



PIANO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE *(P.O.F.A.)*

18 Novembre 2016

Sommario

PREMESSA	4
1 IL RAZIONALE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO	6
Livelli essenziali di assistenza (LEA) nei vari regimi assistenziali	6
1.1 SCENARIO ESTERNO	7
1.1.1 Contesto socio demografico ed epidemiologico	7
1.1.2 Livelli essenziali di assistenza e criteri di appropriatezza nei vari regimi assistenziali	11
1.1.3 Il Programma Nazionale Esiti.....	13
1.1.4 L'offerta assistenziale in Regione Campania	16
1.1.5 Dati di mobilità passiva regionale	18
1.1.6 Dotazione di posti letto: la normativa vigente	26
SCENARIO INTERNO	41
1.1.7 Il profilo dell'offerta assistenziale dell'AOU	41
1.1.8 Mobilità attiva Infra-regionale	56
1.2 CAPACITA' ATTRATTIVA DELL'AOU FEDERICO II	61
1.2.1 Mobilità attiva extra-regionale.....	62
1.2.2 Focus mobilità attiva pediatria.....	65
1.3 LE LISTE DI ATTESA.....	68
1.3.1 Prestazioni ambulatoriali.....	68
1.3.2 Prestazioni di ricovero	72
1.4 ANALISI DELLA DOTAZIONE ORGANICA, FABBISOGNO DI PERSONALE NECESSARIA PER GARANTIRE I TARGET DI ATTIVITÀ E BENCHMARKING	87
1.4.1 Mappatura delle risorse umane al 21/09/2016 e trend 2016/2018	88
1.4.2 Determinazione del fabbisogno standard di organico ai sensi del DCA n. 67 del 14/07/2016	91
1.4.3 Analisi di benchmarking.....	98
1.5 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	107
2 PROGETTUALITÀ FINALIZZATE AL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO	108
2.1 Risk management	109
2.1.1 La Sicurezza del lavoratore e degli ambienti di lavoro.....	110
2.1.2 La patient safety e la gestione del Rischio Clinico.....	111
2.1.3 Sicurezza igienico-sanitaria e igiene ospedaliera	111
2.1.4 Sicurezza assicurativa e amministrativo-patrimoniale (gestione del contenzioso medico-legale).....	111
2.2 Sostenibilità ambientale ed eco-compatibilità.....	111
2.3 Gestione della risorsa spazio.....	113
2.4 Percorsi clinico-organizzativi e logistica integrata	114
2.5 Qualità della cura e dell'assistenza	120
2.6 Accreditamento Istituzionale.....	121
2.7 DAI/UOC/UOSD	121
2.8 La comunicazione interna e esterna a supporto dell'assistenza, della didattica e della ricerca:una cabina di regia per garantire coerenza identitaria ed efficacia comunicativa	122
2.9 La formazione come strumento per condividere il cambiamento	124
2.10 Ricerca e sviluppo a servizio dell'assistenza: percorsi di condivisione e internazionalizzazione	124
2.11 Comunicazione, Formazione, Ricerca e Sviluppo:le coordinate dell'innovazione.....	126
3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E I MECCANISMI OPERATIVI	127
3.1 Rappresentazione della struttura organizzativa	129
3.1.1 La macro area tecnico- amministrativa	131

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLO STAFF DI DIREZIONE AZIENDALE	136
3.1.2 Lo Staff della Direzione Strategica	136
3.2 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AREA SANITARIA.....	142
3.2.1 La macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali	142
3.3 I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)	156
4 REGOLE E MECCANISMI OPERATIVI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA	180
4.1 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	180
4.1.1 La dotazione organica	180
4.1.2 Il rapporto di lavoro	184
4.1.3 La progressione di carriera.....	185
4.1.4 Posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento per il personale di comparto.....	186
4.1.5 La posizione organizzativa	187
4.1.6 Istituzione delle posizioni organizzative	188
4.1.7 L'attribuzione degli incarichi.....	189
4.1.8 Graduazione delle funzioni	189
4.1.9 Responsabilità degli incarichi.....	190
4.1.10 Valutazione degli incaricati.....	190
4.1.11 Conferimento nuovi incarichi di funzioni di coordinamento.....	191
4.1.12 Procedura di assegnazione degli incarichi.....	192
4.1.13 Criteri per la graduazione delle funzioni	192
4.1.14 Durata e revoca degli incarichi.....	194
4.2 La Valutazione	194
4.2.1 La valutazione dei dirigenti	194
4.2.2 La valutazione del personale di comparto.....	196
4.2.3 La metodologia di valutazione del personale.....	196
4.3 LA GESTIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE	198
4.3.1 Principi generali.....	198
4.3.2 Tipologie degli incarichi	198
4.3.3 L'Attività Libero professionale dei Dirigenti.....	201
4.3.4 Tirocini volontari, stage, progetti formativi universitari	202
4.4 I MECCANISMI OPERATIVI A SUPPORTO DELLA GESTIONE.....	202
4.4.1 Il processo di Programmazione e Controllo.....	202
4.4.2 La Contabilità analitica	204
4.4.3 I Percorso Attuativi di Certificabilità di bilancio (PAC)	204
4.4.4 Trasparenza, partecipazione e anticorruzione	206
4.4.5 La carta dei servizi.....	207
5 APPENDICE	209
5.1 Monitoraggio PNE.....	209
5.2 Tabelle Mobilità Passiva	212
5.3 Tabelle Liste di attesa	224
5.3.1 Tabelle Prestazioni ambulatoriali.....	224
5.3.2 Tabelle Prestazioni di ricovero	236
6 Indice delle tabelle e delle figure	243

PREMESSA

Il Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli Federico II di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 10.06.2016 ed il DCA n.18/2013 hanno rappresentato i principali riferimenti per la formalizzazione dell'Atto aziendale in cui sono presentati i principi che ispirano l'operato dell'Azienda e la sua macro-struttura organizzativa.

Con il presente Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA) si procede, invece, a declinare tale macro-struttura attraverso la descrizione degli assetti organizzativi aziendali.

Le scelte organizzative, di seguito descritte, si ispirano e trovano le proprie fonti nelle seguenti dimensioni:

- coerenza con la filosofia, i principi e la macrostruttura contenuti nell'Atto aziendale;
- risposta ai principali fabbisogni, determinati dalla complessità dell'azienda (compresenza di ricerca, didattica ed assistenza, dimensione, livelli di specializzazione, infrastrutture e logistica), dalle pressioni ambientali (competitive e collaborative, tecnologiche, professionali) e dalle aspettative sociali ed istituzionali collegate alle finalità aziendali;
- coerenza con il quadro normativo-istituzionale di riferimento (Protocollo d'Intesa, Piano Ospedaliero Regionale, leggi, decreti e regolamenti o linee guida, ecc.).

In particolare, si è tenuto conto del:

- Comma 4 dell'Atto Aziendale "Missione Istituzionale":
 - *"l'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca, assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina".*
- Comma 7 del Titolo II dell'Atto Aziendale:
 - *"al Direttore Generale compete: esercitare- coerentemente ai principi, agli obiettivi agli indirizzi e alle direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari- i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi correntemente con la programmazione della Scuola di Medicina"*
- Comma 34 del Titolo V dell'Atto Aziendale che ribadisce il ruolo di coordinamento della Scuola di Medicina e Chirurgia nella partecipazione del personale universitario alle attività assistenziali.
- Inoltre, nell'area medica la Scuola è l'unica struttura competente ad esprimere pareri al Rettore, al Senato accademico e al Consiglio di Amministrazione su tutte le deliberazioni dell'Università attinenti ai rapporti con il Servizio sanitario nazionale e regionale.

Art. 6 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento della Scuola di Medicina e Chirurgia che stabilisce che è possibile istituire la Commissione per i rapporti tra Scuola e Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Le scelte riferite sia alla tempistica di applicazione dell'Atto aziendale e del Pofa, sia al numero dei posti letto da assumere per la definizione delle unità operative, semplici e

semplici dipartimentali, derivano da quanto espressamente specificato nel Protocollo d'intesa del giugno 2016:

- art.2 comma 4: *"nel corso di vigenza del primo anno del Protocollo di Intesa, la Regione si impegna a ridefinire da un punto di vista qualitativo e quantitativo il numero dei posti letto per tipologia e ambito disciplinare al fine di tenere conto della parametrizzazione prevista dall'art. 1 comma 2 lett. d) ed e) e dal art. 3, comma 1 del D.L.vo 517/1999 e dall' art.1, comma 2, lett.e) nonché dall'art.7, commi 2 e 3 DPCM 24.5.2001"*
- art.2 comma 6: *"Le parti si impegnano, con la stipula del presente Protocollo, a rimodulare, ai sensi del DCA 18 del 18.2.2013, nell'arco temporale di vigenza del medesimo, ed in linea con il nuovo Piano Ospedaliero di cui al DCA n. 33/2016, il numero delle UOC secondo criteri di seguiti precisati: rilevanza struttura per la rete formativa; funzionalità della struttura rispetto alle attività di assistenza, didattica e ricerca svolte; struttura, sede di Scuola di Specializzazione; rispetto delle soglie minime di volume di attività previste dal Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera> di cui al D.M. n. 70/2015".*

In sintesi, il POFA esplicita relazioni, funzioni e compiti di ciascuna unità organizzativa nel rispetto della autonomia decisionale dei livelli di governo decentrati. Pertanto, per tutti gli aspetti organizzativi non esplicitamente definiti in questo piano aziendale, si rimanda a:

- successive disposizioni attuative del Direttore Generale o del Direttore Sanitario ed Amministrativo per le rispettive aree organizzative di competenza. Naturale completamento di questo POFA sono ulteriori documenti applicativi, che dettagliano le regole operative (procedure, processi, poteri, responsabilità, ecc.) a cui si devono o possono conformare i comportamenti in Azienda;
- disposizioni normative di riferimento (leggi nazionali, regionali, decreti commissariali, linee guida, ecc.), che si applicano in assenza di disposizioni più specifiche presenti in questo o in altri documenti di organizzazione dell'azienda o in decisioni attuative successive prese dalla Direzione Aziendale;
- regolamenti specifici, piani di sviluppo organizzativo e programmi delle attività che saranno stilati dai responsabili dei dipartimenti nei sei mesi successivi al loro incarico. I piani di sviluppo organizzativo sono concertati con la Direzione Generale ed in questo senso "contengono" la definizione di dettaglio del mandato dei responsabili delle articolazioni e la loro attuazione rappresenta oggetto di valutazione del dirigente.

1 IL RAZIONALE DEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II (di seguito denominata AOU oppure Policlinico Federico II), è il risultato di un'analisi di scenario esterno e interno.

Tabella 1: Schema di sintesi razionale nuovo assetto organizzativo

SCENARIO ESTERNO	SCENARIO INTERNO
Contesto socio demografico ed epidemiologico	Profilo dell' offerta assistenziale dell'AOU Federico II, in linea con la sua mission
Livelli essenziali di assistenza (LEA) nei vari regimi assistenziali	Capacità attrattiva della A.O.U. Federico II
Programma Nazionale Esiti (PNE)	Liste di attesa
Offerta assistenziale in Regione Campania	Analisi della dotazione organica, fabbisogno di personale e benchmarking
Dati di mobilità passiva regionale	
Dotazione di posti letto: normativa vigente	

Di seguito, sono descritti dettagliatamente gli elementi indicati nello schema di sintesi.

1.1 SCENARIO ESTERNO

1.1.1 Contesto socio demografico ed epidemiologico

Il **contesto socio demografico**, con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione, alla natalità e alla fecondità, nonché ai flussi migratori, ha effetti significativi sul sistema di offerta sanitaria e sul welfare.

Inoltre, gli **scenari epidemiologici** e le questioni legate all'aspettativa di vita si configurano come determinanti per il rapporto tra domanda e offerta di salute.

Per quanto riguarda il **contesto socio demografico**, è necessario tenere conto di alcuni fenomeni, quali il declino della fecondità, con il conseguente aumento delle famiglie monoparentali, costituite cioè da un unico componente, e l'invecchiamento progressivo dei caregiver familiari o amicali.

Gli indicatori demografici confermano come nel nostro Paese il processo di invecchiamento della popolazione sia piuttosto avanzato e le sue conseguenze si vadano accentuando nel tempo. La quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente. Per quanto riguarda il rapporto tra generi si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

Tra i fattori che vanno considerati, la migrazione di capitale umano dal Mezzogiorno al Centro-nord rappresenta un elemento di particolare importanza che reitera di fatto un processo demografico oramai storicizzato nel nostro Paese.

Tale fenomeno produce conseguenze non solo sotto l'aspetto quantitativo, diminuendo la popolazione dell'uno a vantaggio di quella dell'altro, ma anche sotto l'aspetto qualitativo, per la progressiva sottrazione di capitale umano in piena età di lavoro e riproduttiva e con minori bisogni assistenziali.

Inoltre, nel Mezzogiorno, seppur positiva, la dinamica migratoria internazionale risulta comparativamente inferiore a quella del Centro-nord. Tale fenomeno immigratorio, oltre che sulla composizione per età della popolazione imponedi ripensare l'offerta dei servizi in termini globali.

Un altro aspetto, di cui tener conto, in parallelo alle trasformazioni sociali ed economiche che stanno attraversando il Paese negli ultimi anni, è la diminuzione delle nascite.

Avanza sempre di più il calendario riproduttivo, con un'età media sempre più alta.

Se si analizza lo **scenario epidemiologico**, è evidente che il fattore su cui è necessario oggi orientare gli interventi sanitari è l'adozione di corretti stili di vita che agiscono direttamente sulla incidenza e la prevalenza delle patologie cronico-degenerative.

Le patologie croniche, infatti, stanno sostituendo le patologie acute come problema dominante per la salute.

Esse sono la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi socio-sanitari; assorbono il 78% circa dell'intera spesa sanitaria, modificano il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multi professionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza. Il paziente, d'altro canto, da soggetto passivo è chiamato a diventare protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute.

L'allungamento della sopravvivenza alle varie fasi della vita dimostra che l'Italia si ritrova in una posizione di relativo vantaggio tra i Paesi avanzati. I livelli di sopravvivenza sin qui conquistati rappresentano solo l'ultima tappa di un lungo percorso che ha avuto origine per il Paese oltre un secolo fa: da allora la speranza di vita alla nascita è più che raddoppiata.

In generale, pur persistendo importanti differenze territoriali, negli ultimi anni le regioni sono state accomunate da un percorso d'incremento della sopravvivenza omogeneo. Anche la Campania, storicamente meno favorita, consegue guadagni prossimi a quelli medi nazionali e non vede allontanare la sua condizione relativa da quella delle regioni con sopravvivenza più alta. Tuttavia, la speranza di vita alla nascita in Campania continua ad essere la più bassa in Italia. Quando si analizzano le cause specifiche della mortalità, tra gli uomini vi è una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale. Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito. Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale per le neoplasie di fegato, laringe, tracheobronchiti e polmone, prostata, vescica. Tra le donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Risalta il tasso di mortalità per diabete mellito, quasi doppio di quello italiano. Il tasso di mortalità per il complesso dei tumori maligni osservato in Campania risulta nelle donne inferiore al valore nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per tumore del fegato, della laringe e della vescica.

Il contributo dei **fattori di rischio comportamentali** alla determinazione delle malattie multifattoriali che rappresentano oggi le principali cause di morbosità, mortalità e disabilità è ormai chiaramente definito e riconosciuto. Nonostante le molteplici strategie mirate alla riduzione del rischio alcol-correlato, il fenomeno non mostra la riduzione attesa. Per quanto riguarda il consumo di alimenti per tipologia, è ancora basso il numero di persone che consumano almeno una porzione al giorno di verdura, ortaggi e frutta. Le abitudini alimentari risultano abbastanza omogenee tra le regioni. Nel complesso, nonostante sia rilevata un'aumentata attenzione agli aspetti salutistici correlati all'alimentazione, risulta ancora limitata la percentuale di persone che raggiunge o supera la quota di 5 porzioni di frutta, verdura e ortaggi.

Relativamente al sovrappeso ed all'obesità, è già da alcuni anni in aumento la prevalenza di persone obese, con le regioni meridionali che presentano la prevalenza più alta di persone obese e in sovrappeso. La Campania, in particolare, mostra la più alta prevalenza di sovrappeso e obesità infantile rispetto a tutte le altre regioni italiane e a gran parte dei Paesi europei. Tra i bambini della nostra Regione il 48,8 % presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

Accanto ai programmi di sorveglianza, indispensabili per valutare il fenomeno e per intraprendere politiche adeguate, vanno promossi interventi di promozione di corretti stili di vita e lotta alle malattie croniche mediante un approccio multisettoriale che comprenda anche l'attenzione alla attività fisica, contrastando la sedentarietà.

Prevenzione primaria e secondaria

Per rimuovere alcuni tra i principali fattori di rischio ambientali e comportamentali che gli studi epidemiologici hanno mostrato essere associati allo sviluppo di alcune gravi patologie, è necessario incentivare le attività di prevenzione primaria e secondaria. Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza della patologia tenendo sotto controllo le abitudini di vita e può essere diretta a tutta la popolazione o a particolari categorie di persone considerate "ad alto rischio". Oltre alle campagne di educazione alla salute finalizzate all'adozione di stili di vita salutari, tra gli strumenti della prevenzione primaria rientrano anche i vaccini. Tra i programmi di prevenzione secondaria o diagnosi precoce rientrano gli screening in grado di diagnosticare la malattia allo stato iniziale ed asintomatico. Il fine della prevenzione secondaria è, quindi, di identificare la patologia in fase precoce poiché più tempestiva risulta la diagnosi più è probabile riuscire a modificare la storia naturale della malattia attraverso un trattamento efficace migliorando, di conseguenza, le prospettive di vita dei soggetti interessati. Tale tipo di prevenzione dovrebbe essere erogata a tutta la popolazione bersaglio attraverso la diffusione di programmi di screening organizzati che, allo stato attuale delle conoscenze, sia mediche che scientifiche, risultano disponibili soltanto per alcune patologie oncologiche.

Malattie metaboliche

Nei Paesi economicamente evoluti le malattie croniche su base metabolica e vascolare rappresentano, assieme ai tumori, i principali problemi di salute ad impatto socio-sanitario, oltre che le principali cause di morte nella popolazione generale. Il diabete mellito e le sue complicanze sono al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sanitari e di Sanità Pubblica.

Nel tempo, compromette la funzionalità di diversi organi ed apparati, con una notevole ripercussione sulla qualità di vita. Il tipo di diabete più frequente è il diabete "tipo 2" caratterizzato da insulino-resistenza, spesso associata ad obesità. La malattia diabetica è uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (circa il 60% di tutti gli interventi di amputazione). Analogamente, il piede diabetico si conferma tra le più importanti complicanze croniche della malattia, comportando il maggior numero di ricoveri ospedalieri ed un ingente peso economico. Nel nostro Paese, più di 70.000 persone ogni anno utilizzano le strutture ospedaliere per l'assistenza alla malattia. L'assistenza al paziente diabetico richiede, pertanto, una rete di servizi integrati finalizzati alla prevenzione, diagnosi e cura della patologia e delle sue complicanze.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica: esse, infatti, vengono classificate tra le principali cause di

morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio ed angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Va ricordato, inoltre, che chi sopravvive ad un evento acuto spesso diventa un malato cronico, con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. In generale, le malattie cardio e cerebrovascolari sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva. Importanti, al fine d'impedire o ritardare l'insorgenza di tali patologie, sono gli interventi preventivi cioè l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita (ad esempio, sana alimentazione, attività fisica regolare ed abolizione del fumo di sigarette).

Tumori

La patologia oncologica rappresenta un elemento rilevante per la descrizione dello stato di salute delle società moderne. In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche ed, in relazione ai processi d'invecchiamento della popolazione, un numero crescente e rilevante d'individui ha la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita. I tumori con tasso di mortalità più elevato risultano essere, in tutte le aree geografiche considerate, il tumore del polmone ed il tumore della mammella, rispettivamente, negli uomini e nelle donne.

Salute degli anziani

La salute degli anziani, ritenuta strategica anche dai programmi europei, si mostra problematica per l'alta prevalenza delle malattie cronicodegenerative ma anche per una percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età con più di 75 anni e nelle donne, che si associa a problemi sensoriali, soprattutto di vista e di denti, a calo ponderale e all'isolamento sociale, da mettere in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e più in generale con un peggiore stato di salute, sia psichico che fisico ed un aumento della mortalità.

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica poiché la gravidanza, il parto e il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne. Uno dei dati più preoccupanti è la proporzione di tagli cesarei, con la più alta percentuale registrata in Campania, ed un tasso di mortalità neonatale che in Campania, pur mostrando una lieve ma costante riduzione nel tempo, resta ancora notevolmente superiore rispetto al dato nazionale e a quelli delle regioni settentrionali, dove vi è una maggiore efficienza nel campo delle cure perinatali. A questo si aggiunga la crescente e doverosa attenzione per la procreazione assistita, la quale rappresenta una sfida per i servizi sanitari nazionale e regionale che devono allineare sempre più l'offerta assistenziale al progresso tecnologico registrato in questo campo.



Il contesto socio-demografico è caratterizzato da: invecchiamento della popolazione, riduzione della natalità e fecondità e flussi migratori. Lo scenario epidemiologico è caratterizzato dall'aumento delle patologie cronicodegenerative (malattie cardiovascolari, tumori, diabete ed obesità). Particolare attenzione va posta a favorire l'adozione di corretti stili di vita.

1.1.2 Livelli essenziali di assistenza e criteri di appropriatezza nei vari regimi assistenziali

Come è noto, il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e incoerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

In particolare, il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) pronto soccorso;
- b) ricovero ordinario per acuti;
- c) day surgery;
- d) day hospital;
- e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f) attività trasfusionali
- g) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
- h) centri antiveneni (CAV)

I differenziali regionali che si registrano nel raggiungimento di soglie considerate quale standard minimo di erogazione di soddisfacenti livelli di assistenza denotano che in alcune regioni, tra cui la Campania, è necessario definire un puntuale percorso di recupero ed i relativi strumenti di monitoraggio dello stato di avanzamento del percorso stesso. La Regione Campania ha predisposto un puntuale piano per recuperare soddisfacenti livelli di erogazione sulla "griglia LEA" e, con DACTA 33/2016 e 99/2016, il riordino della rete ospedaliera ai sensi del cosiddetto "Regolamento Balduzzi" e dell'assistenza territoriale, al fine di riorientare il sistema di offerta sanitaria regionale verso i nuovi bisogni emergenti.

1.1.2.1 Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza

Sulla base di precise indicazioni impartite dalla Regione Campania, l'AOU ha messo in atto una serie di azioni mirate al monitoraggio dei LEA. In particolare, per ogni adempimento riportato nella tabella seguente, è stato nominato un referente LEA.

Tabella 2: Monitoraggio LEA

MacroArea Obiettivo LEA	Lettera Questionario LEA	Descrizione obiettivo LEA
Appropriatezza delle prestazioni	G	Appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria) e delle prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute (Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale).

