Operatorie	€ 4.200.000,00	€ 5.040.000,00
1	PET-RM	€ 3.500.000,00	€ 4.200.000,00
1	RM ad altissimo campo	€ 3.000.000,00	€ 3.600.000,00
2	Aggiornamento acceleratori in uso con tecniche IMRT IGRT	€ 950.000,00	€ 1.140.000,00
1	SPECT-TC	€ 780.000,00	€ 936.000,00
1	Simulatore radiologico di ultima generazione	€ 700.000,00	€ 840.000,00
1	Sistema automatico di scomposizione del Sangue e trattamento emocomponenti	€ 500.000,00	€ 600.000,00
1	Sistema automatico per sequenziamento tratti genoma umano e batterico	€ 500.000,00	€ 600.000,00
1	Ecoendoscopia + chirurgia obesità	€ 450.000,00	€ 540.000,00
3	Ecocardiografi	€ 390.000,00	€ 468.000,00
1	Gamma camera cardiaca a doppiata testa	€ 350.000,00	€ 420.000,00
1	Laser a femtosecondi	€ 300.000,00	€ 360.000,00
1	Strumentazione per verifiche trattamenti TBI e IMRT	€ 300.000,00	€ 360.000,00
1	Gamma camere a doppia testa	€ 300.000,00	€ 360.000,00
1	Gamma camera a singola testa	€ 250.000,00	€ 300.000,00
1	Analizzatore di massa/massa con accessori	€ 190.000,00	€ 228.000,00
2	Assistenza ventricolare a lungo termine	€ 140.000,00	€ 168.000,00

1	Colonna Videolaparoscopica	€ 100.000,00	€ 120.000,00
1	Ret cam	€ 100.000,00	€ 120.000,00
1	Sistemi ottici per diagnostica e chirurgia	€ 100.000,00	€ 120.000,00
1	Immunocoloratore automatico	€ 100.000,00	€ 120.000,00
1	litrotritore laser perendoscopio per litotrixxia biliare	€ 90.000,00	€ 108.000,00
2	tavoli operatori (completi di accessori)	€ 90.000,00	€ 108.000,00
1	Sistema integrato per la chirurgia endonasale ed otologica	€ 90.000,00	€ 108.000,00
1	Videoprocessore NBI con monitor, carrello e pompa peristaltica	€ 80.000,00	€ 96.000,00
1	Urea Breath C13 + Urea Breath lattosio	€ 80.000,00	€ 96.000,00
1	Orbscan	€ 80.000,00	€ 96.000,00
1	Videoendoscopia NBI	€ 80.000,00	€ 96.000,00
1	Videoendoscopia ad autofluorescenza	€ 80.000,00	€ 96.000,00
1	Gasromatografo di massa con accessori	€ 80.000,00	€ 96.000,00
Totale complessivo		€ 17.950.000,00	€ 21.540.000,00

Inoltre, a supporto di alcune apparecchiature elettromedicali, occorre anche prevedere i costi di adeguamento strutturale ad esse collegati, che vengono di seguito elencati:

Q.tà	Apparecchiatura	note	valore adeguamento strutturale (escluso IVA)	valore adeguamento strutturale (compreso IVA)
7	Sale Operatorie		€ 6.000.000,00	€ 6.600.000,00
1	PET-RM		€ 2.000.000,00	€ 2.200.000,00
1	RM ad altissimo campo		€ 2.000.000,00	€ 2.200.000,00
1	Acceleratore lineare per IMRT	Apparecchiatura inserita nei fondi POR	€ 100.000,00	€ 110.000,00
1	PET-TC	Apparecchiatura inserita nei fondi POR	€ 100.000,00	€ 110.000,00
1	TAC simulatore		€ 100.000,00	€ 110.000,00
1	Apparecchiatura per tecniche mammografiche avanzate	Apparecchiatura inserita nei fondi POR	€ 100.000,00	€ 110.000,00
1	Brachiterapia		€ 100.000,00	€ 110.000,00
Totale complessivo			€ 10.500.000,00	€ 11.550.000,00

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 Aziende¹⁴. 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;
- 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									

¹⁴ Determinazione Soresa n. 39 del 10.05.2010.

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									

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	Geriatrics	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