MacroArea Obiettivo LEA	Lettera Questionario LEA	Descrizione obiettivo LEA
	AAI	Appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione
Assistenza farmaceutica	L	Monitoraggio spesa farmaceutica ospedaliera
	AAL	Alimentazione e trasmissione dati dei flussi della distribuzione diretta dei farmaci e dei consumi ospedalieri dei medicinali
Assistenza ospedaliera	F	Raggiungimento degli standard stabiliti dalla Legge 135/2012 in termini di tasso di ospedalizzazione
	AM	Controllo cartelle cliniche (controlli analitici casuali e controlli sulla totalità delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately)
	AS	Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
	AAF	Miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo
Assistenza primaria	X	Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici
Fascicolo Sanitario Elettronico	AAD	Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE
Flussi informativi	C	Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi (CE, SP, CP, LA, CEDAP, flussi NSIS, SDO)
	H	Flussi informativi liste d'attesa (ex articolo 50 della Legge 326/2003, monitoraggio ex ante delle prestazioni)
	AAP	Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie
Gestione e valutazione del personale	V	Attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale aggiornamento personale
Prevenzione	U	Attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione
Procedimenti contabili e	N	Implementazione e monitoraggio stato di attuazione della Contabilità analitica

MacroArea Obiettivo LEA	Lettera Questionario LEA	Descrizione obiettivo LEA
gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR	AT	Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN
Sistema CUP	AU	Sistema CUP
Salute Mentale	AAB	Alimentazione e trasmissione dati di assistenza salute mentale (NSIS-SISM)
Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN	AAM	Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012
Telemedicina	AAO	Telemedicina

Successivamente, è stato avviato un processo di monitoraggio continuo, grazie anche alla realizzazione di **un Dashboard aziendale**. Dall'elaborazione dei primi risultati, emerge una buona performance dell'Azienda per quanto riguarda l'invio dei flussi informativi (incluso liste di attesa), controllo delle cartelle cliniche, rischio clinico e sicurezza dei pazienti, percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci. Margini di miglioramento riguardano invece l'area dell'appropriatezza delle prestazioni con particolare riferimento alla riduzione di parti cesarei primari ed aumento della percentuale di fratture del collo di femore (età > 65) operati nell'arco delle 48 ore.



L'attività dell'AOU nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti prestazioni: pronto soccorso; ricovero ordinario per acuti; day surgery; day hospital; riabilitazione e lungodegenza post acuzie; attività trasfusionali; attività di trapianto di cellule, organi e tessuti; centri antiveleni (CAV). Il controllo continuo degli obiettivi LEA avviene attraverso l'interfacciamento con i referenti LEA nominati dall'Azienda, i quali hanno il compito di rispondere a specifici obiettivi. Sulla base di precise indicazioni impartite dalla Regione Campania, l'AOU ha messo in atto una serie di azioni mirate al monitoraggio dei LEA.

1.1.3 Il Programma Nazionale Esiti

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

La Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.", Titolo III "Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria", all'art. 15 comma 25 bis, garantisce che: *".....Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di*

valutazione esclusivamente in forma anonima Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima."

Questa norma introduce importanti novità in materia di gestione ed utilizzazione dei sistemi informativi sanitari a livello nazionale e consentirà, dalle prossime edizioni di PNE lo sviluppo e la stima di nuovi e più validi indicatori attraverso l'utilizzazione integrata delle informazioni individuali, in modalità anonima, di tutti i sistemi informativi del SSN. Queste nuove opportunità consentiranno non solo un ulteriore sviluppo ed una maggiore validità delle stime di esito dell'assistenza ospedaliera, ma soprattutto lo sviluppo di validi indicatori di esito delle cure primarie, ambulatoriali e della continuità assistenziale.

Gli indicatori utilizzati da PNE devono essere documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc). Il PNE, per ciascuno delle attività, processi di cura ed interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi valutati deve documentare, sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove disponibili di efficacia dei trattamenti che vengono valutati. In particolare, per gli interventi sanitari per i quali sono disponibili prove scientifiche di efficacia, attraverso revisioni sistematiche della letteratura ed attraverso analisi empiriche sui dati italiani, è valutata l'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure e stimati, con specifici protocolli, indicatori di volumi di attività. Di seguito si riportano i risultati PNE della AOU confrontati con la media nazionale.

Tabella 3: Indicatori PNE calcolati per l'AOU Federico II vs Media Nazionale

Descrizione indicatore	Valore Nazionale %	Valore AOU %	Scostamento
Colecistectomia laparoscopica Degenza Post-operatoria < 3 gg	66,55	61,4	-5,15
Intervento chirurgico per frattura di femore entro 2 gg	49,94	37,5	-12,44
By-Pass aortocoronarico mortalità a 30 gg	2,31	3,79	1,48
Valvuloplastica isolata mortalità a 30 gg	2,84	11,5	8,66
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,69	44,9	19,21
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	41,4	52,38	10,98
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,19	14,29	5,1
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	14,79	9,39	-5,4
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie	93,32	92,53	-0,79

Descrizione indicatore	Valore Nazionale %	Valore AOU %	Scostamento
laparoscopiche			
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	1,29	1,44	0,15
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 gg	2,61	0,98	-1,63
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,25	4	-7,25
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,55	0,32	-0,23
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	11,49	8,65	-2,84

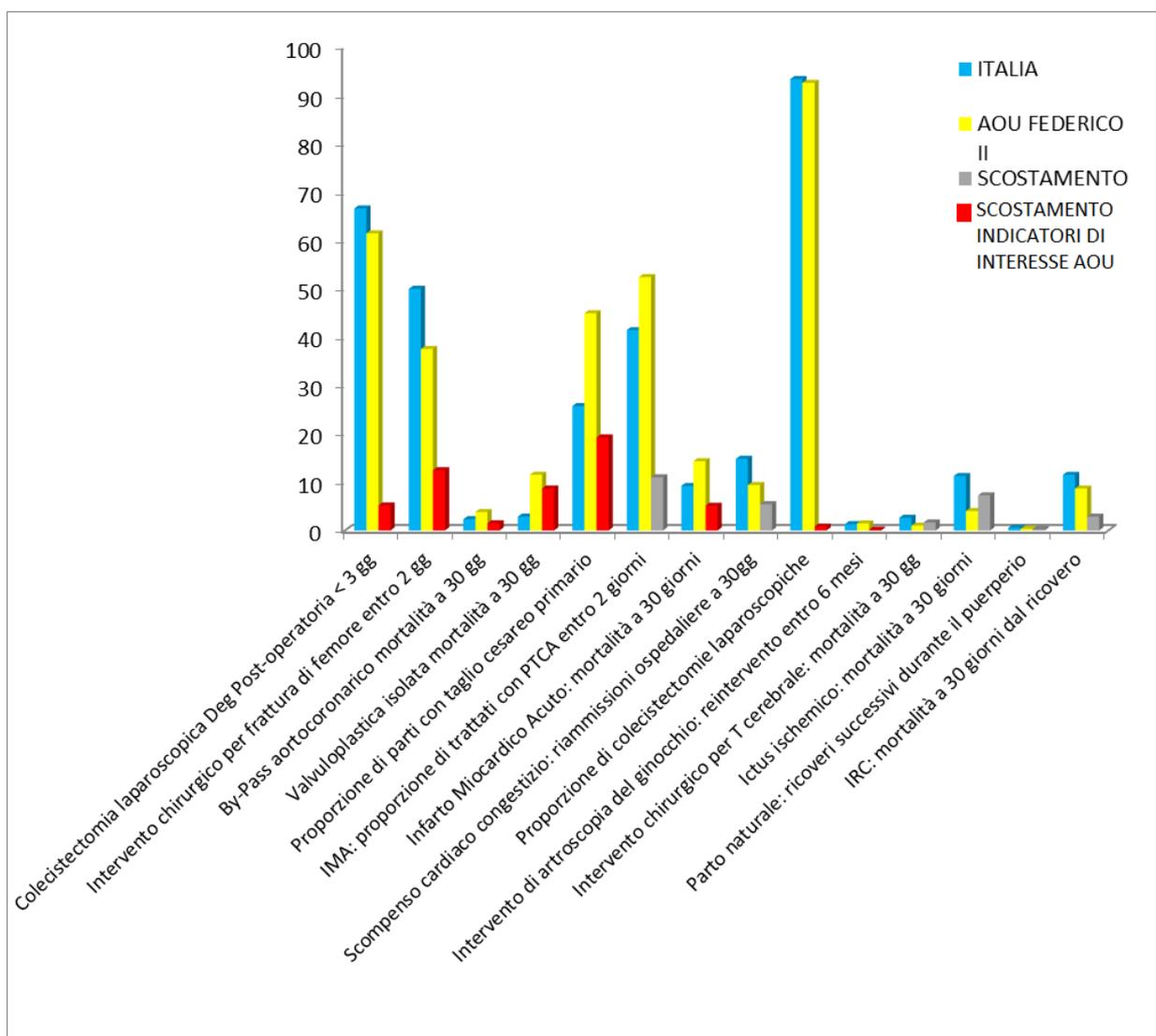


Figura 1: Monitoraggio indicatori PNE vs Media Nazionale

In Appendice, gli stessi indicatori sono suddivisi per disciplina.



Il PNE ha l'obiettivo di valutare l'efficacy e l'effectiveness dei trattamenti sanitari e l'individuazione dei fattori determinanti. Le attività di valutazione e analisi sono affidate all'AGENAS che attraverso specifici indicatori di esito monitora le funzioni di produzione e le funzioni di tutela e di committenza. L'AOU valuta in particolare gli indicatori correlati ad alcuni specifici trattamenti ritenuti più rilevanti in relazione alle attività svolte.

1.1.4 L'offerta assistenziale in Regione Campania

1.1.4.1 Caratteristiche dell'offerta assistenziale

Sul fronte della definizione dell'offerta assistenziale il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge n. 135 del 7.08.2012, all'art. 15, comma 13, lettera c, nel promuovere il potenziamento e la conseguente riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie, prevede: *"la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni"*.

Attualmente, la situazione della rete ospedaliera presenta diversità da regione a regione e risposte disomogenee anche in diversi territori in una stessa regione. Nelle regioni in Piano di Rientro si individuano gravi squilibri tra la risposta ospedaliera e quella territoriale, con tassi di ospedalizzazione talora superiori a 200 (per 1.000) e con eccessivo ricorso ad attività e a livelli di assistenza inappropriati ovvero sproporzionati rispetto ai reali bisogni di cura. Inoltre, il già citato Programma Nazionale Esiti ha evidenziato come questi problemi siano presenti, anche se con diffusione disomogenea, in alcune regioni non in Piano di Rientro. La razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, come dettata anche dall'esigenze della spending review, dunque, appare mandatoria; tuttavia, essa deve essere operata con scelte tecniche e analisi accurate, onde non penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. Nei paragrafi che seguono saranno passati in rassegna i principali ambiti di offerta del SSR al fine di delineare il framework in cui rifunzionalizzare l'attività dell'AOU.

• L'emergenza

L'**emergenza** è un momento critico per l'intero sistema sanitario, in ragione della necessità di concentrazione spazio-temporale degli interventi assistenziali richiesti dall'acuzie e di disporre di strutture, professionalità ed apparecchiature in grado di affrontare, nelle 24 ore, la presa in carico del paziente. La distribuzione acritica di punti di emergenza diffusi non garantisce efficacia né economicità, che, al contrario, vanno perseguiti con un sistema <reticolare> in cui ogni centro abbia una vocazione specifica e la cui realizzazione va programmata con razionalità e sinergie istituzionali. Il modello che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali propone per l'organizzazione dell'Emergenza-Urgenza si basa su quattro principi fondamentali:

- a. l'incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere;

- b. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi e le integrazioni, della rete di Emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di Spoke con definizione dei bacini di utenza e delle salvaguardie per la copertura delle zone disagiate, quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie e la sua interazione con la rete territoriale;
- c. la definizione del fabbisogno delle strutture complesse per singola disciplina, sulla base di un range per bacino di utenza massimo e minimo, incrociata con i volumi e gli esiti;
- d. la definizione delle reti delle patologie complesse che si embricano sul sistema Hub and Spoke degli ospedali, dando risposte tempestive ai bisogni dettati da quelle tempo-dipendenti (quali la rete dei Politraumi, Cardiovascolare e dell'Ictus) avvalendosi di un efficiente 118 e della trasmissione in tempo reale di immagini e dati ed implementando le reti di elezione (quali la rete oncologica) utilizzando le indicazioni dettate da volumi ed esiti.

La necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera si avvale della riconversione in strutture territoriali di ospedali che non rispondono a criteri di presidio di aree disagiate ed a criteri di efficienza, risultati ed economicità, con il trasferimento ad una rete territoriale più misurabile di tutta la inappropriata in maniera controllata, avendo a garanzia un sistema di Emergenza potenziato ed efficiente. Le tre reti, Ospedaliera, di Emergenza e Territoriale, dunque, sono rigorosamente caratterizzate nella loro specificità, ma dialogano attraverso piattaforme tecnologiche condivise, si misurano attraverso i flussi informatici ministeriali (Nuovo Sistema Informativo Sanitario e sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza e Territoriale) e svolgono funzioni sempre più appropriate facenti parte di uno stesso percorso tra esse condiviso.

- **L'ospedalizzazione**

Il tasso di ospedalizzazione è uno dei moderni indicatori di appropriatezza dei sistemi di cura; di fatto, oggi esso non esprime più il bisogno assistenziale (non solo, almeno) quanto la capacità di un servizio sanitario di rispondervi in modo congruo. In particolare, rispetto all'eccessivo numero di ricoveri o la loro durata media, è raccomandato lo spostamento di attività verso il day hospital, la day surgery e l'assistenza ambulatoriale; d'altro canto, non si può trascurare il forte carico di lavoro ospedaliero dovuto a pazienti anziani (di 65 anni e oltre), la cui percentuale sulla popolazione totale è di circa il 19,5, ma è notevolmente superiore nella popolazione ospedaliera. Al netto dei ricoveri ostetrici, l'acuzie cardio e cerebrovascolare vascolare, insieme a quella respiratoria e renale – tipicamente associati all'età avanzata - rappresentano, infatti, le prime cause di ricovero ordinario

1.1.4.2 Focus sulla Regione Campania

Nell'ambito dell'offerta assistenziale della Regione Campania, il nuovo Piano Ospedaliero Regione Campania si pone i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione nel 2014 superiore allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti. La quota di ospedalizzazione in regime diurno risulta anch'essa superiore al 25% stabilito come percentuale target di appropriatezza. Su questo punto la Regione ha programmato una serie di azioni finalizzate all'adozione di provvedimenti specifici per migliorare il tasso di ospedalizzazione promuovendo misure alternative ad essa.

- Ottimizzazione dei DRG "critici": riduzione della percentuale regionale dei DRG critici per i quali ci si attesta ad una percentuale del 13,7%;

- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, in particolare per patologie tumorali;
 - Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali;
 - Attivazione ed implementazione di nuovi PDTA regionali compresi quelli pediatrici;
 - Implementazione del monitoraggio del PDTA Diabete;
 - Ulteriore accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori privati;
 - Conclusione dell'iter di accorpamento della rete laboratoristica privata.
- Inoltre, col presente piano, per quanto attiene **l'Area della Emergenza-Urgenza**, si individuano specifici nodi delle reti tempo-dipendenti.



In ottemperanza al D.L. 95/2012 che prevede una riduzione degli standard di posti letto, la Regione Campania si pone come obiettivo una serie di interventi di natura tecnico-organizzativa (riduzione del tasso di ospedalizzazione, ottimizzazione dei DRG "critici", miglioramento delle liste di attesa, allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali, attivazione ed implementazione dei PDTA, accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori privati, conclusione dell'iter di accorpamento della rete laboratoristica privati e per l'Area della Emergenza-Urgenza l'individuazione di specifici nodi delle reti tempo-dipendenti).

1.1.5 Dati di mobilità passiva regionale

La migrazione dei cittadini fuori regione per finalità di diagnosi e cura è un indicatore storico della qualità dell'assistenza e della disponibilità delle strutture sanitarie, specie quando non fisiologica, come può essere la mobilità di confine. La comprensione del fenomeno deve necessariamente orientare le scelte strategiche di programmazione sanitaria. L'analisi dei dati di mobilità passiva regionale della Campania rientra, dunque, a pieno titolo tra i presupposti da considerare per costruire l'assetto organizzativo dell'AOU per il prossimo triennio.

1.1.5.1 Il fenomeno della mobilità: analisi nazionale e regionale

❖ *Rapporto SDO 2014:Attività per Acuti in Regime ordinario*

Dall'analisi dei dati diffusi dal Ministero della Salute attraverso il rapporto SDO 2014 (Tabella seguente), il fenomeno della mobilità a livello nazionale riguarda circa 495.000 ricoveri l'anno (acuti in regime ordinario) ed è circa il 7,8% del totale dei ricoveri registrati. Tale fenomeno, si traduce in mobilità passiva per alcune regioni e mobilità attiva per altre.

Tabella 4: Fenomeno della mobilità in Italia - acuti in regime ordinario anno 2014

REGIONE	POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2014	TOTALE RICOVERI per RESIDENZA	MOBILITÀ PASSIVA		TOTALE RICOVERI per REGIONE	MOBILITÀ ATTIVA		SALDO (Attiva Passiva) -
			Casi	%		Casi	%	
Campania	5.869.965	632.105	52.628	8,3	595.456	15.979	2,7	- 36.649,0
Lazio	5.870.451	585.837	49.528	8,5	581.798	45.489	7,8	- 4.039,0
Lombardia	9.973.397	1.043.517	39.957	3,8	1.106.839	103.279	9,3	63.322,0
Puglia	4.090.266	490.323	39.615	8,1	471.667	20.959	4,4	- 18.656,0
Calabria	1.980.533	195.403	39.264	20,1	160.155	4.016	2,5	- 35.248,0
Sicilia	5.094.937	497.243	32.111	6,5	474.595	9.463	2,0	- 22.648,0
Piemonte	4.436.798	447.348	30.785	6,9	442.624	26.061	5,9	- 4.724,0
Veneto	4.926.818	458.207	28.396	6,2	463.559	33.748	7,3	5.352,0
Emilia Romagna	4.446.354	495.601	28.261	5,7	543.011	75.671	13,9	47.410,0
Liguria	1.591.939	173.938	24.567	14,1	165.193	15.822	9,6	- 8.745,0
Abruzzo	1.333.939	151.563	24.115	15,9	141.855	14.407	10,2	- 9.708,0
Toscana	3.750.511	386.379	22.378	5,8	411.659	47.658	11,6	25.280,0
Marche	1.553.138	168.189	20.140	12,0	166.415	18.366	11,0	- 1.774,0
Basilicata	578.391	60.234	13.561	22,5	57.447	10.774	18,8	- 2.787,0
Umbria	896.742	109.661	11.545	10,5	115.898	17.782	15,3	6.237,0
Sardegna	1.663.859	189.604	9.701	5,1	183.008	3.105	1,7	- 6.596,0
Molise	314.725	37.683	8.911	23,6	39.796	11.024	27,7	2.113,0
P.A. Trento	536.237	52.622	7.331	13,9	49.613	4.322	8,7	- 3.009,0
Friuli V.G.	1.229.363	130.434	7.135	5,5	134.808	11.509	8,5	4.374,0
Valle d'Aosta	128.591	16.543	2.643	16,0	15.627	1.727	11,1	- 916,0
P.A. Bolzano	515.714	60.926	2.468	4,1	62.337	3.879	6,2	1.411,0
Totale	60.782.668	6.383.360	495.040	7,8	6.383.360	495.040	7,8	-

In particolare, i residenti in Regione Campania hanno avuto 52.628 ricoveri in regioni diverse da quella di residenza; tale valore risulta essere quello numericamente (in termini assoluti) più alto nel confronto tra regioni. In altri termini, circa l'8,3% dei ricoveri è avvenuto in un istituto ubicato in un'altra regione.

Anche la regione **Lombardia** ha 39.957 ricoveri in mobilità passiva ma tale "perdita" viene controbilanciata da un valore di mobilità attiva relativo a 103.279 ricoveri annui: il bilancio, in termini numerici, risulta in attivo. Diverso invece, il discorso per quanto riguarda la Regione **Campania** dove il saldo resta negativo. In altri termini a fronte di 52.628 ricoveri in mobilità passiva ci sono soltanto 15.979 ricoveri in mobilità attiva. Dunque, risulta necessario non soltanto cercare di contenere il fenomeno della mobilità passiva ma, contestualmente, cercare di incrementare il fenomeno della mobilità attiva. La Regione Campania presenta, infatti, il saldo più negativo se confrontato con quello delle altre regioni italiane.

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI RESIDENZA																				TOTALE RICOVERI EROGATI	MOBILITÀ ATTIVA		
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia		Sardegna	Dimissioni	%
Piemonte	416.563	1.767	7.219	27	57	292	89	8.342	639	681	70	190	609	171	60	1.224	971	218	1.371	1.527	537	442.624	26.061	5,9
Valle d'Aosta	997	13.900	286	-	3	17	2	141	18	35	10	7	38	3	-	10	28	7	67	36	22	15.627	1.727	11,1
Lombardia	18.655	481	1.003.560	439	1.412	7.670	1.056	6.778	13.125	4.518	827	2.352	3.869	1.822	469	7.946	8.308	1.250	7.531	10.910	3.861	1.106.839	103.279	9,3
P.A. Bolzano	47	1	306	58.458	1.483	992	113	48	196	104	19	43	207	14	1	52	80	14	41	83	35	62.337	3.879	6,2
P.A. Trento	58	2	866	492	45.291	1.425	54	68	317	93	29	55	338	37	10	144	101	14	62	130	27	49.613	4.322	8,7
Veneto	684	24	6.452	848	3.331	429.811	3.821	390	5.194	1.177	213	857	1.268	584	130	2.110	1.710	225	1.116	3.002	612	463.559	33.748	7,3
Friuli V.G.	120	4	467	28	52	8.188	123.299	66	274	150	54	70	271	78	10	347	286	33	151	777	83	134.808	11.509	8,5
Liguria	4.259	114	2.703	22	58	275	77	149.371	671	2.259	89	171	401	150	38	948	775	100	670	1.453	589	165.193	15.822	9,6
Emilia Romagna	1.635	83	11.219	256	495	6.118	870	1.702	467.340	6.694	1.765	10.490	4.577	3.777	803	5.391	7.641	1.209	4.816	4.918	1.212	543.011	75.671	13,9
Toscana	997	60	2.128	70	109	1.026	257	5.912	2.485	364.001	4.502	1.104	10.463	1.075	271	5.882	3.114	897	3.221	3.183	902	411.659	47.658	11,6
Umbria	76	7	244	4	14	104	27	56	222	2.717	98.116	1.783	9.318	422	205	600	773	179	673	300	58	115.898	17.782	15,3
Marche	185	3	627	17	34	206	39	60	1.560	322	1.105	148.049	2.036	8.519	386	601	2.014	126	179	276	71	166.415	18.366	11,0
Lazio	436	22	963	66	63	566	168	271	665	1.749	2.347	1.238	536.309	5.203	1.573	12.236	4.791	1.576	6.965	3.369	1.222	581.798	45.489	7,8
Abruzzo	175	9	456	12	33	116	28	37	252	133	124	1.120	6.564	127.448	2.933	716	1.291	61	139	158	50	141.855	14.407	10,2
Molise	60	2	96	6	2	24	9	10	56	53	40	33	2.024	1.093	28.772	5.349	1.930	73	105	51	8	39.796	11.024	27,7
Campania	460	13	1.255	64	61	367	157	178	828	662	156	207	4.518	430	872	579.477	1.755	1.798	1.490	549	159	595.456	15.979	2,7
Puglia	565	13	1.602	49	41	408	160	80	760	287	66	264	1.193	600	1.081	3.767	450.708	5.513	3.870	537	103	471.667	20.959	4,4
Basilicata	72	-	152	7	4	23	13	20	79	48	9	16	148	23	21	4.333	3.556	46.673	2.195	52	3	57.447	10.774	18,8
Calabria	334	16	744	23	13	85	27	78	195	160	32	22	499	30	30	562	236	226	156.139	689	15	160.155	4.016	2,5
Sicilia	581	7	1.336	27	36	309	128	167	485	325	53	66	672	50	10	273	195	37	4.574	465.132	132	474.595	9.463	2,0
Sardegna	389	15	836	11	30	185	40	163	240	211	35	52	515	34	8	137	60	5	28	111	179.903	183.008	3.105	1,7
TOTALE RESIDENTI	447.348	16.543	1.043.517	60.926	52.622	458.207	130.434	173.938	495.601	386.379	109.661	168.189	585.837	151.563	37.683	632.105	490.323	60.234	195.403	497.243	189.604	6.383.360	495.040	7,8
MOBILITÀ PASSIVA	30.785	2.643	39.957	2.468	7.331	28.396	7.135	24.567	28.261	22.378	11.545	20.140	49.528	24.115	8.911	52.628	39.615	13.561	39.264	32.111	9.701	495.040		
%	6,9	16,0	3,8	4,1	13,9	6,2	5,5	14,1	5,7	5,8	10,5	12,0	8,5	15,9	23,6	8,3	8,1	22,5	20,1	6,5	5,1	7,8		
SALDO RICOVERI (a)	4.724	916	- 63.322	- 1.411	3.009	- 5.352	- 4.374	8.745	- 47.410	- 25.280	- 6.237	1.774	4.039	9.708	- 2.113	36.649	18.656	2.787	35.248	22.648	6.596			

Tabella 5: Dati di mobilità, Ministero della Salute

1.1.5.2 Mobilità passiva Regione Campania

Procedendo ad una analisi di dettaglio dei dati relativi ai ricoveri in Regime Ordinario e Day Hospital emerge che la maggior parte dei casi in mobilità passiva sono registrati in **termini assoluti** per pazienti residenti in provincia di **Napoli**, in **termini relativi** per pazienti residenti in provincia di **Benevento** e **Caserta**.

Tabella 6: Numero di dimessi per provincia di residenza

<u>Residenza Paziente</u>	<u>Popolazione residente 1° Gennaio 2014 (A)</u>	<u>Ricoveri in Campania (B)</u>	<u>Ricoveri Fuori Regione (C)</u>	<u>Totale Ricoveri (D)</u>	<u>Percentuale Passiva (E= C/D)</u>
Avellino	430.214	69.967	8.863	78.830	12,67%
Benevento	283.763	49.489	6.852	56.341	13,85%
Caserta	923.113	128.024	17.198	145.222	13,43%
Napoli	3.127.390	536.623	26.837	563.460	5,00%
Salerno	1.105.485	191.469	20.894	212.363	10,91%
Totale	5.869.965	975.572	80.644	1.056.216	8,27%

Nelle tabelle seguenti si evincono le Regioni con maggiore recettività rispetto ai pazienti della Campania. La maggior parte dei casi in mobilità passiva sono registrati con valore percentuale del 30% verso la regione Lazio. A seguire troviamo Lombardia, Molise, Emilia Romagna, Toscana. Oltre alla numerosità, nelle tabelle seguenti, viene riportato anche il valore economico legato al rimborso dei DRG.

D.A.I.

UOC/UOSD

1. TESTA-COLLO

UOC

UOC

UOC

UOC

UOC

2. EMATO-ONCOLOGIA, UOC
ANATOMIA PATOLOGICA E UOC
DIAGNOSTICA PER UOC
IMMAGINI UOC

UOC

Tabella 7: Valore economico rimborsi DRG

REGIONE	n. casi	Importo	% di casi	% importo
LAZIO	24.084	€ 72.167.266,50	30%	23%
LOMBARDIA	9.829	€ 51.185.884,83	12%	16%
MOLISE	8.353	€ 30.635.938,28	10%	10%
EMILIA ROMAGNA	7.637	€ 37.495.443,04	9%	12%
TOSCANA	7.445	€ 27.768.145,49	9%	9%
BASILICATA	6.550	€ 21.609.770,42	8%	7%
PUGLIA	4.427	€ 15.386.069,35	5%	5%
VENETO	3.046	€ 14.330.255,89	4%	5%
PIEMONTE	1.934	€ 12.211.033,89	2%	4%
LIGURIA	1.873	€ 8.672.051,77	2%	3%
ABRUZZO	1.081	€ 4.482.992,45	1%	1%
CALABRIA	949	€ 2.722.595,77	1%	1%
MARCHE	920	€ 4.048.701,15	1%	1%
UMBRIA	838	€ 4.324.094,19	1%	1%
FRIULI GIULIA VENEZIA	653	€ 2.302.202,97	1%	1%
SICILIA	552	€ 1.806.164,64	1%	1%
SARDEGNA	185	€ 774.307,53	0%	0%
P.A. TRENTO	173	€ 654.994,41	0%	0%
P.A. BOLZANO	78	€ 275.616,89	0%	0%
VALLE D'AOSTA	37	€ 118.829,55	0%	0%
TOTALE	80.644	€ 312.972.359,01		

Per stimare le aree di carenza sanitaria nella risposta regionale, è opportuno valutare i motivi di migrazione attraverso l'analisi della distribuzione per MDC dei casi in "fuga".

A tal fine, sono stati analizzati i macro-gruppi di diagnosi in ordine decrescente di numerosità; per le Regioni in cui il flusso di pazienti provenienti dalla Campania è maggiore, sono riportati i primi 3 macro-gruppi di diagnosi che registrano la maggiore numerosità di casi.

Tabella 8: Numerosità di casi per MDC, Regione Campania anno 2013

DescMDC	N. casi	Importo	% Casi	% importo
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	14.501	€ 62.388.134	18%	20%
Malattie e disturbi sistema nervoso	8.471	€ 38.547.484	11%	12%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	7.936	€ 47.923.869	10%	15%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	6.314	€ 21.513.522	8%	7%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	4.790	€ 17.684.364	6%	6%
Malattie e disturbi apparato digerente	4.688	€ 15.346.240	6%	5%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	3.975	€ 15.019.003	5%	5%
Malattie e disturbi occhio	3.420	€ 5.101.197	4%	2%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	3.321	€ 12.516.222	4%	4%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	3.189	€ 6.703.038	4%	2%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3.008	€ 5.638.434	4%	2%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	2.524	€ 5.307.093	3%	2%
Malattie e disturbi mentali	2.424	€ 3.979.179	3%	1%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.110	€ 3.814.753	3%	1%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	2.065	€ 5.066.525	3%	2%
Gravidanza, parto e puerperio	2.029	€ 3.100.494	3%	1%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1.745	€ 4.393.629	2%	1%
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. Immunitario	1.103	€ 2.501.228	1%	1%
Malattie e disturbi periodo perinatale	801	€ 1.257.688	1%	0%
Malattie infettive e parassitarie	638	€ 2.159.918	1%	1%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	633	€ 1.502.613	1%	0%
Pre-MDC	475	€ 29.353.366	1%	9%
Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	159	€ 607.419	0%	0%
NA-Non Attribuibile	125	€ 509.741	0%	0%
Infezioni da HIV	90	€ 232.366	0%	0%
Traumatismi multipli	54	€ 568.327	0%	0%
ND	40	€ 97.783	0%	0%
Ustioni	16	€ 138.729	0%	0%
Totale	80.644	€ 312.972.359	100%	100%

Significativo è l'importo corrispondente ai casi associati a Pre-MDC.

Tabella 9: Casi Pre-MDC

DRG Descrizione	Casi	Importo
481-Trapianto di midollo osseo	156	€ 11.490.962

DRG Descrizione	Casi	Importo
480-Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	92	€ 8.918.588
541-Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	88	€ 5.144.672
482-Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	76	€ 882.855
542-Tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	51	€ 1.997.561
495-Trapianto di polmone	5	€ 418.489
103-Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	4	€ 271.001
512-Trapianto simultaneo di pancreas/rene	3	€ 229.237
Totale	475	€ 29.353.366

Nella Tabella seguente, invece è riportato il dettaglio dei 475 casi per singolo istituto di ricovero.

Tabella 10: Dettaglio per istituto di ricovero dei 475 casi relativi a PRE-MDC

Pre-MDC	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
IRCCS AOU S.MARTINO – IST	33	2.909.846
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA	27	2.436.047
AO CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	25	2.203.945
CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	23	1.024.620
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	23	2.039.336
BAMBIN GESU'	23	2.476.462
POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	20	1.159.276
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.CARLO	17	737.148
POLICLINICO UMBERTO I	13	910.030
FOND.IRCCS "ISTIT.NAZ.LE TUMORI" MILANO	13	565.154
OSPEDALE DI ULSS 7	12	135.630
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA – MILANO	12	383.336
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	11	1.043.039
IRCCS S. RAFFAELE – MILANO	11	491.791
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOL	11	775.675
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MOD	10	641.259
C.R.O.B. - I.R.C.C.S.	8	299.963
OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO	7	522.852
Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli	7	424.728
P.O. S. FRANCESCO CARACCILO ASL N.1	7	316.812
"ISTITUTO CLINICO ""HUMANITAS"" - ROZZANO"	7	283.130
AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	7	388.906
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	6	109.411
POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	6	649.057
ALTRO	136	6.425.914
TOTALE	475	29.353.366

In Appendice sono riportati, invece, i casi TOTALI in funzione sia della regione dell'istituto che dell'MDC (vedi tabella *Principali MDC per Regione, anno 2013*).

Sempre in Appendice si riportano i principali istituti di ricovero (vedi tabella *dettaglio per istituto di ricovero*).

1.1.5.3 Focus Regione Lazio

Per quanto parzialmente fisiologica, anche la mobilità di confine merita di essere intercettata per finalità di assistenza ma anche di bilancio economico. Dell' 30% dei casi in fuga dalla regione Campania e diretti verso la regione Lazio, il 26,35% è diretto al Bambin Gesù, il 17% verso il Policlinico Gemelli, e il 6,5% verso il Policlinico Umberto I.

Tabella 11: Mobilità passiva verso regione Lazio

Denominazione Struttura LAZIO	Totale	% sul totale
BAMBIN GESU'	6.345	26,35%
POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	4.083	16,95%
POLICLINICO U. I	1.561	6,48%
OSPEDALE S. SCOLASTICA CASSINO	799	3,32%
PRESIDIO OSPEDALIERO SUD	797	3,31%
POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	773	3,21%
ISTIT CHIR ORTOP TRAUMATOLOGICO	680	2,82%
I.D.I.	579	2,40%
CASA DEL SOLE CLINICA TOMMASO COSTA	540	2,24%
AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	498	2,07%
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	497	2,06%
IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	424	1,76%
AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	409	1,70%
CASA DI CURA PRIV. S. ANNA S.R.L CASSINO	278	1,15%
C.D.C. I.N.I. SRL	278	1,15%
AZIENDA OSPEDALIERA SANT` ANDREA	254	1,05%
AZIENDA OSP. S.GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA	229	0,95%
OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRAELLI	215	0,89%
OSPEDALE S. EUGENIO	210	0,87%
PRESIDIO OSPEDALIERO NORD	190	0,79%
AZ. COMPL. OSP. S.FILIPPO NERI	185	0,77%
EX CENTER HOSPITAL'SAN RAFFAELE' CASSINO	179	0,74%
OSPEDALE FATEBENEFRAELLI	157	0,65%
POLICLINICO CASILINO	149	0,62%
OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	128	0,53%
OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO	111	0,46%
CASA DI CURA PRIV. VILLA SERENA CASSINO	107	0,44%
OSPEDALE F. SPAZIANI FROSINONE	101	0,42%
AURELIA HOSPITAL	100	0,42%
ALTRI OSPEDALI	3.228	13,40%
TOTALE	24.084	100,00%

In particolare, la "fuga" verso il Bambin Gesù, suddivisa per MDC e DRG, è mostrata nell'Appendice (vedi tabella *Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per MDC* e tabella *Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per DRG*).



Dall'analisi condotta dalla AOU sui dati pubblicati dal Ministero della Salute, si evince che: la regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta il saldo più negativo tra mobilità attiva-passiva. La maggior parte dei casi in mobilità passiva sono registrati in termini assoluti per pazienti residenti in provincia di Napoli, in termini relativi per pazienti residenti in provincia di Benevento e Caserta. Il 30% dei casi in fuga dalla regione Campania si dirige verso la regione Lazio (Bambin Gesù). Le principali cause di fuga sono: malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo, malattie e disturbi sistema nervoso e malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio.

1.1.6 Dotazione di posti letto: la normativa vigente

La dotazione di posti letto è determinata Piano Ospedaliero Regionale, di cui al DACTA33/2016 e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al DACTA 48/2016 che attribuiscono all'AOU Federico II n. **829 posti letto**.

Il precedente Protocollo d'intesa 2011-2013 attribuiva all'AOU n. **936** posti letto. Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di **107 posti letto** (tabella 12). La decurtazione complessiva dei **107 posti letto** è la risultante di un **incremento di 41 posti letto** e di un **decremento di 148 posti letto**, in riferimento alla disciplina. Nella tabella 13 sono elencate le discipline che subiscono rispettivamente un aumento ed una diminuzione dei posti letto.

Tabella 12: PI da protocollo di intesa 2011-2013 e pl da PO 2016

DISCIPLINA	POSTI LETTO 2011-2013	POSTI LETTO 2016	DELTA
Allergologia	0	0	
Anatomia ed istologia patologica	0	0	
Angiologia	0	0	
Cardiochirurgia	14	14	0
Cardiochirurgia infantile	0	0	
Cardiologia	17	14	-3
Chirurgia generale	141	100	-41
Chirurgia maxillo-facciale	20	20	0
Chirurgia pediatrica	10	10	0
Chirurgia plastica	9	9	0
Chirurgia toracica	4	4	0
Chirurgia vascolare	12	12	0
Day hospital	0	0	
Day Surgery	0	0	
Dermatologia	18	18	0
Detenuti	0	0	
Dietetica, Dietologia	0	0	
Direzione sanitaria SC e SS	0	0	
Ematologia	20	20	0
Emodialisi	0	0	

DISCIPLINA	POSTI LETTO 2011-2013	POSTI LETTO 2016	DELTA
Emodinamica	0	0	
Farmacia ospedaliera	0	0	
Farmacologia clinica	0	0	
Fisica sanitaria	0	0	
Fisiopatologia della riproduzione umana	0	0	
Gastroenterologia	24	22	-2
Genetica medica	0	0	
Geriatrics	15	10	-5
Grandi ustionati	0	0	
Grandi ustioni pediatriche	0	0	
Immunologia e centro trapianti	14	14	0
Laboratorio analisi	0	0	
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	15	14	-1
Malattie infettive e tropicali	19	20	+1
Medicina del lavoro	2	2	0
Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0	0	0
Medicina interna (<i>Generale</i>)	83	60	-23
Medicina sportiva	0	0	
Medicina termale	0	0	
Medicina legale	0	0	
Medicina nucleare	0	0	
Microbiologia e virologia	0	0	
Nefrologia	34	30	-4
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	0	2	+2
Nefrologia pediatrica	0	0	
Neonatologia	12	18	+6
Neurochirurgia	23	20	-3
Neurochirurgia pediatrica	0	0	
Neurologia	27	24	-3
Neuropsichiatria	0	0	
Neuroradiologia	0	0	
Neuropsichiatria infantile	0	0	
Nido	0	0	
OBI	0	0	
Oculistica	22	16	-6
Odontoiatria e stomatologia	15	10	-5
Oncoematologia	0	0	
Oncoematologia pediatrica	0	0	
Oncologia	30	30	0
Ortopedia e traumatologia	56	24	-32
Ostetricia e Ginecologia	100	100	0
Otorinolaringoiatria	19	14	-5
Pediatria	60	60	0
Pensionati	0	0	
Pneumologia	0	0	
Psichiatria	12	16	+4
Radiologia	0	0	
Radioterapia	4	0	-4

DISCIPLINA	POSTI LETTO 2011-2013	POSTI LETTO 2016	DELTA
Radioterapia oncologica	0	0	
Residuale manicomiale	0	0	
Reumatologia	0	10	+10
Servizio trasfusionale	0	0	
Terapia del dolore con degenza	0	0	
Terapia del dolore senza degenza	0	0	
Terapia intensiva	14	14	0
Terapia intensiva neonatale	27	21	-6
Tossicologia	0	0	
Unità coronarica	8	8	0
Urologia	29	24	-5
Urologia pediatrica	0	18	+18
TOT. PL ACUTI SENZA NIDO ED OBI	929	822	-107
Unità spinale	0	0	
Recupero e riabilitazione funzionale	7	7	0
Lungodegenti	0	0	
Neuro-riabilitazione	0	0	
TOT. LDG E RIAB.	7	7	0
TOTALE	936	829	-107

Tabella 13: Misurazione delta posti letto

DISCIPLINA	DECURT. pl	DISCIPLINA	INCREM. PI
Cardiologia	-3	Malattie infettive	+1
Chirurgia generale	-41	Nefrologia (abilit. ai trapianti)	+2
Gastroenterologia	-2	Neonatologia	+6
Geriatria	-5	Psichiatria	+4
Malattie endocrine	-1	Reumatologia	+10
Medicina interna	-23	Urologia pediatrica	+18
Nefrologia	-4		
Neurochirurgia	-3		
Neurologia	-3		
Oculistica	-6		
Odontoiatria	-5		
Ortopedia	-32		
Otorinolaringoiatria	-5		
Radioterapia	-4		
Terapia intensiva neonatale	-6		
Urologia	-5		
TOTALE	-148		+41

L'analisi delle rimodulazioni sopra presentate offre a considerare talune criticità che è necessario presentare e illustrare. Di seguito, per ogni area disciplinare per cui è stata prevista una decurtazione di posti letto, sono indicate le motivazioni per cui tale decremento risulta non coerente con alcune indicazioni di programmazione regionale e nazionale di cui l'AOU ha tenuto conto nella pianificazione delle attività e nella scelta degli investimenti ad esse connesse.

Cardiologia (-3);

La riduzione di **3 posti letto in Cardiologia** comporterebbe:

- Potenziali difficoltà laddove l'Azienda è individuata dalla Regione Campania quale Hub di II livello nell'ambito della rete Cuore.

Chirurgia generale (-41); Ortopedia (-32): Medicina Interna (-23)

Tenuto conto che i posti letto di Chirurgia generale, Ortopedia e Medicina interna concorrono alla risoluzione del problema "barelle" del Cardarelli (vedi DGRC n°1 del 15/01/2015 e successivo DGRC del 25/05/2015) e, in alcuni casi, anche alla riduzione della mobilità passiva regionale, la drastica riduzione di tali posti letto, almeno nelle dimensioni ipotizzate, potrebbe determinare conseguenze non coerenti con le linee programmatiche regionali.

Rinunciare a **41 p.l di chirurgia generale** comporterebbe:

- La penalizzazione dell'attività di chirurgia specialistica ad alta complessità laddove l'AOU attrae già un rappresentativo segmento della richiesta regionale nell'ambito della chirurgia del colon-retto, della tiroide, della obesità grave, della chirurgia della mammella; con una conseguente migrazione verso altre regioni e la perdita di DRG ad alta complessità ed elevato rimborso.

Lo stesso si verificherebbe anche per la **decurtazione di 32 posti letto di Ortopedia**. Sebbene sia prevista la riapertura del CTO, l'ambito ortopedico negli ultimi anni si è molto evoluto ed è necessario garantire presso una Scuola di Medicina la possibilità di insegnare il trattamento di:

- a) prevenzione e cura delle malformazioni congenite e acquisite dell'apparato locomotore; es. scoliosi etc;
- b) la diagnostica e la terapia di una lunga serie di malattie che hanno localizzazione negli organi di sostegno e movimento, cioè colonna vertebrale e arti;
- c) la traumatologia, che negli ultimi decenni, in conseguenza dell'aumentato ritmo di vita, è divenuta parte integrante dell'ortopedia ed è cresciuta enormemente. Tutto ciò ha dilatato enormemente il patrimonio scientifico e tecnico dell'ortopedia, con la conseguente nascita di super specialità dotate di autonomia operativa, come la chirurgia della mano, del rachide ecc. (artrodesi della colonna vertebrale è il DRG più remunerato in ortopedia)
- d) la chirurgia ricostruttiva
- e) l'artroplastica
- f) resezione ossea
- g) la bioingegneria (anche la strumentazione chirurgico-ortopedica è enormemente progredita, grazie alla bioingegneria, con la messa a punto di tecniche diagnostiche e di terapie radicalmente nuove)

Inoltre, è da considerare che presso l'AOU è presente il Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare. La piattaforma di chirurgia robotica di ultimissima generazione "**Da**

Vinci Xi" è dotato di doppia *console* di comando e sistema di simulazione integrato per la didattica ed il perfezionamento dei movimenti del chirurgo operatore ed è tra i primi, dotati di questa particolare configurazione, ad essere installato in Italia. La particolarità della piattaforma robotica è la capacità di coniugare perfettamente gli obiettivi fondamentali di un Policlinico Universitario: l'attività assistenziale multidisciplinare, la formazione, la ricerca.

Inoltre, per la **Medicina Interna** vanno considerate le attività di eccellenza svolte presso i numerosi centri di riferimento, unici nella realtà regionale. In particolare: Diabetologia nell'adulto; Emo-coagulopatie; Nutrizione Artificiale Domiciliare; Terapia del diabete con microinfusori; Malattie rare, oltre al considerevole contributo fornito nella gestione dei pazienti provenienti dal Cardarelli.

Odontoiatria e Stomatologia (-5)

La riduzione di 5 posti letto in Odontoiatria e Stomatologia comporterebbe:

- la mancata assistenza a quei pazienti anziani pluripatologici e bambini con patologie psichiche tali da non renderli collaboranti, con problemi odontoiatrici che non possono essere presi in carico da strutture prive dei requisiti necessari per un trattamento in ambiente protetto. Tale presidio pubblico rappresenta la più importante realtà regionale potendo contare su 54 riuniti odontoiatrici.

Terapia intensiva neonatale (-6)

Rinunciare a **6 p.l di terapia intensiva neonatale** comporterebbe:

- la mancata risposta assistenziale per i neonati della gravide accolte presso il PS Ostetrico dell'AOU e per i neonati trasportati presso la nostra struttura da altre strutture regionali con un conseguente aumento della richiesta di Trasposto d'Emergenza Neonatale, un aggravio di costi per il sistema regionale ed un sensibile aumento di rischio per i neonati immaturi.

La Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN) è direttamente collegata al Pronto Soccorso Ostetrico che, con le strutture Ostetriche, costituisce il Centro Regionale di 3° Livello di maggiori dimensioni della Regione Campania, per il numero di nati, circa 2.500 nati/anno, e per la selezione di gravide a rischio. Inoltre, come centro di riferimento di gravidanze a rischio, buona parte dei nati (circa 300 casi) richiede un'assistenza alla nascita complessa; di ciò è testimone l'elevato numero di nati con peso alla nascita <1,5 Kg ed in particolare di quelli con peso alla nascita <1 Kg. I posti di terapia intensiva neonatale vengono occupati per il 94% dai nati da gravidanze ad alto rischio ricoverate presso i nostri reparti ostetrici e per il restante 6% da neonati patologici pervenuti tramite il Trasporto d'Emergenza Neonatale da altri punti nascita della Campania. Vengono ricoverati oltre a neonati prematuri o con patologia medica, anche i neonati che richiedono interventi chirurgici nel periodo pre e post operatorio (sia chirurgia pediatrica che cardiocirurgia pediatrica).

Radioterapia (-4)

Rinunciare a **4 p.l di radioterapia**, quindi **azzerare l'offerta** di pl presso l'AOU, comporterebbe:

- la ridistribuzione della prestazioni sul territorio regionale e/o nazionale con conseguente aumento della mobilità passiva e delle liste di attesa presso le altre strutture di riferimento (4 mila pazienti sono emigrati nel 2014), con un significativo aumento del disagio di pazienti oncologici che rischierebbero di

rinunciare al trattamento o di dover sostenere ulteriori spese per fruire dei servizi in altre aree regionali diverse da quella di provenienza.

Per rispondere all'emergente domanda (4 pazienti oncologici su 10 necessitano di radioterapia), l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II ha, inoltre, effettuato l'acquisto di un acceleratore lineare di ultima generazione.

Neurologia (-3); Neurochirurgia (-3); Geriatria (-5)

La decurtazione di **3 posti letto di Neurologia** e di **3 posti letto di Neurochirurgia**, così come il mancato incremento dei posti letto UTIC e Riabilitazione e la mancata previsione di posti letto di Neuroriabilitazione comporterebbe:

- l'impossibilità di applicare il Decreto n.44/2013 - Atto di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza per l'ictus cerebrale (Stroke Unit), che prevede che l'AOU Federico II sia attrezzata quale HUB2 con Unità Ictus di 2° livello e, a regime, quale Centro di Riferimento (o di Alta Complessità) con caratteristiche, cioè, di Stroke Unit di 3° livello.

Per realizzare tale mandato, infatti, nel breve termine l'Azienda deve procedere a:

- ✓ Apertura al Pronto Soccorso e, in particolare, all'urgenza neurovascolare (come previsto dal Decreto 44 del 2013 e Decreto 49 del 2010);
- ✓ Configurazione, nell'ambito della U.O.C. di Neurologia - DAI Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione - di un'area di degenza di tipo semintensivo dedicata alla Stroke Unit con 8 posti letto, di cui almeno il 50% monitorizzati, collegata all'area dell'emergenza;
- ✓ Configurazione di un'area di degenza dedicata alla riabilitazione post-ictus nella quale accogliere pazienti per i quali si prevede di "continuare e monitorare gli effetti di terapie internistiche di un certo impegno";
- ✓ Stipula di accordi con strutture riabilitative e strutture di lungodegenza/residenza sanitaria assistenziale (RSA), volti ad assicurare adeguati collegamenti istituzionalizzati per il trasferimento dei pazienti

Per realizzare la stroke unit, saranno necessari:

- ✓ Neurochirurgia h 24;
- ✓ Neuroradiologia, con funzione interventistica;
- ✓ Cardiologia UTIC;
- ✓ potenziamento dei supporti diagnostici/servizi (con conseguente coinvolgimento di ulteriori DAI):
- ✓ TC cranio h 24,
- ✓ Laboratorio h 24, per indagini emocoagulative
- ✓ Dopplersonografia dei vasi epiaortici
- ✓ Valutazione cardiologica con possibilità di ecocardiografia
- ✓ Valutazione fisiologica
- ✓ I Centri di Riferimento Hub 2°, corrispondenti per caratteristiche alle Stroke Unit di 3° livello indicate dal Quaderno n. 2/2010 del Ministero della Salute, sono previsti, infatti, nella misura di circa 1 per 500.000/1 milione di abitanti.
- ✓ La Stroke Unit dovrà essere in grado di assicurare adeguati e tempestivi provvedimenti terapeutici (farmacologici, neurochirurgici e/o di neuroradiologia interventistica) ai pazienti iperacuti (<3h dall'esordio), ivi inclusi il trattamento neurochirurgico o trombolitico.

Inoltre, sarà necessario avviare un modello organizzativo per la gestione dell'ESA (emorragia subaracnoidea) e, più in generale, del trattamento degli aneurismi e delle

MAV(malformazione arterovenose) in relazione alla presenza della Neuroradiologia interventistica e di Neurochirurgia, come prescritto ai Centri di Riferimento, al fine di gestire i pazienti ischemici dopo le 4 ore e mezza ed entro le 8 ore, con particolare riferimento alle trombosi della arteria basilare, per la trombolisi loco regionale eventualmente associata alla disostruzione meccanica, ed i pazienti con ESA per la diagnostica e l'interventistica.

Inoltre, la decurtazione di **3 p.l della neurologia** e di **5 p.l. in geriatria** potrebbe comportare:

- unariduzione significativa dell'offerta del trattamento di patologie neurodegenerative (sclerosi multipla, Parkinson, Alzhmeir). Sarebbe utile tenere presente l'impatto sociale di tale operazione visto che attualmente il territorio non offre adeguati trattamenti e presa in carico mentre l'AOU risulta dotata di 2 Centri di riferimento regionale afferenti alla UOC di Neurologia e un Centro UVA (Unità Valutazione Alzheimer) afferente alla UOC di Geriatria (complessivamente circa 3000 accessi all'anno).

Nell'ambito della Geriatria, è inoltre attivo il **Centro di Fibrosi Cisticadell'Adulto** con una dotazione di 7 posti letto.

Oculistica (-6); Otorinolaringoiatria (-5)

La riduzione di **6 posti letto in Oculistica** e di **5 posti letto in Otorinolaringoiatria** comporterebbe:

- la mancata assicurazione di adeguati tempi di attesa per interventi di media e di alta complessità in ambedue le discipline. Già nell'attuale configurazione dei posti letto, le patologie a forte aggressività (melanomi dell'occhio o neoplasie della laringe) compromettono la capacità di risposta dell'AOU e competono con patologie non maligne ma ad elevato impatto epidemiologico e sociale (cataratta, degenerazione maculare senile, tonsillectomia, sordità progressiva ecc) fortemente associate alle condizioni cronico-degenerative, per le quali l'alternativa ambulatoriale non è sempre percorribile.

Inoltre, sono attive **due moderne sale operatorie** destinate, una alla microchirurgia dell'orecchio ed alla chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali, l'altra alla microchirurgia delle lesioni tumorali della laringe con il Laser a CO2, nell'ambito della Otorinolaringoiatria.

Il nuovo blocco operatorio è stato pensato anche come luogo dedicato alla formazione e alla didattica degli studenti della Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria e del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, in linea con la mission dell'AOU Federico II. L'otorinolaringoiatria del Policlinico Federico II può oggi essere considerata **una struttura assistenziale completa** perché associa al moderno complesso operatorio, un reparto per la degenza con camere a due letti, ambulatori che permettono una completa e sofisticata attività diagnostica e il follow up dei pazienti trattati chirurgicamente, dall'otologia clinica all'endoscopia naso-sinusale, fino alla rinoallergologia, al follow up oncologico post-operatorio e all'endoscopia narrow band imaging, una modalità diagnostica che permette, già alla semplice visita, di distinguere una lesione benigna da una potenzialmente maligna.

Sono, inoltre, presente due Centri di Riferimento, realtà uniche sul territorio regionale: Diagnosi Precoce di Sordità e Sviluppo Di Metodologie Innovative, Studio E Trattamento Delle Patologie Uditive e Vestibolari.

Psichiatria (+4)

L'incremento di ulteriori 4 posti letto in Psichiatria in assenza di un chiaro indirizzo programmatico, potrebbe non rispondere alle reali esigenze della patologia psichiatrica di prevalente pertinenza territoriale.

Urologia pediatrica (+18)

L'istituzione di 18 posti letto di urologia pediatrica creerebbe non pochi problemi sia sotto il profilo strutturale che dell'organico. Infatti, tale attività è già svolta nell'ambito della chirurgia pediatrica e l'istituzione di un cospicuo numero di posti letto, come da proposta, richiederebbe l'attivazione di un nuovo reparto di urologia pediatrica e la presenza di una adeguata dotazione organica a supporto delle attività.

Posti letto tecnici e attività domiciliari

Sebbene non inclusi nel novero dei posti letto strutturali, ai fini della corretta valorizzazione delle attività clinico-assistenziali, vanno qui indicati i posti letto tecnici (o funzionali) rappresentati da:

- 54 poltrone odontoiatriche;
- 8 postazioni per emodialisi.

Va, infine, inclusa l'attività domiciliare riservata ai pazienti con HIV di cui al Decreto Commissariale 15/2014.

Ulteriori considerazioni

Altrettanto meritevole di attenzione è l'aver tralasciato, nell'attribuzione di posti letto, alcune altre attività che, invece, rappresentano un segmento importante della attuale capacità di offerta assistenziale del Policlinico Federico II testimoniata, tra l'altro, dai numerosi Centri di riferimento regionali istituiti con provvedimenti della Regione Campania. Tra le attività in essere, assumono certamente rilievo quelle riconducibili a:

- Allergologia,
- Angiologia,
- Dietetica e dietologia,
- Farmacologia clinica,
- Fisica sanitaria,
- Cardiochirurgia infantile,
- Neurochirurgia infantile,
- Emodinamica,
- Genetica medica,
- Medicina legale,
- Medicina nucleare,
- Neuroradiologia,
- Neuropsichiatria infantile,
- Terapia del dolore.

Il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, potrebbe non favorire la interdipendenza e la sinergia tra le attività di didattica, ricerca ed assistenza e rischia di proporre un modello contraddittorio rispetto alla *vision* in questi anni condivisa del ruolo dell'AOU nell'ambito del SSR. In particolare, le riduzioni individuate non sono in linea con gli investimenti fino ad oggi realizzati dall'AOU nell'ambito di alcune strategiche aree disciplinari.

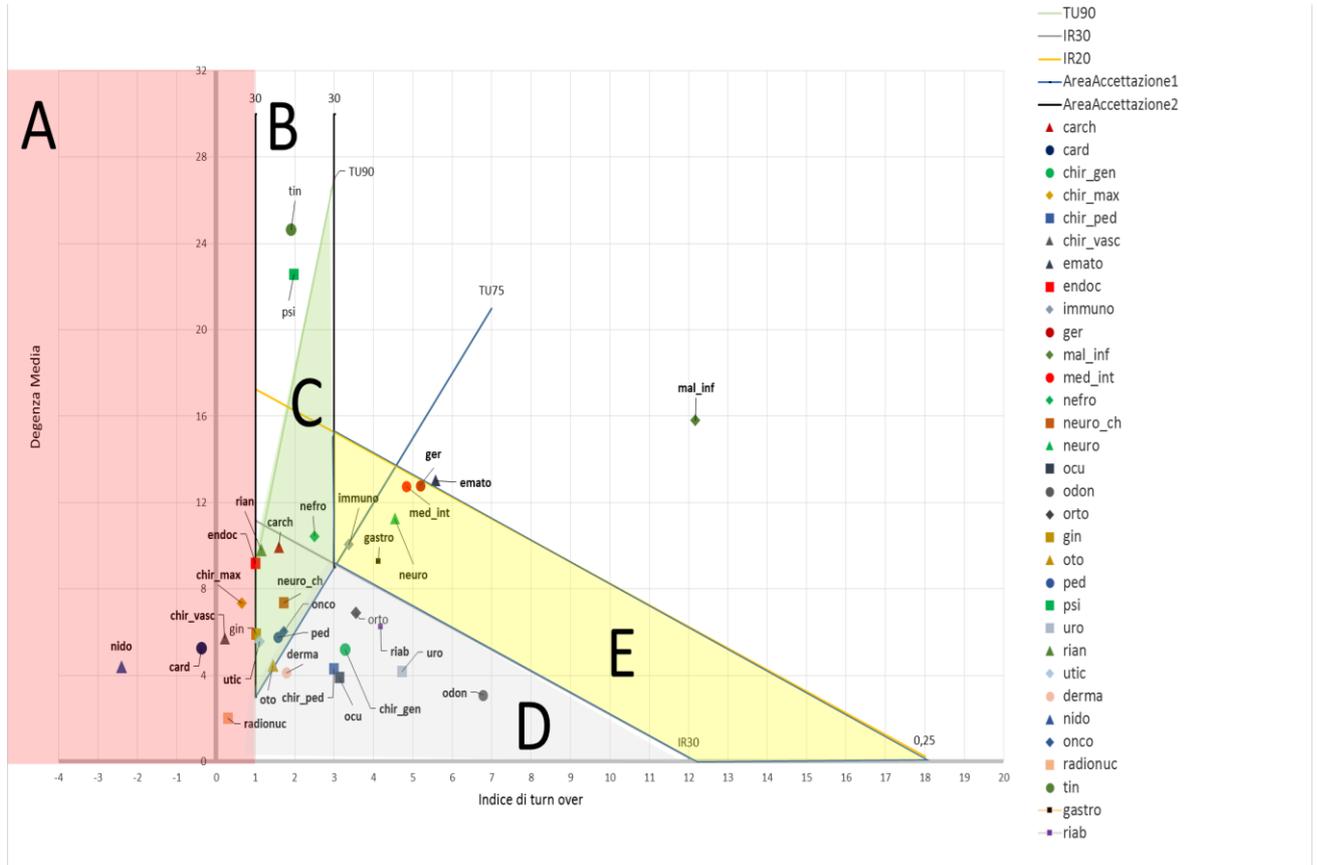
Tanto premesso, ai fini di una più puntuale disamina per la parametrizzazione dei posti letto da attribuire all'AOU Federico II, si ritiene opportuno procedere considerando sia le esigenze di riassetto della rete ospedaliera della Regione Campania ed il rispetto degli standard di attività fissati dal D.M. n.70/2015, sia quanto disciplinato dall'art.1, comma 2 lett. d) ed e) e dall'art.3 comma 1, del D.Lgs 517/99 e dall'art.7, commi 2 e 3 del D.P.C.M. 24.5.2001 e, dunque, dell'adozione, di norma, del rapporto 3:1 tra posti letto e numero degli iscritti al 1° anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Si ritiene, inoltre, opportuno considerare anche:

- le attività assistenziali indispensabili e non vicariabili funzionali allo svolgimento delle attività previste dalla programmazione didattico-scientifica della Scuola di Medicina e Chirurgia che, come in precedenza rappresentato, devono sostenere il mantenimento di consistenti soglie operative minime definite dalle indicazioni MIUR con puntuali standard assistenziali;
- le performance dell'AOU, raggiunte nell'anno 2015, per singola disciplina utilizzando strumenti di valutazione quali il nomogramma di Barber che mette in relazione i quattro indicatori di flusso dell'attività ospedaliera: degenza media, tasso di occupazione media dei posti letto, indice di turn over ed indice di rotazione dei posti letto;
- l'entità della partecipazione dell'AOU all'emergenza barelle del Cardarelli così come da DGRC n°1 del 15/01/2015 e successivo decreto del 25/05/2015.

L'analisi complessiva di tutti questi elementi conduce ad una ipotesi che tiene conto:

- a) della disaggregazione dei posti letto complessivi in posti letto per ricoveri ordinari, day hospital e day surgery, posti letto tecnici per dialisi, posti letto tecnici equivalenti per attività odontostomatologica (54 poltrone odontoiatriche), posti letto per assistenza domiciliare HIV;
- b) delle esigenze di sviluppo di ulteriori attività strategiche in ambito scientifico nei settori quali ad esempio le neuroscienze, la chirurgia di altissima complessità, la genetica, le malattie rare, che necessitano di un adeguato supporto assistenziale.
- c) dell'impegno, infine, dell'Ateneo per compensare la riduzione del finanziamento legata al pensionamento di personale di comparto reclutando nuovo personale (docente) in grado di ampliare e potenziare l'offerta assistenziale in settori scoperti a livello regionale al fine di ridurre il fenomeno della migrazione sanitaria della popolazione della Campania verso altre Regioni aggravando il costo dell'assistenza sanitaria della nostra Regione. È evidente che questo sforzo encomiabile dell'Ateneo verrebbe frustrato dal mancato adeguamento del piano sanitario regionale con opportune disponibilità di posti letto in settori quali quello della chirurgia specialistica delle patologie epatiche degenerative ed oncologiche, della Cardiochirurgia, dell'Elettrofisiologia, della Neuropsichiatria infantile etc.

Figura 2: Nomogramma di Barber



Nella fattispecie, l'analisi delle performance effettuate attraverso il nomogramma di Barber conduce ad alcune conclusioni, riportate nella tabella sinottica che segue, in cui è indicata una ripartizione di posti letto sia complessivi sia suddivisi in ricoveri ordinari e day hospital, con le relative previsioni dei volumi di attività di ricovero ordinario e day-hospital, tenuto conto di una occupazione degli stessi all'80%.

Tabella 14: ripartizione posti letto da piano ospedaliero RO e DH

Discipline	POSTI LETTO					PL DA PROPOSTA AOU FEDERICO II				OM_S TAND ARD
	pl da protocol lo 2011- 2013	pl proposti da bozza piano osp	pl proposti da AOU			previsio ne volumi RO	previsione volumi DH			
			TOT	RO	DH		CASI	CASI		
07_CARDIOCHIRURGI A	14	14	18	16	2	470	745	2.199	80%	
08_CARDIOLOGIA	17	14	23	20	3	1.110	381	1.124	80%	
09-CHIRURGIA GENERALE	141	100	113	86	27	4.835	7.049	20.794	80%	
10-CHIR MAXILLO FACCIALE	20	20	20	18	2	717	487	1.436	80%	
11- CHIRURGIA PEDIATRICA	10	10	12	6	6	406	1.666	4.914	80%	
12-CHIRURGIA PLASTICA	9	9	12	6	6	367		0	80%	
13-CHIRURGIA TORACICA	4	4	6	5	1	99	106	312	80%	
14-CHIRURGIA VASCOLARE	12	12	12	8	4	409	261	769	80%	
18-EMATOLOGIA	20	20	20	14	6	314	427	1.261	80%	
19- ENDOCRINOLOGIA	15	14	14	6	8	191	1.646	4.856	80%	
20-IMMUOLOGIA	14	14	14	6	8	174	629	1.855	80%	
21-GERIATRIA	15	10	15	7	8	169	940	2.772	80%	
24-MALATTIE INFETTIVE	19	20	20	16	4	296	319	942	80%	
25-MEDICINA DEL LAVORO	2	2	2	0	2		290	856	80%	
26-MEDICINA GENERALE	83	60	72	52	20	1.192	4.429	13.065	80%	
29-NEFROLOGIA	34	32	34	14	20	391	2.205	6.504	80%	
30- NEUROCHIRURGIA	23	20	25	22	3	873	731	2.156	80%	
32-NEUROLOGIA	27	24	29	17	12	441	2.895	8.540	80%	
34-OFTALMOLOGIA	22	16	20	8	12	598	1.948	5.747	80%	
35-	15	10	10	3	7	284	1.426	4.206	80%	

Discipline	POSTI LETTO					PL DA PROPOSTA AOU FEDERICO II			
	pl da protocollo 2011-2013	pl proposti da bozza piano osp	pl proposti da AOU			previsio ne volumi RO	previsione volumi DH		OM_S TAND ARD
			TOT	RO	DH	CASI	CASI	ACCESSI	
ODONTOSTOMATOLOGIA									
36-ORTOPEDIA	56	24	24	14	10	593	2.351	6.935	80%
37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	100	100	100	90	10	4.453	2.753	8.122	80%
38-OTORINOLARINGOIATRIA	19	14	16	8	8	525	1.005	2.965	80%
39-PEDIATRIA	60	60	60	42	18	2.135	2.891	8.530	80%
40-PSICHIATRIA	12	16	12	8	4	104	447	1.318	80%
43-UROLOGIA	29	24	24	18	6	1.258	766	2.260	80%
49-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	14	14	14	14		221	0	0	80%
50-UTIC	8	8	8	8		681		0	80%
52-DERMATOLOGIA	18	18	12	3	9	214	994	2.931	80%
56-RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	7	7	7	3	4	140	61	180	80%
58-GASTROENTEROLOGIA	24	22	22	16	6	503	638	1.882	80%
62-NEONATOLOGIA	12	18	15	15		997		0	80%
64-ONCOLOGIA	30	30	30	16	14	774	897	2.645	80%
70-TERAPIA CON RADIONUCLIDI	4		6	2	4	290	659	1.945	80%
71-REUMATOLOGIA		10	10	2	8	88	1.301	3.837	80%
73-TIN	27	21	27	27		320	0	0	80%
78-UROLOGIA PEDIATRICA		18	8	8		394		0	80%
DIETETICA			6		6			0	80%
GENETICA MEDICA			4		4			0	80%
33-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			4		4		383	1.129	80%
18-SERVIZIO TRASFUSIONALE			2		2		134	395	80%
49-TERAPIA DEL DOLORE			2		2		293	864	80%
TOTALE	936	829	904	624	280	27.025	44.151	130.245	80%

La variazione dei posti letto proposta, differente sia rispetto al precedente Protocollo d'Intesa sia rispetto al nuovo Piano Ospedaliero relativo all'AOU, è la seguente:

Tabella 15: Variazione posti letto

DISCIPLINA	Variazione PL da Piano Ospedaliero	Variazione PL secondo la proposta AOU Federico II
07_CARDIOCHIRURGIA	0	4
08_CARDIOLOGIA	-3	6
09-CHIRURGIA GENERALE	-41	-28
10-CHIR MAXILLO FACCIALE	0	0
11- CHIRURGIA PEDIATRICA	0	2
12-CHIRURGIA PLASTICA	0	3
13-CHIRURGIA TORACICA	0	2
14-CHIRURGIA VASCOLARE	0	0
18-EMATOLOGIA	0	0
19-ENDOCRINOLOGIA	-1	-1
20-IMMUOLOGIA	0	0
21-GERIATRIA	-5	0
24-MALATTIE INFETTIVE	1	1
25-MEDICINA DEL LAVORO	0	0
26-MEDICINA GENERALE	-23	-11
29-NEFROLOGIA	-2	0
30-NEUROCHIRURGIA	-3	+2
32-NEUROLOGIA	-3	+2
34-OFTALMOLOGIA	-6	-2
35-ODONTOSTOMATOLOGIA	-5	-5
36-ORTOPEDIA	-32	-32
37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	0
38-OTORINOLARINGOIATRIA	-5	-3
39-PEDIATRIA	0	0
40-PSICHIATRIA	4	0
43-UROLOGIA	-5	-5
49-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0	0
50-UTIC	0	0
52-DERMATOLOGIA	0	-6
56-RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0	0
58-GASTROENTEROLOGIA	-2	-2
62-NEONATOLOGIA	6	3
64-ONCOLOGIA	0	0
70-TERAPIA CON RADIONUCLIDI	-4	2
71-REUMATOLOGIA	10	10
73-TIN	-6	0
78-UROLOGIA PEDIATRICA	18	8
DIETETICA	0	6

<i>DISCIPLINA</i>	<i>Variazione PL da Piano Ospedaliero</i>	<i>Variazione PL secondo la proposta AOU Federico II</i>
GENETICA MEDICA	0	4
33-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	4
18-SERVIZIO TRASFUSIONALE	0	2
49-TERAPIA DEL DOLORE	0	2
TOTALE	-107	-32

La riduzione di 107 posti letto rispetto ai 936 definiti nel Protocollo d'intesa 2011-2013 sarebbe ricondotta ad un contenimento di 32 posti letto. Il Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli, siglato il 10.06.2016 contiene all'art. 2 i presupposti per una rimodulazione dei posti letto entro il primo anno di vigenza del Protocollo stesso, in linea con le considerazioni indicate in precedenza.



Il nuovo Piano Ospedaliero Regionale ed il Protocollo di intesa Regione-Università 2016-2018 attribuiscono all'AOU n. 829 pl. Il precedente Protocollo di intesa 2011-2013 attribuiva all'AOU 936 pl. Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 107 pl (incremento di 41 pl e decremento di 148 pl). Il decremento complessivo risulta non coerente con le indicazioni di programmazione nazionale e regionale di cui l'AOU ha tenuto conto nella pianificazione delle attività e nella scelta degli investimenti ad esse connesse. Pertanto l'AOU propone una dotazione complessiva di n. 904 pl di cui 624 RO e 208 DH.

SCENARIO INTERNO

1.1.7 Il profilo dell'offerta assistenziale dell'AOU

Il Policlinico Federico II è un'*Azienda Ospedaliera Universitaria* e si caratterizza per svolgere - anche ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07/03/2011 che così statuisce: "*l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattica scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione*" - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- Elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;
- Elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

Inoltre, l'offerta assistenziale regionale dell'AOU Federico II si caratterizza attraverso:

- la presenza di numerosi Centri di Riferimento Regionale;
- le attività specialistiche che, sebbene esistano nel panorama regionale realtà sanitarie a vocazione mono specialistica, rappresentano importanti punti di riferimento regionale;
- la partecipazione alla rete regionale dell'emergenza.

1.1.7.1 Integrazione con la didattica e la ricerca

Le "*attività assistenziali necessarie e non vicariabili alle attività di formazione e ricerca*" devono sostenere la programmazione didattica scientifica relativa a **43 Scuole di Specializzazione Mediche afferenti alla Scuola di Medicina e Chirurgia, 2 Scuole di Specializzazione Odontoiatriche e 6 Scuole di Specializzazione non mediche** come di seguito indicato:

Scuole di Specializzazione mediche

Allergologia ed Immunologia Clinica	Medicina dello sport
Anatomia Patologica	Medicina d'emergenza-urgenza
Anestesia e Rianimazione	Medicina Fisica e Riabilitazione
Audiologia e Foniatria	Medicina Interna
Cardiochirurgia	Medicina Legale
Chirurgia Generale	Medicina Nucleare
Chirurgia Maxillo-Facciale	Microbiologia e Virologia
Chirurgia Pediatrica	Nefrologia
Chirurgia vascolare	Neurochirurgia

Dermatologia e Venereologia	Neurologia
Ematologia	Oftalmologia
Endocrinologia	Oncologia medica
Fisica Medica	Ortopedia e Traumatologia
Genetica Medica	Otorinolaringoiatria
Geriatria	Patologia Clinica e Biochimica Clinica
Ginecologia ed Ostetricia	Pediatria
Igiene e Medicina Preventiva	Psichiatria
Malattie Apparato Cardio-Vascolare	Radiodiagnostica
Malattie apparato digerente	Radioterapia
Malattie apparato respiratorio	Scienze dell'Alimentazione
Malattie infettive	Urologia
Medicina del Lavoro	

Scuole di Specializzazione odontoiatriche

Chirurgia odontostomatologica
Ortognatodonzia

Scuole di Specializzazione non mediche

Genetica
Scienze dell'alimentazione
Microbiologia
Patologia clinica
Biochimica
Fisica medica

1.1.7.2 Centri di riferimento regionale

L'AOU Federico II garantisce, quindi, anche attraverso i numerosi Centri di Riferimento regionale (tabella seguente) istituiti con provvedimenti regionali, una quota consistente di attività, assicurando, nel limite delle attuali possibilità, una coerente integrazione tra l'attività assistenziale, gli obiettivi di programmazione regionale, volti sempre più ad un corretto utilizzo degli appropriati setting assistenziali, lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Scuola di Medicina e Chirurgia.

Tabella 16: Centri di riferimento regionali

CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI
Trapianti di midollo osseo e di cellule staminali emopoietiche
Traumatologia cranio-maxillo facciale
Malattie rare
Celiachia del bambino
Celiachia dell'adulto
Diabetologia pediatrica
Diabetologia dell'adulto
Diagnosi e cura dell'Epilessia
Diagnosi e cura della fibrosi cistica adulti
Diagnosi e cura della fibrosi cistica bambini
Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) dell'età pediatrica
Sclerosi multipla
Diagnosi e cura della malattia di Parkinson e dei disturbi del movimento
Infezioni da HIV pediatrica
Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia
Trapianti di rene
Patologia orbito-palpebrale
Terapia con farmaci biologici dell'artrite reumatoide e delle spondiloartriti sieronegative
Emocoagulopatie
Sterilità ed infertilità di coppia
Sviluppo di metodologie innovative, studio e trattamento delle patologie uditive e vestibolari
Diagnosi precoce di sordità
Chirurgia bariatrica e terapia interdisciplinare dell'obesità grave
Terapia del diabete con microinfusori
Terapia riabilitativa pre e post operatoria delle disfunzioni dell'apparato digerente, pavimento pelvico e neuro modulazione
Biologia molecolare clinica, genetica di laboratorio e diagnostica di malattie congenite del metabolismo
Coordinamento e compensazione per le attività trasfusionali
Diagnosi e terapia delle dislipidemie nell'adulto
Malattie reumatiche pediatriche
Nutrizione artificiale domiciliare
Nutrizione artificiale domiciliare pediatrica
Tubercolosi pediatrica
Tumori rari

1.1.7.3 Attività specialistiche peculiari

Nell'ambito pediatrico, oncologico ed infettivologico, il contributo dell'AOU sul territorio regionale rende paragonabile l'offerta assistenziale a quella di Aziende che, per mission istituzionale, sono da considerarsi mono-specialistiche. I grafici di seguito riportati sono il risultato di un'analisi effettuata sulla base dei dati forniti dall'ARSan- anno 2015.

PEDIATRIA

La Pediatria offre molteplici servizi assistenziali tra cui alcuni di altissima specialità. In esso si sono consolidate competenze pediatriche specialistiche, grazie al trattamento di numerose patologie che in altri ospedali non sono contemplate. Tali attività sono possibili grazie alla presenza di numerosi centri di riferimento regionale, alla presenza della patologia neonatale, della TIN e della chirurgia pediatrica.

Si distinguono, in particolare, i seguenti centri di diagnosi e trattamento:

- **Malattie rare:** l'AOU Federico II è Centro di Riferimento di Coordinamento Regionale (Con D.L.161/2001 sono state riconosciute 331 malattie rare in Campania a cui corrispondono 13.494 pazienti; di questi l'AOU ne tratta 4325, vale dire il 32%);
- Trattamento delle **malattie immunologiche**, con particolare interesse per le immunodeficienze primitivo-congenite: questo centro gestisce anche il Registro Regionale per le Immunodeficienze congenite. L'Area dispone inoltre di particolari attrezzature per la cura di bambini che non possiedono sufficienti difese naturali, quali spazi filtro con aria priva di germi;
- **Fibrosi Cistica:** il Centro si occupa della cura dei pazienti affetti da Fibrosi Cistica e della ricerca clinica ad essa correlata. In questo centro di recente è stato individuato un nuovo approccio terapeutico totalmente innovativo che consente di correggere il difetto di funzione di trasporto di cloro causato dalla più comune fra le oltre 2000 mutazioni del gene della Fibrosi Cistica CFTR, la DF508 con una possibilità di impatto sull'allungamento della sopravvivenza dei piccoli pazienti;
- **Trattamento diagnosi e cura della celiachia:** è il Centro di Riferimento Europeo con la casistica più ampia (> 15.000 casi nel tempo) e con un'importante produzione scientifica nel settore. Il Policlinico Federico II offre una capacità diagnostica all'avanguardia, in senso clinico, strumentale e di laboratorio, ed ha una forte componente di ricerca trasazionale. L'Azienda, inoltre, ospita presso la Pediatria, il centro di Eccellenza denominato Laboratorio Europeo per lo Studio delle Malattie Indotte da Alimenti (ELFID). Tra i progetti di ELFID è nato MEDICEL, il progetto di Rete Mediterranea Celiachia che coordina le attività diagnostiche, terapeutiche e di ricerca dei 20 Paesi Mediterranei. È stata, inoltre, realizzata una Banca Dati di una 'Donna Celiaca' che fornisce, per ciascun organo ed apparato, una lista aggiornata degli studi clinici relativi;
- **Trattamento diagnosi e curaper le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**(Morbo di Chron, Rettocolite *Ulcerosa*) presente presso il relativo centro di riferimento regionale;
- **Malattie endocrine e del Metabolismo:**
 - a) trattamento di difetti congeniti del metabolismo;
 - b) cura di pazienti con diabete di tipo I, presso il relativo centro di riferimento regionale. Questo centro regionale per il diabete (riconosciuto dal 1998) ha in cura diverse centinaia di pazienti, per i quali guida il programma diagnostico terapeutico sia in ospedale sia domicilio. Segue anche l'inserimento scolastico e sociale, realizza campeggi educativi per l'autogestione della malattia cronica. Adotta sistemi terapeutici innovativi quali i microinfusori di insulina;

- c) settore di Endocrinologia Pediatrica dove vengono seguiti bambini con problemi di bassa statura, deficit di ormone della crescita, S. Turner, anomalie dello sviluppo puberale (anticipi e ritardi puberali, irregolarità del ciclo mestruale), malattie della tiroide, ambiguità dei genitali, iperplasia congenita del surrene, sindromi poli-endocrine autoimmuni. E' uno dei centri di riferimento per l'ipotiroidismo congenito e per la prescrizione dell'ormone della crescita. Coordina un team multidisciplinare per la gestione del neonato e del bambino con disordini della Differenziazione Sessuale. Gestisce il Registro Regionale per l'Ipotiroidismo Congenito e partecipa al Registro per i Deficit di Ormone della Crescita.
- d) Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Pediatrica in cui sono seguiti bambini con insufficienza intestinale e necessità di nutrizione artificiale (nutrizione parenterale ed enterale).
- **Trattamento delle patologie infettive con particolare riguardo all'HIV:** vengono seguiti bambini con malattie infettive complesse quali mononucleosi, tubercolosi, polmoniti ed altre. Centro di Riferimento Regionale per l'AIDS pediatrico. Presso il reparto di degenza di Malattie Infettive Pediatriche sono assistiti bambini con malattie infettive complesse e bambini con necessità di isolamento protettivo. Il reparto è sede del centro di Riferimento Regionale per la nutrizione artificiale e centro di Riferimento per AIDS pediatrico (ospedalizzazione domiciliare);
 - **Allergie alimentari:** l'unità svolge un'attività assistenziale integrata dedicata al bambino affetto da allergie o intolleranze alimentari. Dal 2009 è stata accreditata come centro di riferimento per le allergie alimentari dalla Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Pediatrica (SIAIP) (<http://centri.siaip.it/>). L'offerta assistenziale comprende uno spettro di attività non disponibili presso altre Strutture dell'Azienda o presso altri Ospedali della Regione Campania;
 - **Chirurgia Pediatrica:** esplica la sua attività nel trattamento della patologia congenita ed acquisita di interesse chirurgico relativamente al neonato, al bambino ed all'adolescente. Le patologie trattate sono toraciche, addominali e genito-urinarie; si sono sviluppate anche competenze specifiche, in particolare nel campo delle tecniche mini-invasive ed endo-urologiche, potendo disporre di strumentazione miniaturizzata tecnologicamente avanzata. Ciò ha consentito di erogare prestazioni di eccellenza, al pari dei Centri più avanzati di Chirurgia Pediatrica Europei;
 - **Genetica Clinica:** offre una ampia possibilità diagnostica utilizzando le più recenti metodologie di biologia molecolare in un laboratorio specializzato. Offre una consultazione genetica integrata alle famiglie di pazienti ed a quelle a rischio genetico. Sperimenta terapie enzimatiche sostitutive per difetti metabolici congeniti e sviluppa la terapia genica di alcune condizioni.
 - Sono inoltre da segnalare i seguenti centri di diagnosi e trattamento: Epatologia pediatrica, Neuro psichiatria infantile, Reumatologia pediatrica, Urologia pediatrica medica e chirurgica.

ONCOLOGIA

In ambito oncologico, l'AOU contribuisce in maniera significativa al trattamento delle neoplasie a maggiore impatto e mortalità, accogliendo un numero di casi tali da considerarsi quasi pari al IRCCS "Fondazione G. Pascale", che per missione istituzionale ha una vocazione specialistica rivolta alla diagnosi e cura delle malattie neoplastiche.

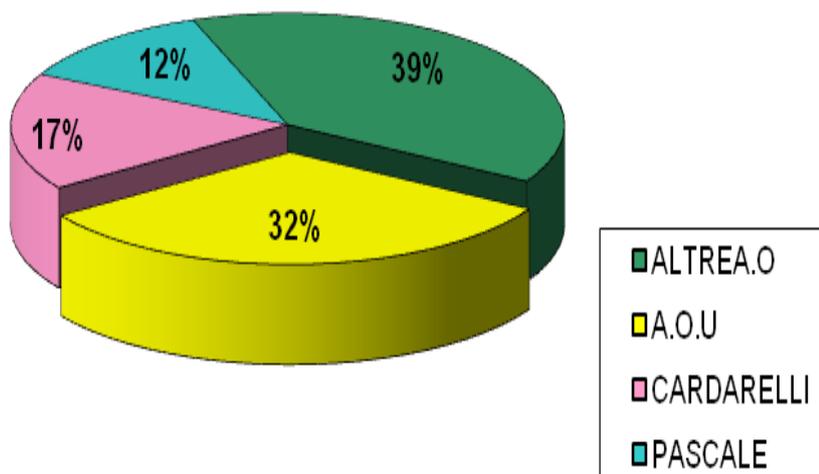
L'AOU offre al cittadino-utente i seguenti servizi assistenziali erogati nell'ambito del SSN:

- Visite specialistiche ambulatoriali e ricoveri ordinari ed in day hospital;
- Chemio Radioterapia;
- Terapia Antalgica;
- Consulenze dietetiche;
- Nutrizione artificiale.

Inoltre, il Day hospital di onco-ematologia rappresenta un primato di eccellenza regionale. Nell'AOU è presente anche l'U.MaC.A (Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antiblastici) presso la quale vengono preparati farmaci antiblastici per il trattamento chemioterapico. Nel corso del 2015, l'U.MaC.A ha preparato 2049 pazienti/cicli di trattamento con un incremento di attività pari al 15,2% rispetto al 2014. Una peculiarità del centro è l'elevato numero di studi clinici condotti, che per i pazienti arruolati, rappresenta una importante occasione di avere a disposizione opzioni terapeutiche innovative. Il Day hospital fornisce un'attività continua di 12 ore (8-14/14-20) ed è dotato di servizi di accoglienza.

Figura 3: DRG 172-173

**DRG 172-173: NEOPLASIE MALIGNI APPARATO DIGERENTE
CON E SENZA CC**



**DRG:274-275 NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON
CC E SENZA CC**

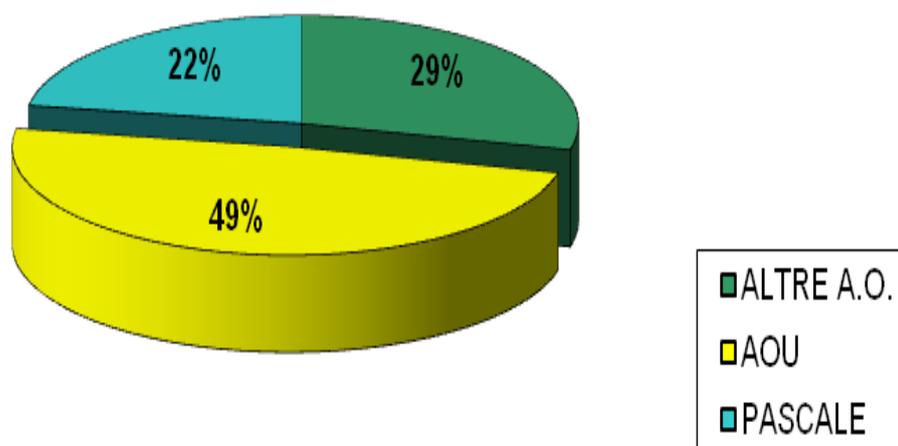


Figura 4: DRG 274-275

**DRG:257-258-259-260
MASTECTOMIA TOT E SUBTOTALE PER NEOPLASIE
MALIGNI, CON E SENZA CC**

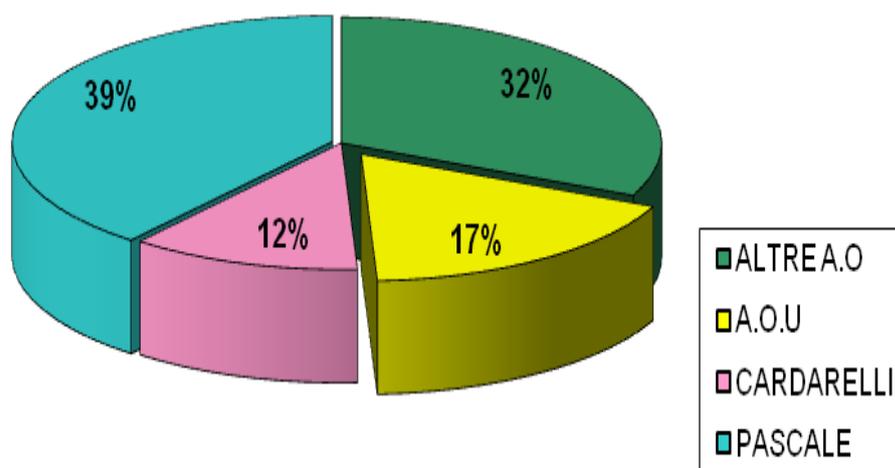


Figura 5: DRG 257-258-259-260

**DRG:366-364 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO
RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON E SENZA CC**

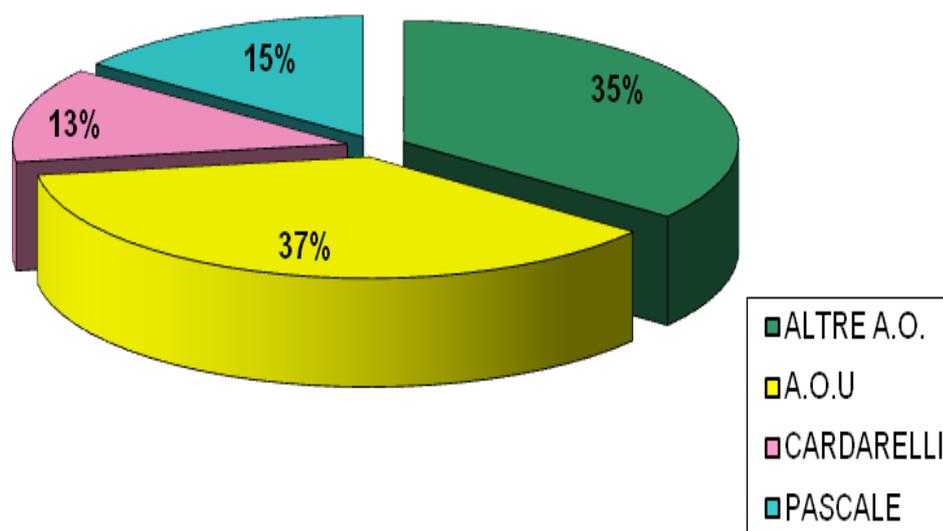


Figura 6: DRG 366-364

LEUCEMIE E LINFOMI

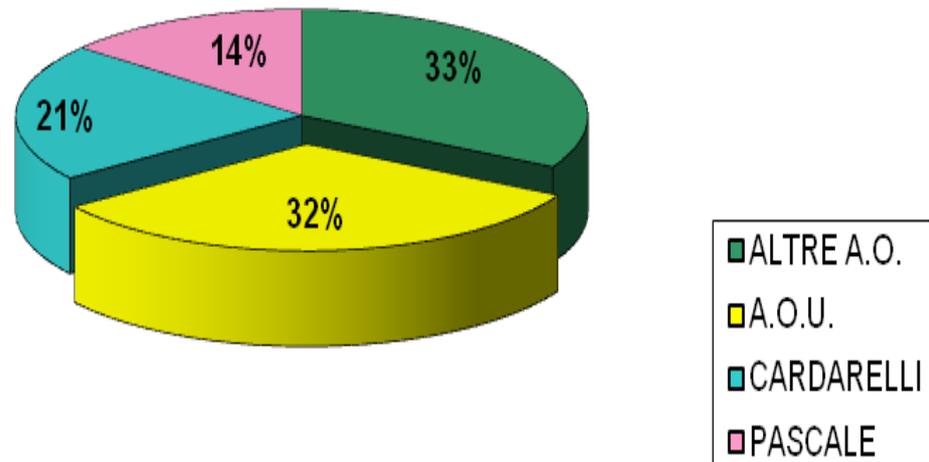


Figura 7: Leucemie e Linfomi

DRG:410 CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SEC DI LEUCEMIA ACUTA

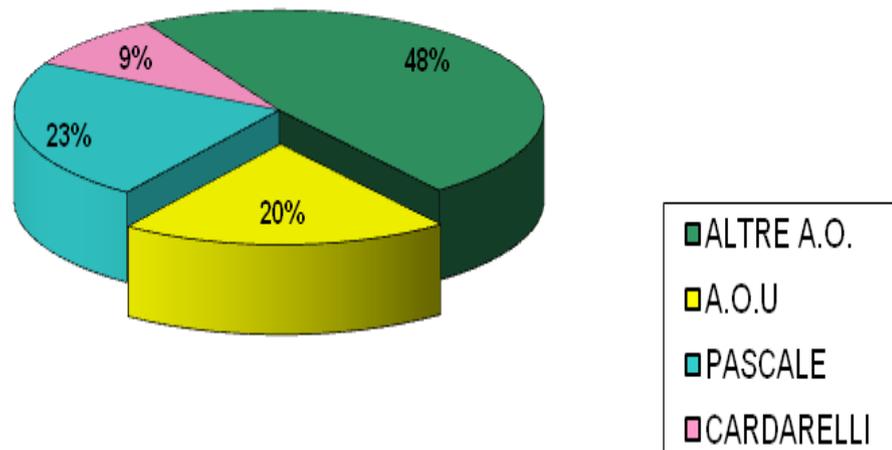


Figura 8: DRG 410

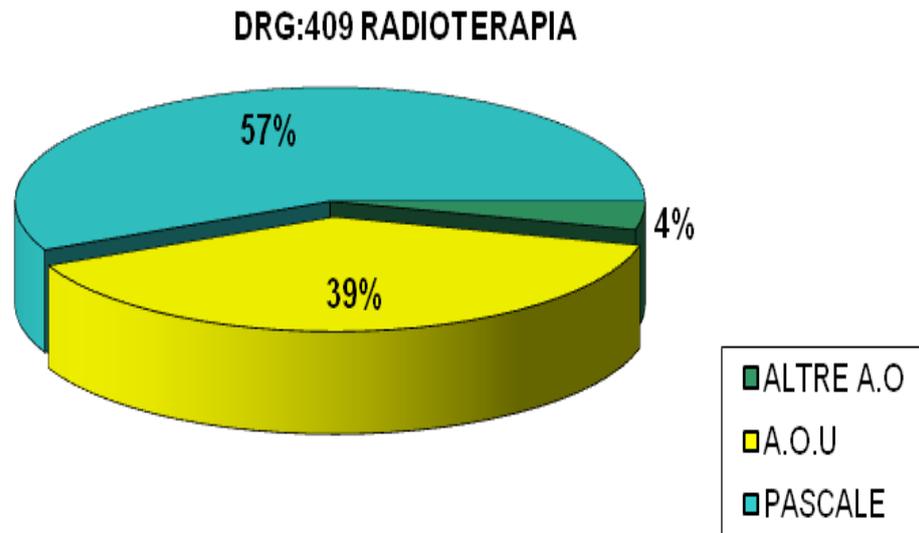


Figura 9: DRG 409

MALATTIE INFETTIVE

Il contributo dell'AOU Federico II nell'ambito delle malattie infettive si esplica soprattutto nella diagnosi e cura dei pazienti con HIV, epatite cronica e cirrosi e nell'ambito di tutte le patologie emergenti. In particolare, sono stati introdotti nell'uso clinico **nuovi farmaci antivirali ad azione diretta** che sono indicati in alcune forme di epatite virale cronica da virus C.

MDC 18

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARI

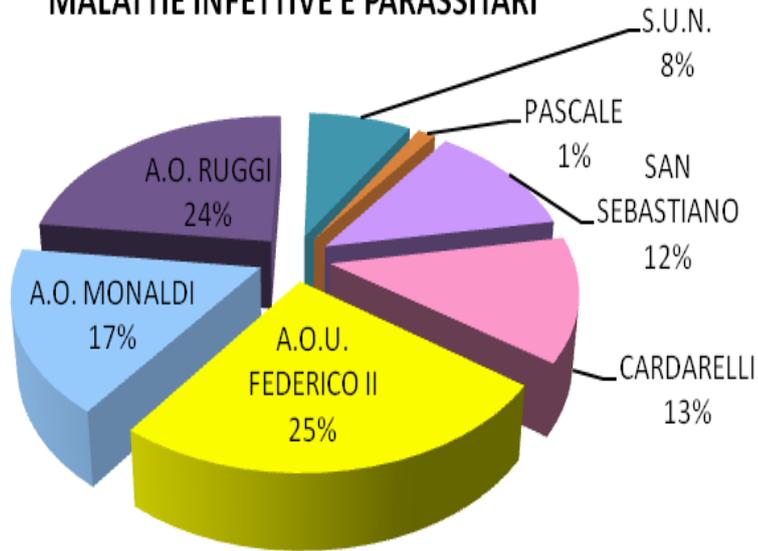


Figura 10: MDC 18

DRG:488-489-490 HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE E NON

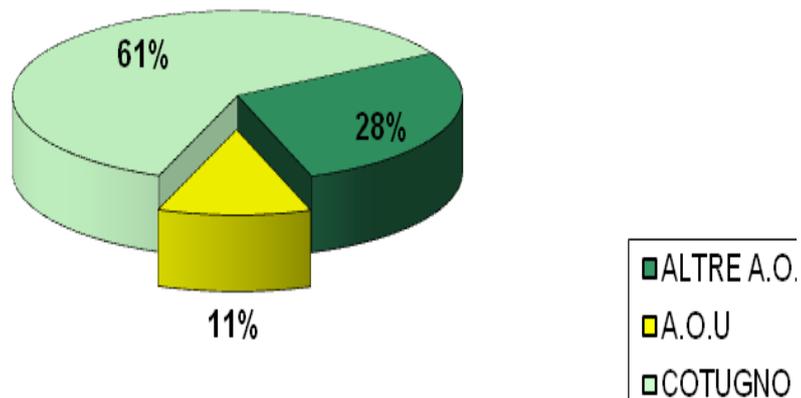


Figura 11: DRG 488-489-490

Un ulteriore spazio assistenziale nel quale l'AOU rappresenta certamente un punto di riferimento importante nel panorama regionale è quello delle **malattie del ricambio e della nutrizione**. Tali attività sono il risultato della sinergia tra ricerca scientifica e organizzazione assistenziale, declinate anche attraverso i PDTA e l'integrazione con la rete dell'emergenza e territoriale.

Malattie del metabolismo-endocrinologia sia pediatrica sia dell'adulto

Per le malattie del metabolismo e i disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali, si evince dal grafico seguente, che l'AOU Federico II raccoglie il 43% dei pazienti trattati sul territorio regionale. Nella fattispecie, presso l'AOU sono trattate patologie endocrino metaboliche per le quali il Policlinico Federico II rappresenta un centro di attrazione anche extra regionale soprattutto per i trattamenti medico-diagnostici delle patologie dell'ipofisi, surrene e tiroide. In questo settore disciplinare, il Policlinico Federico II rappresenta un'eccellenza anche nel panorama della ricerca scientifica internazionale. Per qualità e numero di pubblicazioni scientifiche, infatti, nelle classifiche di ricerca internazionali, l'area delle **patologie ipofisarie** e dell'ipotiroidismo federiciana è ai primi posti.

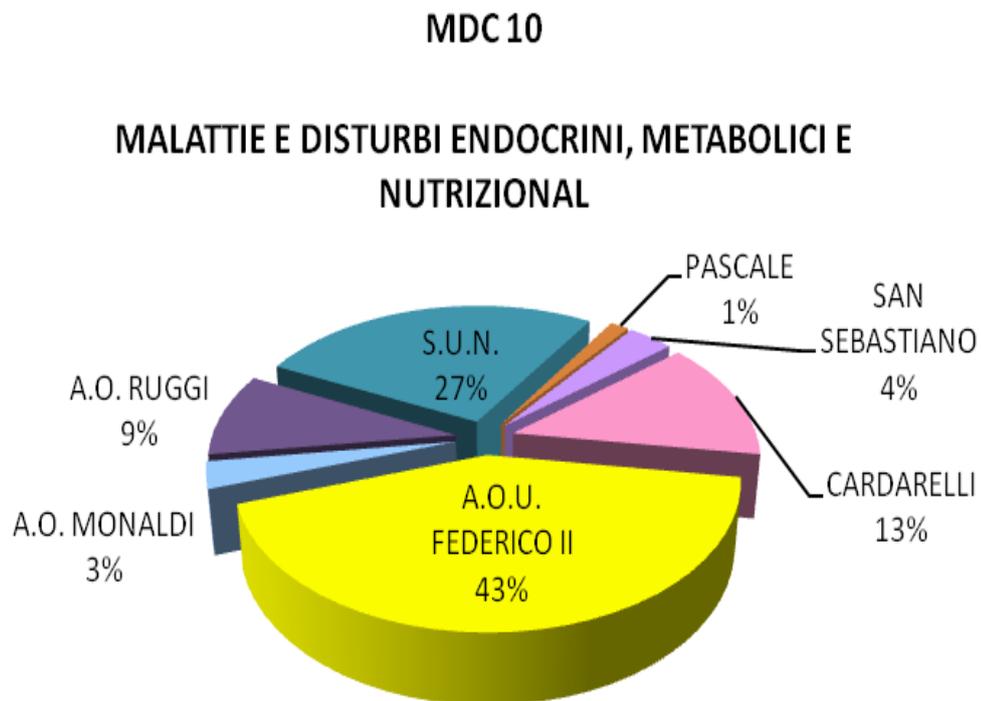


Figura 12: MDC 10

DRG:286 INTERVENTI SUL SURRENE E SULL'IPOFISI

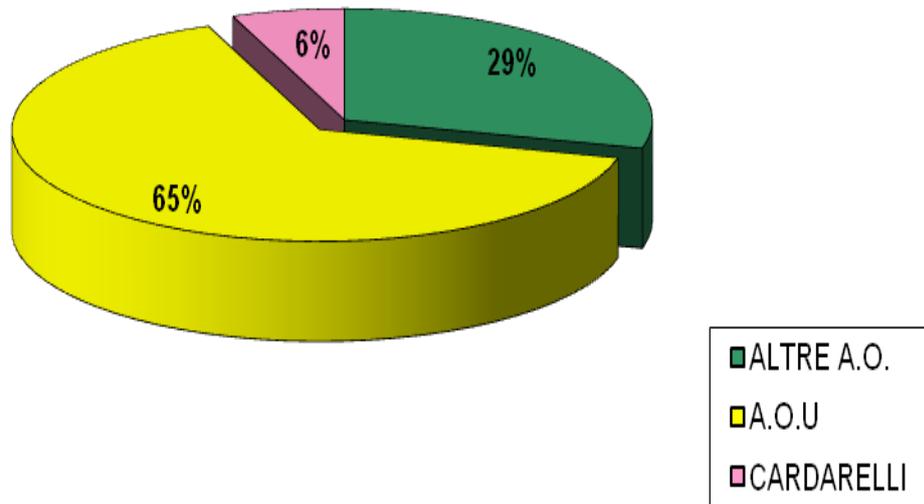


Figura 13: DRG 286

DRG:290 INTERVENTI SULLA TIROIDE

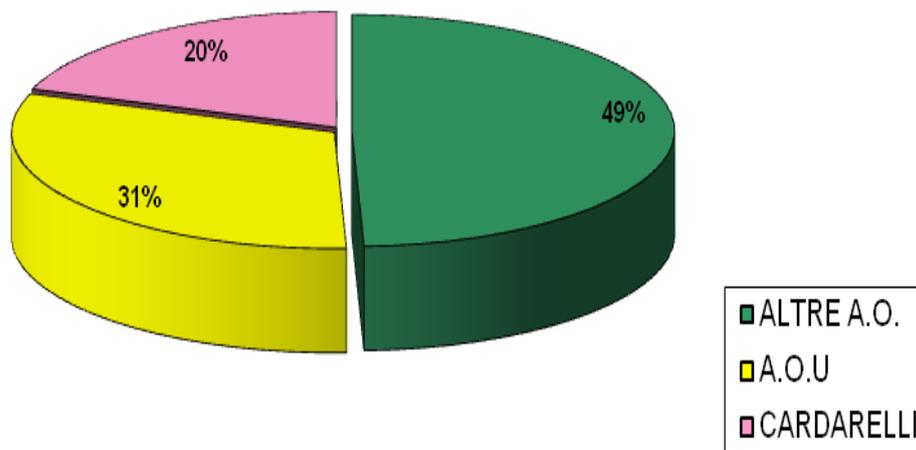


Figura 14: DRG 290

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Nel campo della nutrizione artificiale vanno rilevati gli investimenti effettuati nell'ambito della preparazione di miscele nutrizionali per la nutrizione parenterale con la realizzazione della camera bianca che ha ampliato la varietà e quantità della produzione a vantaggio dei pazienti del territorio campano, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali. Infatti, anche per i neonati sono disponibili **miscele nutrizionali personalizzate**, grazie agli elevati standard di sicurezza e alle nuove tecnologie introdotte. La camera bianca è una struttura all'avanguardia con spazi e tecnologie idonee per realizzare miscele nutrizionali per la nutrizione parenterale che si rende necessaria quando il paziente non è in grado di alimentarsi per via naturale.

Il laboratorio si inserisce nell'ambito del Centro di riferimento regionale di III livello per la nutrizione artificiale domiciliare dell'AOU. Il punto di forza del laboratorio è la preparazione di miscele galeniche personalizzate, realizzate a cura di un team di esperti farmacisti, infermieri, tecnici di laboratorio ed in collaborazione con la Farmacia Centrale dell'Azienda.

PARTECIPAZIONE ALLA RETE REGIONALE DELL'EMERGENZA

La partecipazione alla rete dell'emergenza si esplica attraverso le seguenti attività:

1) Pronto Soccorso Ostetrico H24;

2) Terapia intensiva neonatale e lo STEN;

- La Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN) è direttamente collegata al Pronto Soccorso Ostetrico che, con le strutture Ostetriche, costituisce (per numero di nati circa 2.500 nati /anno e selezione di gravide a rischio) il Centro Regionale di 3° Livello di maggiori dimensioni della Regione Campania. Come centro di riferimento di gravidanze a rischio, buona parte dei nati (circa 300 casi) richiede un'assistenza alla nascita complessa; di ciò è testimone l'elevato numero di nati con peso alla nascita <1,5 Kg ed in particolare di quelli con peso alla nascita <1 Kg. I posti di terapia intensiva neonatale sono occupati per il 94% dai nati da gravidanze ad alto rischio ricoverate presso i nostri reparti ostetrici e per il restante 6% da neonati patologici pervenuti tramite il Trasporto d'Emergenza Neonatale da altri punti nascita della Campania. Vengono ricoverati oltre a neonati prematuri o con patologia medica, anche i neonati che richiedono interventi chirurgici nel periodo pre e post operatorio (sia chirurgia pediatrica che cardiocirurgia pediatrica).

- Il Trasporto Neonatale di Emergenza (STEN) è un servizio altamente specializzato, attivo 24/24h e dedicato al trasporto di neonati patologici dai centri nascita alle terapie intensive e sub-intensive neonatali. In tutta la Campania sono attive 3 unità di Trasporto Neonatale; lo STEN Federico II coordina le chiamate per le province di Napoli e Salerno e nel 2015 ha garantito 723 trasporti a fronte di 388 dell'Annunziata e i 371 di Caserta.

3) COIES

Centrale Operativa Interna Emergenze Sanitarie attiva 24/24h in collegamento con la Centrale operativa regionale che smista le emergenze territoriali sui posti letto messi a disposizione dall'AOU quali quelli dell'UTIC per complessive 446 prestazioni effettuate nel corso del 2015, Nefrologia, Rianimazione, Medicina d'Urgenza, Cardiocirurgia, Neurologia e Neurochirurgia, Chirurgia Maxillo-facciale.

4) Accordo siglato con l’Azienda Ospedaliera Cardarelli (vedi Decreto n°15/1/2015e successivo Decreto n°48/5/2015), nel quale l’AOU accoglie presso le proprie strutture assistenziali pazienti che inizialmente vengono accettati dal triage del Cardarelli e poi vengono allocati a seconda delle esigenze diagnostico terapeutiche presso i 44 posti letto messi a disposizione esclusivamente del Cardarelli. Si fa presente, a tal proposito, che in un anno l’AOU ha gestito e dimesso circa 1060 pazienti provenienti dal Cardarelli.

5) Registro Donatori regionale HLA

L’AOU Federico II di Napoli, con delibera della Giunta Regionale n. 438 del 06/10/2015, è stata indicata come sede del Registro Regionale IBMDR.



L’AOU svolge in modo unitario e inscindibile attività di assistenza, didattica e ricerca. L’offerta assistenziale dell’AOU si caratterizza per le attività specialistiche, per i Centri di Riferimento Regionale e per la partecipazione alla rete dell’emergenza regionale.

1.1.8 Mobilità attiva Infra-regionale

L'attrazione dell'AOU è altro fenomeno che merita di essere approfondito. Accanto alla mobilità attiva extra-regionale, presentata più avanti, risulta necessario valutare lo stesso fenomeno nell'ambito della regione Campania. In particolare, si nota che il:

- 77% dei ricoveri è relativo a pazienti residenti nella provincia di Napoli;
- 12% è relativo a pazienti residenti in provincia di Caserta;
- 7% dei ricoveri è relativo a pazienti residenti in provincia di Salerno;
- 4% dei ricoveri è relativo complessivamente ai pazienti residenti in provincia di Avellino e Benevento.

Tabella 17: mobilità attiva intra-regionale

Descrizione_provincia	casi	% sul totale
NAPOLI	43.468	76,68%
CASERTA	7.034	12,41%
SALERNO	4.044	7,13%
AVELLINO	1.272	2,24%
BENEVENTO	868	1,53%
TOTALE	56.686	100%

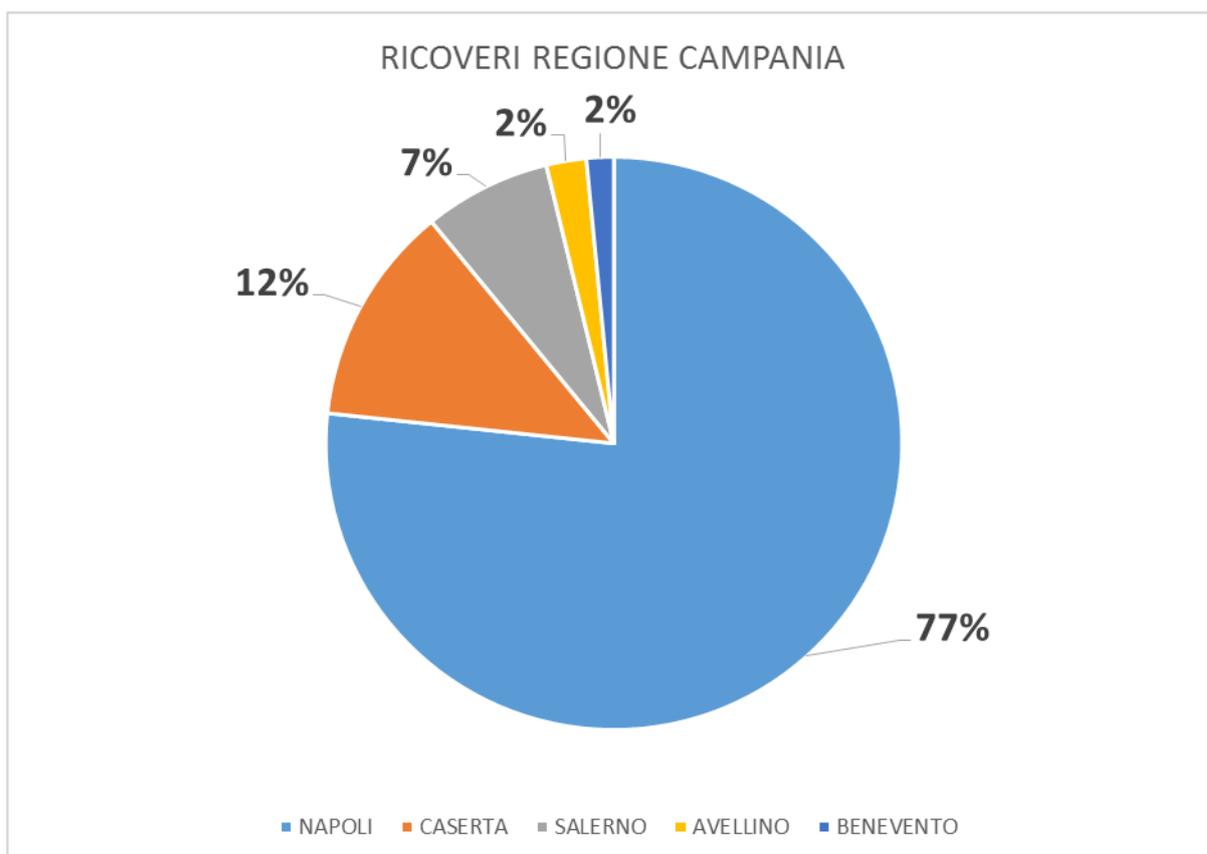


Figura 15: mobilità attiva intra-regionale

Come ulteriore livello di dettaglio, a partire dalla selezione dei **13.218** ricoveri relativi a pazienti residenti in **Campania** (fuori dalla provincia di Napoli) è utile analizzare la disciplina relativa al reparto di dimissione.

Tabella 18: mobilità attiva infraregionale: dettaglio disciplina di dimissione

RESIDENTI IN CAMPANIA FUORI DALLA PROVINCIA NAPOLI		
DISCIPLINA	Casi	% sul totale
Pediatria	2.171	16,42%
Chirurgia generale	1.328	10,05%
Ostetricia e ginecologia	1.245	9,42%
Neurologia	964	7,29%
Oncologia	849	6,42%
Oculistica	632	4,78%
Nefrologia	632	4,78%
Medicina generale	594	4,49%
Ematologia	466	3,53%
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	398	3,01%
Chirurgia maxillo facciale	370	2,80%
Terapia intensiva neonatale	361	2,73%
Neonatologia	355	2,69%
Gastroenterologia	296	2,24%
Urologia	260	1,97%
Geriatrics	230	1,74%
Ortopedia e traumatologia	218	1,65%
Otorinolaringoiatria	209	1,58%
Chirurgia pediatrica	194	1,47%
Radioterapia	192	1,45%
Neurochirurgia	166	1,26%
Dermatologia	151	1,14%
Immunologia	146	1,10%
Odontoiatria e stomatologia	130	0,98%
Malattie infettive e tropicali	129	0,98%
Cardiochirurgia	113	0,85%
Cardiologia	95	0,72%
Chirurgia vascolare	82	0,62%
Reumatologia	81	0,61%
Terapia intensiva	41	0,31%
Psichiatria	36	0,27%
Unità coronarica	34	0,26%
Recupero e riabilitazione funzionale	22	0,17%
Medicina del lavoro	22	0,17%
Chirurgia toracica	6	0,05%
TOTALE	13.218	100%

Le principali discipline "attrattive" a livello regionale riguardano in ordine decrescente (circa il 70% della mobilità attiva a livello intra-regionale): Pediatria, Chirurgia

generale, Ostetricia e ginecologia, Neurologia, Oncologia, Oculistica, Nefrologia, Medicina generale, Ematologia, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione. Per quanto riguarda la distribuzione per MDC, le principali categorie riguardano: Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici; Malattie e disturbi del sistema nervoso; Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate; Malattie e disturbi dell'apparato digerente; Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie; Gravidanza, parto e puerperio etc.

Tabella 19: Mobilità attiva infra-regionale per MDC

RESIDENTI IN CAMPANIA FUORI DALLA PROVINCIA NAPOLI		
MDC	Casi	% sul totale
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.399	10,58%
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.241	9,39%
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.238	9,37%
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.076	8,14%
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	964	7,29%
14 - Gravidanza, parto e puerperio	683	5,17%
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	661	5,00%
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	658	4,98%
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	655	4,96%
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	631	4,77%
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	621	4,70%
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	589	4,46%
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	478	3,62%
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	434	3,28%
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	407	3,08%
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	385	2,91%
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	337	2,55%
19 - Malattie e disturbi mentali	290	2,19%
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	180	1,36%
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	151	1,14%
27 - Infezioni da H.I.V.	52	0,39%
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	52	0,39%
Pre MDC	33	0,25%
26 - Infezioni da H.I.V.	1	0,01%
25 - Infezioni da H.I.V.	1	0,01%

RESIDENTI IN CAMPANIA FUORI DALLA PROVINCIA NAPOLI		
MDC	Casi	% sul totale
24 - Traumatismi multipli rilevanti	1	0,01%
TOTALE	13.218	100%

Per meglio comprendere per quali patologie avviene l'accesso, sia per il reparto di dimissione di **Pediatria** sia per la **Chirurgia generale** (rispettivamente con 2.171 e 1.241 casi in mobilità attiva infra-regionale) è opportuno analizzare le seguenti dimensioni di analisi:

- Disciplina dimissione
- MDC

❖ **Pediatria**

La capacità "attrattiva" riguarda principalmente Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici; Malattie e disturbi dell'apparato digerente; Malattie e disturbi mentali, Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio.

Tabella 20: Mobilità attiva intra-regionale per MDC, reparto di dimissione PEDIATRIA.

PEDIATRIA	
DESC_MDC	Casi
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	573
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	437
19 - Malattie e disturbi mentali	218
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	192
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	171
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	133
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	100
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	98
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	53
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	39
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	31
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	30
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	28

PEDIATRIA	
DESC_MDC	Casi
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	17
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	15
27 - Infezioni da H.I.V.	11
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	9
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	7
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	5
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3
14 - Gravidanza, parto e puerperio	1
TOTALE	2.171

❖ **Chirurgia generale**

Lo stesso ragionamento, è utile anche per la chirurgia generale dove le principali MDC sono: Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella; Malattie e disturbi dell'apparato digerente; Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici etc.

Tabella 21: Mobilità attiva intra-regionale per MDC, reparto di dimissione CHIRURGIA GENERALE.

CHIRURGIA GENERALE	
Desc_MDC	Casi
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	483
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	359
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	166
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	80
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	66
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	49
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	29
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	27
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	12
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	10
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	9
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	9
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	6

CHIRURGIA GENERALE	
Desc_MDC	Casi
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	4
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	4
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3
19 - Malattie e disturbi mentali	2
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1
TOTALE	1.328



Analizzando la provincia di residenza dei pazienti ricoverati presso l'AOU, risulta che nella maggior parte dei casi si tratta pazienti provenienti dalla provincia di Napoli (circa 80% dei casi). Il restante 20% (mobilità attiva infra-regionale) è relativo a pazienti residenti in altre provincie campane. Le principali discipline attrattive a livello regionale sono in ordine decrescente: Pediatria, Chirurgia generale, Ostetricia e ginecologia, Neurologia, Oncologia, Oculistica, Nefrologia, Medicina generale, Ematologia, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione.

1.2 CAPACITA' ATTRATTIVA DELL'AOU FEDERICO II

La mobilità attiva esprime la capacità attrattiva dell'AOU sui cittadini residenti fuori regione o fuori dal territorio di pertinenza geografica. Nel caso dell'attrazione extra-regionale, essa esprime non solo un dato di qualificazione dell'assistenza e di rappresentatività dell'AOU nell'ambito del SSN, ma anche un fenomeno di rilevanza economica in quanto il flusso di fondi è in entrata grazie alla compensazione di prestazioni erogate sul territorio ad assistiti di altro ente. La mobilità attiva presso l'AOU è stata studiata a partire dal flusso SDO (RO+DH) relativo all'anno 2015. Dall'analisi dei dati riportati nella tabella seguente, si evince che circa il 96,5% dei ricoveri è relativo a pazienti residenti in regione Campania mentre circa il 3% delle dimissioni è relativo a pazienti residenti in altre regioni italiane diverse dalla Campania. Infine, risulta che lo 0,3% è relativo a pazienti residenti all'estero. Volendo escludere i pazienti stranieri, è possibile affermare che il fenomeno della mobilità attiva extra-regionale riguarda circa il 3% degli accessi.

Tabella 22: ricoveri ordinari day hospital/day surgery anno 2015

RO+ DH ANNO 2015		
GRUPPO RESIDENZA	n. casi	% sul totale
RESIDENTI IN REGIONE CAMPANIA	56.686	96,58%
FUORI REGIONE CAMPANIA	1.815	3,09%
RESIDENTI ALL' ESTERO	189	0,32%
ND	4	0,01%
TOTALE	58.694	100,00%

Analizzando i dati del Ministero della salute relativamente agli acuti in regime ordinario, risulta che la Regione Campania ha un valore di mobilità attiva extra-regionale che si attesta intorno al 2,7%.

Tabella 23: Il fenomeno della mobilità attiva in regione Campania

MOBILITA' ATTIVA EXTRA-REGIONALE	% sul totale
AOU FEDERICO II	3,09%
REGIONE CAMPANIA	2,70%

AOU Federico II VS Regione Campania	+ 0,39%
--	----------------

Pertanto, l'AOU Federico II ha un saldo di +0,39% rispetto al valore regionale e può ritenersi tra le Aziende che contribuiscono ad aumentare il valore medio rilevato.

1.2.1 Mobilità attiva extra-regionale

Il fenomeno della mobilità attiva a livello extra-regionale riguarda circa il 3% dei ricoveri totali. Le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono Lazio, Basilicata, Calabria, Puglia, Molise etc.

Tabella 24 Mobilità attiva extra-regionale: regione di residenza

Descrizione_regione	N.casi	% sul tot.
LAZIO	548	30,19%
BASILICATA	262	14,44%
CALABRIA	250	13,77%
PUGLIA	157	8,65%
MOLISE	116	6,39%
LOMBARDIA	82	4,52%
SICILIA	71	3,91%
EMILIA ROMAGNA	64	3,53%
ABRUZZO	62	3,42%
TOSCANA	49	2,70%
VENETO	38	2,09%
PIEMONTE	27	1,49%
SARDEGNA	24	1,32%
MARCHE	24	1,32%
UMBRIA	16	0,88%
FRIULI VENEZIA GIULIA	10	0,55%
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	7	0,39%
LIGURIA	7	0,39%
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	1	0,06%
TOTALE	1.815	100,00%

I reparti di dimissione principali sono relativi a: Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Oculistica, Chirurgia generale, Neurologia, Oncologia.

Tabella 25: Mobilità attiva extra-regionale per disciplina

DISCIPLINA	n. casi	% sul tot.
Ostetricia e ginecologia	225	12,40%
Pediatria	197	10,85%
Oculistica	171	9,42%
Chirurgia generale	167	9,20%
Neurologia	143	7,88%
Oncologia	109	6,01%
Medicina generale	87	4,79%
Neurochirurgia	81	4,46%
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	68	3,75%
Neonatologia	58	3,20%
Urologia	51	2,81%
Ematologia	51	2,81%
Nefrologia	46	2,53%
Chirurgia maxillo facciale	46	2,53%
Terapia intensiva neonatale	35	1,93%
Otorinolaringoiatria	35	1,93%
Ortopedia e traumatologia	35	1,93%
Gastroenterologia	34	1,87%
Geriatrics	20	1,10%
Malattie infettive e tropicali	17	0,94%
Cardiochirurgia	17	0,94%
Radioterapia	16	0,88%
Immunologia	16	0,88%
Dermatologia	14	0,77%
Chirurgia pediatrica	14	0,77%
Odontoiatria e stomatologia	13	0,72%
Cardiologia	11	0,61%
Reumatologia	10	0,55%
Chirurgia vascolare	8	0,44%
Recupero e riabilitazione funzionale	6	0,33%
Unità coronarica	4	0,22%
Psichiatria	4	0,22%
Terapia intensiva	3	0,17%
Medicina del lavoro	3	0,17%
TOTALE	1.815	100,00%

Analizzando il comune di nascita dei pazienti in mobilità attiva extra-regionale dimessi da Ostetricia e ginecologia, risulta che più del **53%** dei pazienti è nato in Regione Campania. Dunque, si tratta di una mobilità "attiva" di ritorno verso i luoghi di origine. Il numero dei pazienti residenti in una regione diversa dalla Campania ma che ha un comune di nascita nella regione Campania e che alimenta la mobilità attiva per la pediatria è relativo al **23%**. In questo secondo caso la mobilità "attiva" di ritorno verso i luoghi di origine è meno forte rispetto all'ostetricia e ginecologia.

Analizzando i dati riportati nella tabella successiva, si evince che le principali MDC sono Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici, Malattie e disturbi del sistema nervoso, Malattie e disturbi dell'occhio, Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate.

Tabella 26: Mobilità attiva extra-regionale per MDC

Desc_MDC	N. casi	% sul tot.
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	202	11,13%
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	190	10,47%
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	151	8,32%
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	145	7,99%
14 - Gravidanza, parto e puerperio	119	6,56%
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	112	6,17%
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	101	5,56%
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	89	4,90%
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	87	4,79%
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	84	4,63%
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	83	4,57%
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	79	4,35%
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	78	4,30%
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	71	3,91%
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	46	2,53%
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	44	2,42%
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	33	1,82%
19 - Malattie e disturbi mentali	30	1,65%
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	27	1,49%
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	23	1,27%
27 - Infezioni da H.I.V.	12	0,66%
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	5	0,28%
Pre MDC	2	0,11%
26 - Infezioni da H.I.V.	2	0,11%
TOTALE	1.815	100,00%



Il fenomeno della mobilità attiva a livello extra-regionale riguarda circa il 3% dei ricoveri totali. Le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono Lazio, Basilicata e Calabria. I reparti di dimissione principali sono relativi a: Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Oculistica, Chirurgia generale, Neurologia, Oncologia.

1.2.2 Focus mobilità attiva pediatria

Dall'analisi dei dati visti in precedenza, è possibile affermare che una delle discipline di maggiore attrazione verso l'A.O.U Federico II è quella della Pediatria. Aggregando i dati della mobilità attiva infra-regionale ed extraregionale in totale sono registrati circa 2.368 casi.

Tabella 27: Mobilità attiva, disciplina pediatrica

GRUPPO_RESIDENZA	N. casi
RESIDENTI REGIONE CAMPANIA	2.171
FUORI REGIONE CAMPANIA	197
TOTALE	2.368

Di seguito invece si riporta il dettaglio DRG per le principali MDC.

Tabella 28: mobilità attiva per le principali discipline con dettaglio DRG

10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	
DRG_descrizione	N. casi
299-Difetti congeniti del metabolismo	170
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	158
295-Diabete, età < 36 anni	151
301-Malattie endocrine senza CC	142
300-Malattie endocrine con CC	15
297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1
286-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	1
TOTALE	638

06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	
DRG_descrizione	N. casi
184-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	235
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	189
175-Emorragia gastrointestinale senza CC	15

06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	
DRG_descrizione	N. casi
190-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	14
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	6
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	4
572-Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2
153-Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	2
571-Malattie maggiori dell'esofago	1
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	1
180-Occlusione gastrointestinale con CC	1
174-Emorragia gastrointestinale con CC	1
152-Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	1
TOTALE	472

19 - Malattie e disturbi mentali	
DRG_descrizione	N. casi
429-Disturbi organici e ritardo mentale	196
431-Disturbi mentali dell'infanzia	24
425-Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	4
432-Altre diagnosi relative a disturbi mentali	3
428-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	3
427-Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1
424-Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	1
TOTALE	232

04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	
DRG_descrizione	N. casi
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	105
081-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	43

04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	
DRG_descrizione	N. casi
098-Bronchite e asma, età < 18 anni	19
091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	10
102-Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	8
093-Malattia polmonare interstiziale senza CC	6
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	5
100-Segni e sintomi respiratori senza CC	4
099-Segni e sintomi respiratori con CC	2
086-Versamento pleurico senza CC	1
085-Versamento pleurico con CC	1
TOTALE	204

Analizzando i dati SDO relativi all'anno 2015 (RO+DH) si può riassumere il fenomeno della mobilità attiva sia a livello infra-regionale che extra regionale secondo quanto segue:

- per la mobilità attiva infra-regionale circa il 23% dei ricoveri è relativo a pazienti residenti in altre provincie diverse da Napoli (come Caserta, Salerno, Benevento e Avellino);
- la mobilità attiva extra-regionale ha un valore superiore al 3% (escluso i pazienti residenti all'estero) contro una media regionale del 2,7%;
- le discipline principali riguardano l'ostetricia e ginecologia (trattasi di "mobilità di ritorno alle origini" in quanto circa il 53% di questi nasce in regione Campania) e la pediatria;
- si tratta principalmente di mobilità di confine.



La disciplina a maggior attrazione nell' AOU è la Pediatria, per la quale si registra una mobilità attiva sia infra regionale sia extra regionale.

1.3 LE LISTE DI ATTESA

I tempi di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001 e nei Piani Nazionali di Contenimento dei Tempi di Attesa 2006-2008 e 2010-2012. Per tale indicazione, agire sulle liste di prenotazione e intervenire sulle modalità di accesso all'AOU sono impegni cruciali che la programmazione dell'AOU deve porsi nell'immediato.

Di seguito, si riporta l'analisi condotta sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero dell'Aou, oggetto di attenzione nel Pofa per l'introduzione di azioni di miglioramento.

La sezione prestazioni ambulatoriali parte da un'accurata verifica relativa alle prestazioni traccianti (le prestazioni, cioè, ritenute più critiche e rappresentative a livello nazionale e, come tali, incluse nei monitoraggi istituzionali), evidenziando i tempi rilevati e il tasso di drop out.

La sezione prestazioni di ricovero verte sull'analisi delle prestazioni traccianti di ricovero, sia in regime di ricovero ordinario che di DH/DS e ne analizza l'eventuale sfioramento dei tempi d'attesa rispetto alle classi di priorità assegnate.

La stessa metodologia viene applicata anche alle prestazioni non traccianti ritenute maggiormente rappresentative. Per quanto attiene la sezione prestazioni di ricovero, si è condotta anche un'analisi relativa ai dati di mobilità passiva incrociandoli con i tempi di attesa al fine di verificare un'eventuale correlazione tra l'attesa richiesta al paziente per ottenere la prestazione e la decisione di cercare la stessa prestazione lontano dal proprio territorio di residenza.

1.3.1 Prestazioni ambulatoriali

In questa sezione, si presenta il monitoraggio sui tempi di attesa rilevati ed il fenomeno del drop out.

1.3.1.1 Monitoraggio tempi di attesa prestazioni traccianti

Relativamente all'attività ambulatoriale sono stati misurati i tempi di attesa secondo due modalità:

1. in primis si è proceduto alla valutazione della prima disponibilità per ogni prestazione interrogando le agende attraverso una simulazione;
2. in secondo luogo è stato calcolato il tempo di attesa effettivo tra prenotazione ed erogazione della prestazione.

– Simulazione di prenotazione

Il monitoraggio del tempo di attesa secondo tale modalità misura il tempo di attesa che, al momento della richiesta di una prestazione, viene prospettato all'utente per l'esecuzione.

In altri termini, è stata valutata la prima disponibilità per ogni prestazione interrogando le agende in diverse date indice da febbraio 2016 a settembre 2016. La simulazione effettuata rappresenta effettivamente la situazione che si troverebbe di fronte un utente esterno che accede al Cup nella data corrente. In dettaglio, il tempo simulato viene calcolato, per ciascuna prestazione tracciante, effettuando una richiesta di prenotazione in un giorno indice e stimando il tempo di attesa per l'appuntamento. La simulazione non tiene conto della eventuale priorità della richiesta e potrebbe risentire di fenomeni occasionali (es. disdette).

Nella tabella seguente è mostrato il risultato per le prime 6 prestazioni. In Appendice è riportato il dettaglio per tutte le prestazioni traccianti (vedi tabella *Simulazione prima disponibilità in date indice*).

Tabella 29: Simulazione prima disponibilità in date indice

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITÀ A' 14 SETTEMBRE 2016
1	89.7	Visita Cardiologica	21/03/2016	20/04/2016	30/05/2016	29/06/2016	27/07/2016	31/08/2016	21/09/2016
		Visita Cardiologica pediatrica	22/03/2016	19/04/2016	26/05/2016	28/06/2016	28/07/2016	01/09/2016	20/09/2016
2	89.7	Visita Chirurgia Vascolare	19/03/2016	19/04/2016	26/05/2016	25/06/2016	27/07/2016	23/08/2016	15/09/2016
3	89.7	Visita Endocrinologica	18/05/2016	26/04/2016	08/08/2016	30/09/2016	24/10/2016	08/09/2016	25/11/2016
		Visita Endocrinologica pediatrica	13/09/2016	13/12/2016	26/05/2016	30/06/2016	22/12/2016	09/02/2017	23/03/2017
4	89.13	Visita Neurologica	26/05/2016	22/06/2016	08/08/2016	06/10/2016	09/08/2016	21/10/2016	25/11/2016
		Visita Neurologica pediatrica	11/10/2016	22/11/2016	07/06/2016	28/06/2016	10/01/2017	17/01/2016	31/01/2017
5	95.02	Visita Oculistica	09/06/2015	05/07/2016	13/09/2016	17/10/2016	22/11/2016	16/08/2016	13/12/2016
		Visita Oculistica pediatrica	14/12/2016	26/04/2016	26/05/2016	14/03/2017	06/04/2017	13/04/2016	26/04/2017
6	89.7	Visita Ortopedica	25/05/2016	29/06/2016	01/09/2016	06/07/2016	19/10/2016	02/11/2016	30/11/2016
		Visita Ortopedica pediatrica	29/04/2016	26/04/2016	10/06/2016	27/06/2016	29/07/2016	09/09/2016	04/10/2016

- tempi i attesa effettivi

il tempo medio di attesa (in giorni) viene calcolato, per ciascuna prestazione tracciante, come media aritmetica dei giorni di attesa intercorsi tra la data di prenotazione e la data di appuntamento per tutte le prenotazioni effettuate nel mese precedente a quello di pubblicazione.

Di seguito si riporta il tempo rilevato per le prime otto prestazioni. In Appendice il risultato completo per tutte le prestazioni traccianti (vedi tabella *Tempo di attesa effettivo*)

Tabella 30: Tempo di attesa effettivo

Nr. Prog . Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
1	89.07.00	Visita Cardiologica	31,3	30,9	27,1	27,2	26,3	23,8	35,4	28,9
		Visita Cardiologica pediatrica								
2	89.07.00	Visita Chirurgia Vascolare	12,6	7,2	15,4	8,3	11,9	10,1	14,1	11,4
3	89.07.00	Visita Endocrinologica	35	40,3	35,28	50	52,8	59,4	53,8	41,8
		Visita Endocrinologica pediatrica								
4	89.13.00	Visita Neurologica	48,6	48,6	50,9	51	62	67,5	63,2	56,0
		Visita Neurologica pediatrica								
5	95.02.00	Visita Oculistica	119,7	128,6	102,8	96,2	86,9	99	118,2	107,3
		Visita Oculistica pediatrica								
6	89.07.00	Visita Ortopedica	48,6	47,7	45,8	45,7	52,5	36,5	45,4	46,0
		Visita Ortopedica pediatrica								
7	89.26.00	Visita Ginecologica	11,1	12,5	8,4	9	10,7	14,6	27,9	13,5
8	89.07.00	Visita Otorinolaringoiatrica	84	77	47,3	52,9	64	41,1	66,2	61,8

Come si evince dai dati riportati nella tabella (vedi Appendice), i tempi di attesa maggiori rilevati sono relativi a:

- RMN Muscoloscheletrica
- Visita Oculistica
- Colonscopia
- Fondo Oculare
- Audiometria

- Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
- Visita Urologica
- TC Addome Superiore con e senza contrasto
- RMN Cervello e Tronco Encefalico
- Ecografia Capo e Collo
- Visita Pneumologica
- Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
- Visita Otorinolaringoiatrica
- Ecografia Addome
- Elettrocardiogramma
- Visita Neurologica
- RMN Pelvi, Prostata e Vescica
- Ecocolordoppler cardiaca
- RMN colonna Vertebrale
- Visita Ortopedica
- Visita Gastroenterologica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Visita Endocrinologica
- Ecocolodoppler dei vasi periferici

– **Fenomeno Drop out**

Con il termine di *Drop-Out* si intendono tutte le prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto prenotato.

Nella tabella seguente è stato valutato il suddetto indicatore attraverso la rilevazione dello stato prenotato per l'anno di rilevazione 2015.

Tabella 31: Monitoraggio stati prestazioni

Stato	%
Prenotato	17,46%

Il fenomeno risulta significativo nel momento in cui si fa riferimento a quelle prestazioni che si trovano ancora nello stato prenotato. Ciò significa che circa il 18% di prestazioni non sono state erogate (trovandosi ancora nello stato prenotato) e neanche disdette. Tali prestazioni, hanno contribuito sicuramente in maniera significativi ad allungare le liste di attesa senza, al contempo, recare beneficio al cittadino. Pertanto è necessario mettere in campo delle azioni al fine di arginare il fenomeno descritto.



Il monitoraggio sui tempi di attesa è stato condotto, in relazione alle prestazioni traccianti.

I tempi di attesa maggiori rilevati sono relativi a: RMN Muscoloscheletrica, visita oculistica, colonscopia, fondo oculare.

Si registra un drop out del 18% di prestazioni non erogate e per le quali non è avvenuta nessuna disdetta.

1.3.2 Prestazioni di ricovero

Di seguito sono presentati i dati relativi al monitoraggio sui tempi di attesa rilevati per gli interventi erogati sia in regime ordinario che in Day Hospital/Day Surgery. Il monitoraggio sui tempi di attesa è valutato in funzione dell'urgenza indicata al momento della prenotazione. L'analisi riguarda sia le prestazioni traccianti che le altre procedure.

– **Prestazioni traccianti**

Il DGR 271/2012 "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010 – 2012" definisce l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa.

Le prestazioni per le quali secondo il PNGLA vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono:

A) 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale;

B) 15 prestazioni in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

Le prestazioni definite dal DRG 271/2012 in regime di ricovero sono riepilogate nelle tabelle seguenti.

Tabella 32: Prestazioni traccianti in RO

N.	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon	45.7x - 45.8; 48.5 -48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	Bypass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica Coronarica(PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Tabella 33: Prestazioni traccianti in DH

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia		
48	Riparazione ernia inguinale	53.0 -53.10	

– **Prestazioni traccianti in Regime Ordinario**

La ricerca delle prestazioni traccianti in base ai criteri definiti riguarda tutte le procedure (principale, secondaria, etc.). I ricoveri considerati sono stati estratti dal QUANI secondo i seguenti parametri:

- Regime di ricovero uguale a Regime Ordinario
- Tipo di ricovero pari a ricovero programmato o programmato con pre ospedalizzazione;
- Data di dimissione compresa nel 2015.

Tuttavia, si rileva la presenza di prestazioni traccianti sopra definite per il regime DH erogate anche in regime ordinario. Ciò ha spinto a considerare in questo paragrafo la totalità di prestazioni traccianti (RO+DH) erogate in regime ordinario.

La rilevazione è stata effettuata, quindi, su cluster di casi che è circa il 62% della mole di prestazioni effettivamente erogate dall'AOU FEDERICO II in quanto la restante parte dei ricoveri o è riferito ai DRG relativi all'evento nascita oppure a SDO dove la tipologia di ricovero è codificato come "urgente" (ricoveri a valle di un accesso nel PS ostetrico, pazienti provenienti da altri istituti di ricovero, etc).

Nella tabella seguente sono presentati i risultati relativi alla valutazione dei tempi di attesa. In particolare, il tempo di attesa calcolato rappresenta *il tempo intercorso tra la data di prenotazione della prestazione e la data di ricovero*.

Tabella 34: tempi di attesa prestazioni traccianti RO

ORDINARIO				
Prestazione	N. Casi	Media attesa (gg)	Min attesa Media attesa (gg)	Max attesa Media attesa (gg)
44 - Chemioterapia	461	15	1	96
45 - Coronarografia	376	14	0	333
46 - Biopsia percutanea di fegato	45	17	1	119
47 - Emorroidectomia	110	44	0	365
48 - Riparazione ernia inguinale	420	68	0	352
49 - Interventi chirurgici tumore Mammella	64	21	1	88
50 - Interventi chirurgici tumore Prostata	57	38	4	141
51 - Interventi chirurgici tumore colon retto	77	35	1	235
52 - Interventi chirurgici tumore dell'utero	223	38	0	269
54 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	97	10	0	77
55 - Endoarteriectomia carotidea	61	33	1	329
56 - Intervento protesi d'anca	52	58	1	326
58 - Tonsillectomia	48	217	23	363

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSN e le prestazioni traccianti le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

Tabella 35: Classi di priorità prestazioni di ricovero

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi

La valutazione dei tempi di attesa, espressa in valori minimi, medi e massimi, è stata quindi messa in relazione alla classe di priorità.

Tabella 36: tempi di attesa in riferimento alle classi di priorità prestazioni traccianti RO

Prestazione	Priorità	N. Casi	Media attesa	Min attesa	Max attesa
Ordinario					
44 - Chemioterapia	Totale	461	15	1	96
	A	285	16	1	96
	D	176	14	1	87
45 - Coronarografia	Totale	376	14	0	333
	A	330	12	0	117
	B	19	39	6	75
	C	1	13	13	13
	D	26	14	0	333
46 - Biopsia percutanea di fegato	Totale	45	17	1	119
	A	30	9	2	25
	B	8	35	1	68
	C	2	95	70	119
	D	5	6	2	9
47 - Emorroidectomia	Totale	110	44	0	365
	A	54	23	0	108
	B	37	38	1	116
	C	15	111	52	365
	D	4	124	10	355
48 - Riparazione ernia inguinale	Totale	420	68	0	352
	A	108	28	1	170
	B	109	40	0	227
	C	145	105	1	320
	D	58	100	9	352
49 - Interventi chirurgici tumore Mammella	Totale	64	21	1	88
	A	62	20	1	88
	B	2	26	10	41
50 - Interventi chirurgici tumore Prostata	Totale	57	38	4	141
	A	56	38	4	141
	B	1	10	10	10
51 - Interventi chirurgici tumore colon retto	Totale	77	35	1	235
	A	63	22	1	140
	B	10	68	6	141
	C	4	147	98	235
52 - Interventi chirurgici tumore dell'utero	Totale	223	38	0	269
	ND	1	45	45	45
	A	142	27	0	269
	B	36	50	16	175
	C	24	78	28	157
	D	20	50	4	106
54 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	Totale	97	10	0	77
	A	72	10	0	62
	B	4	48	16	75

Prestazione	Priorità	N. Casi	Media attesa	Min attesa	Max attesa
Ordinario					
55 - Endoarteriectomia carotidea	C	1	77	77	77
	D	20	1	0	1
	Totale	61	33	1	329
	A	58	28	1	170
	B	2	26	21	30
56 - Intervento protesi d'anca	D	1	329	329	329
	Totale	52	56	1	326
	A	18	20	1	31
	B	2	64	45	82
	C	2	104	61	147
58 - Tonsillectomia	D	30	75	4	326
	Totale	48	217	23	363
	A	3	73	52	112
	B	23	116	23	259
	C	2	199	83	314
	D	20	356	329	363

Il tempo intercorso tra data di prenotazione e data di ricovero è stato confrontato con la soglia stabilita in base alla classe di priorità in maniera da definire la % di sforamento.

Tabella 37: % di sforamento prestazioni traccianti RO

Prestazione	N casi	% sul tot.
44 – Chemioterapia	461	100,00%
No Sforamento	440	95,44%
Si Sforamento	21	4,56%
45 – Coronarografia	376	100,00%
No Sforamento	361	96,01%
Si Sforamento	15	3,99%
46 - Biopsia di fegato	45	100,00%
No Sforamento	44	97,78%
Si Sforamento	1	2,22%
47 – Emorroidectomia	110	100,00%
No Sforamento	93	84,55%
Si Sforamento	17	15,45%
48 - Riparazione ernia inguinale	420	100,00%
No Sforamento	353	84,05%
Si Sforamento	67	15,95%
49 - Interventi chirurgici tumore Mammella	64	100,00%
No Sforamento	52	81,25%
Si Sforamento	12	18,75%
50 - Interventi chirurgici tumore Prostata	57	100,00%
No Sforamento	31	54,39%
Si Sforamento	26	45,61%
51 - Interventi chirurgici tumore colon retto	77	100,00%
No Sforamento	63	81,82%
Si Sforamento	14	18,18%

Prestazione	N casi	% sul tot.
52 - Interventi chirurgici tumore dell'utero	223	100,00%
No Sforamento	177	79,37%
Si Sforamento	46	20,63%
54 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	97	100,00%
No Sforamento	92	94,85%
Si Sforamento	5	5,15%
55 - Endoarteriectomia carotidea	61	100,00%
No Sforamento	46	75,41%
Si Sforamento	15	24,59%
56 - Intervento prote d'anca	52	100,00%
No Sforamento	48	92,31%
Si Sforamento	4	7,69%
58 - Tonsillectomia	48	100,00%
No Sforamento	16	33,33%
Si Sforamento	32	66,67%

Valutando la percentuale di sforamento complessiva delle prestazioni traccianti, si evince che, rispetto alla classe di priorità, il 13,15% delle prestazioni programmate in regime di ricovero ordinario sfora la soglia definita dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002.

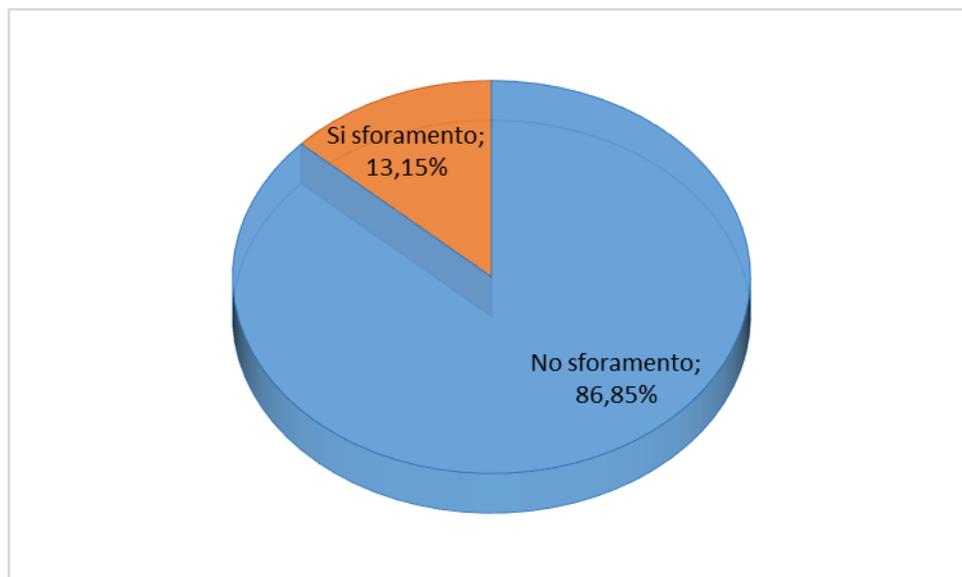


Figura 16: Totale prestazioni traccianti RO

In particolare, maggiore attenzione deve essere dedicata alle prestazioni traccianti in cui viene evidenziato il mancato rispetto della soglia di attesa definita dalla classe di priorità per alcuni casi. Nella tabella seguente vengono riepilogati i casi significativi in tal senso.

Tabella 38: riepilogo sforamento prestazioni traccianti RO

Prestazione	CASI	PERCENTUALE
48 - Riparazione ernia inguinale	67	24,36%
52 - Interventi chirurgici tumore dell'utero	46	16,73%
58 - Tonsillectomia	32	11,64%

Prestazione	CASI	PERCENTUALE
50 - Interventi chirurgici tumore Prostata	26	9,45%
44 – Chemioterapia	21	7,64%
47 – Emorroidectomia	17	6,18%
45 – Coronarografia	15	5,45%
55 - Endoarteriectomia carotidea	15	5,45%
51 - Interventi chirurgici tumore colon retto	14	5,09%
49 - Interventi chirurgici tumore Mammella	12	4,36%
54 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	5	1,82%
56 - Intervento protesi d'anca	4	1,45%
46 - Biopsia percutanea di fegato	1	0,36%
Totale	275	13,00%

Si nota come il maggior numero dei casi con sfioramento si registra per Riparazione ernia inguinale(67 casi, 24,36% sul totale dei casi che sfiorano), Interventi chirurgici tumore dell'utero(46 casi, 16,73% sul totale dei casi che sfiorano), Tonsillectomia (32 casi, 11,64% sul totale dei casi che sfiorano).

– Prestazioni traccianti DH

La ricerca delle prestazioni traccianti in base ai criteri definiti riguarda tutte le procedure (principale, secondaria, etc.). Le Linee Guida considerano esclusivamente le prestazioni erogate in regime di Day Hospital /Day Surgery; i ricoveri considerati sono state estratti dal QUANI secondo i seguenti parametri:

- Regime di ricovero: Day Hospital/Day Surgery
- Data di dimissione compresa nel 2015.

Tabella 39: Tempi di attesa prestazioni traccianti DH

Day Hospital				
Prestazione	N. Casi	Media attesa	Min attesa	Max attesa
44 – Chemioterapia	1.520	13	1	335
45 – Coronarografia	1	1	1	1
46 - Biopsia percutanea di fegato	10	13	4	42
47 – Emorroidectomia	11	12	1	60
48 - Riparazione ernia inguinale	18	27	5	148

I tempi di attesa sono stati calcolati sulla base delle classi di priorità per le prestazioni di ricovero definite nella tabella precedente.

Tabella 40: tempi di attesa in riferimento alle classi di priorità prestazioni traccianti DH/DS

Prestazione	Priorità	N. Casi	Media attesa	Min attesa	Max attesa
Day Hospital					
44 – Chemioterapia	Totale	1.520	13	1	335

Prestazione	Priorità	N. Casi	Media attesa	Min attesa	Max attesa
Day Hospital					
	A	722	9	1	280
	B	6	27	11	70
	D	792	17	1	335
45 – Coronarografia	Totale	1	1	1	1
	A	1	1	1	1
46 - Biopsia percutanea di fegato	Totale	10	13	4	42
	A	7	14	4	42
	D	3	9	4	12
47 – Emorroidectomia	Totale	11	12	1	60
	A	8	15	1	60
	B	2	8	2	13
	D	1	1	1	1
48 - Riparazione ernia inguinale	Totale	18	27	5	148
	A	10	15	7	31
	B	2	28	21	34
	C	5	54	12	148
	D	1	5	5	5

Il tempo intercorso tra data di prenotazione e data di ricovero è stato confrontato con la soglia stabilita in base alla classe di priorità in maniera da definire la % di sfioramento.

Tabella 41: percentuale di sfioramento prestazioni traccianti DH/DS

Prestazione	CASI	PERCENTUALE
44 - Chemioterapia	1.520	100,00%
NO Sforamento	1.509	99,28%
SI Sforamento	11	0,72%
45 - Coronarografia	1	100,00%
NO Sforamento	1	100,00%
46 - Biopsia percutanea di fegato	10	100,00%
NO Sforamento	9	90,00%
SI Sforamento	1	10,00%
47 - Emorroidectomia	11	100,00%
NO Sforamento	10	90,91%
SI Sforamento	1	9,09%
48 - Riparazione ernia inguinale	18	100,00%
NO Sforamento	17	94,44%
SI Sforamento	1	5,56%
Totale complessivo	1.560	100%

Valutando la percentuale di sfioramento complessiva delle prestazioni traccianti, si evince che, rispetto alla classe di priorità, solo l'1% delle prestazioni programmate in regime di DH sfiora la soglia definita dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, mentre il 99% di prestazioni in regime DH/DS sono erogate entro i tempi programmati.

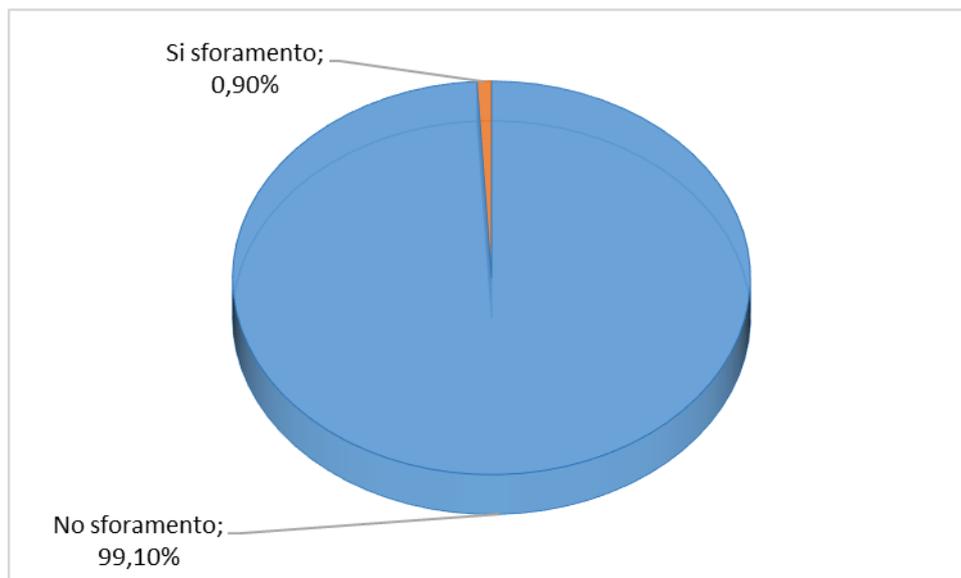


Figura 17: % di sfioramento prestazioni traccianti DH

In particolare il riepilogo delle prestazioni traccianti che sfiorano il tetto definito dalla classe di priorità è definito nella tabella seguente.

Tabella 42: riepilogo sfioramento prestazioni traccianti DH/DS

Prestazione	CASI	Percentuale
46 - Biopsia percutanea di fegato	1	7,14%
44 - Chemioterapia	11	78,57%
47 - Emorroidectomia	1	7,14%
48 - Riparazione ernia inguinale	1	7,14%
Totale	14	100,00%

La prestazione che manifesta un superamento della soglia definita dalla classe di priorità è *Chemioterapia* (11 casi, 78,57% sul totale di quelle che sfiorano).

– **Altre prestazioni**

La valutazione dei tempi di attesa e della percentuale di sfioramento rispetto alla classe di priorità, oltre che per le prestazioni indicate nel DGR 271/2012, è stata estesa anche alle prestazioni erogate in regime di Ricovero Ordinario e DH/DS.

I ricoveri considerati sono state estratti dal QUANI secondo i seguenti parametri:

- Regime di ricovero pari ad Regime Ordinario:
 - Tipo di ricovero uguale a ricovero programmato o programmato con pre-ospedalizzazione
 - Data di dimissione compresa nel 2015
- Regime di ricovero pari a Day Hospital/Day Surgery:
 - Data di dimissione compresa nel 2015.

– **Altre Prestazioni in Ricovero Ordinario**

Per le prestazioni non traccianti in regime di Ricovero Ordinario si rappresentano, nella tabella che segue, i risultati relativi alla valutazione dei tempi di attesa per i primi 50 DRG con maggiore numerosità. Ovviamente tale metodica ha un limite: la descrizione del DRG potrebbe non rappresentare il vero motivo di inserimento in lista di attesa. In particolare, il tempo di attesa considerato è:

- Tempo di attesa ricovero: che rappresenta il tempo intercorso tra la data di prenotazione della prestazione e la data di ricovero;

Tabella 43: tempi di attesa per classi di priorità primi 50 DRG in regime ordinario, ricovero programmato

DRG	N. Casi	Attesa
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	691	53,7
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	579	29,8
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	446	14,5
371-Parto cesareo senza CC	421	25,7
290-Interventi sulla tiroide	389	76,4
316-Insufficienza renale	321	15,2
341-Interventi sul pene	302	100,3
409-Radioterapia	281	35,3
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	271	49,0
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	225	21,6
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	223	48,7
119-Legatura e stripping di vene	202	94,6
158-Interventi su ano e stoma senza CC	202	38,3
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	191	20,7
202-Cirrosi e epatite alcolica	190	21,1
311-Interventi per via transuretrale senza CC	189	46,7
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	186	37,8
037-Interventi sull'orbita	174	76,5
169-Interventi sulla bocca senza CC	173	113,5
300-Malattie endocrine con CC	168	99,1
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	166	14,7
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	154	38,1
450-Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	152	25,1
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	148	68,7
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	144	128,0
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	139	27,9
240-Malattie del tessuto connettivo con CC	132	30,9
301-Malattie endocrine senza CC	129	66,9
296-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	115	24,5
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	113	28,7
286-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	111	34,8
189-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	111	28,0

DRG	N. Casi	Attesa
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	108	23,4
339-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	108	67,1
380-Aborto senza dilatazione e raschiamento	108	7,9
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	104	59,0
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	100	84,2
554-Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	100	24,7
429-Disturbi organici e ritardo mentale	99	32,3
262-Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	99	27,9
241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	98	26,0
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	96	14,2
063-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	94	47,0
360-Interventi su vagina, cervice e vulva	91	46,2
160-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	91	50,5
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	89	28,7
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	85	29,1
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	84	36,6
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	81	28,2
267-Interventi perianali e pilonidali	81	44,9

In base alla definizione delle classi di priorità è stata definita la percentuale di sfioramento. In particolare nella tabella in Appendice (tabella% di sfioramento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG in regime ordinario- ricovero programmato) sono indicate le percentuali di sfioramento relativamente ai primi 30 DRG in Ricovero Ordinario, mentre nella successiva tabella sono rilevati i primi DRG principali per numerosità di casi con sfioramento della soglia definita dalla classe di priorità (vedi tabella Appendice *Primi DRG con maggior numero di casi con sfioramento soglia classe priorità*).

– **Altre Prestazioni in Regime DH/DS**

I tempi di attesa per i primi 50 DRG erogati in regime di Day Hospital/Day Surgery sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 44: tempi di attesa per classi di priorità i primi 50 DRG DH/DS

DRG_descrizione	n. CASI	Media Attesa (gg.)
316-Insufficienza renale	2.898	21,0
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.638	13,6
013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.613	16,3
047-Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.068	56,5
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	910	45,7

DRG_descrizione	n. CASI	Media Attesa (gg.)
301-Malattie endocrine senza CC	830	81,3
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	736	43,1
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	712	12,6
169-Interventi sulla bocca senza CC	675	76,4
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	650	11,5
184-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	595	41,8
429-Disturbi organici e ritardo mentale	561	49,8
294-Diabete, età > 35 anni	546	15,5
241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	518	45,2
390-Neonati con altre affezioni significative	508	29,2
297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	478	43,0
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	459	40,3
295-Diabete, età < 36 anni	451	44,4
134-Ipertensione	441	37,8
461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	417	269,1
040-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	408	63,1
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	402	38,9
299-Difetti congeniti del metabolismo	395	56,1
399-Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	385	19,1
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	377	33,5
323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	369	53,3
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	330	15,8
284-Malattie minori della pelle senza CC	325	33,1
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	321	52,4
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	320	29,9
206-Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	305	52,7
187-Estrazioni e riparazioni dentali	305	85,4
409-Radioterapia	295	27,8
384-Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	277	14,0
563-Convulsioni, età > 17 anni senza CC	266	36,5
490-H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	255	56,6
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	255	27,9
397-Disturbi della coagulazione	246	27,6
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	241	51,0
035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	241	59,6

DRG_descrizione	n. CASI	Media Attesa (gg.)
300-Malattie endocrine con CC	233	106,4
296-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	222	31,2
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	219	21,2
243-Affezioni mediche del dorso	208	51,0
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	195	73,0
369-Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	192	62,6
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	188	33,6
402-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	188	11,2
073-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	186	29,9
245-Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	172	69,8

In base alla definizione delle classi di priorità è stata definita la percentuale di sforamento. In particolare nelle tabelle in Appendice sono indicate le percentuali di sforamento relativamente ai primi 30 DRG in regime di Day Hospital/Day Surgery (vedi tabella *% di sforamento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG DH/DS*), mentre nella tabella successiva sono rilevati i primi DRG per numerosità di casi con sforamento della soglia definita dalla classe di priorità (vedi tabella *Primi DRG con maggior numero di casi con sforamento soglia classe priorità*)

1.3.2.1 Mobilità passiva e tempi di attesa

La mobilità passiva (extra-regione) per i ricoveri ordinari viene calcolata considerando la distribuzione dei primi 50 DRG rilevati tra i ricoveri per acuti per numerosità. Partendo dai dati dei ricoveri programmati in regime ordinario per l'AOU Federico II, sono stati calcolati i tempi di attesa medi. I risultati sono riportati nella tabella seguente.

MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONE REGIME ORDINARIO		Ricoveri Programmati	
DRG_descrizione	N. casi	CASI	Attesa Media (gg.)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2041	105	59,0
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1586	50	59,4
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1456	447	14,5
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	1068	81	28,2
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	892	15	32,7
225-Interventi sul piede	782	36	94,3
290-Interventi sulla tiroide	761	389	76,4
127-Insufficienza cardiaca e shock	650	81	15,5
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	636	113	28,7
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	599	18	57,8
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	576	96	14,2
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	535	33	46,1
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	525	579	29,8
391-Neonato normale	503		
316-Insufficienza renale	489	321	15,2
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	486	691	53,7
311-Interventi per via transuretrale senza CC	472	189	46,7
042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	464	45	29,5
518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	457	15	25,0
409-Radioterapia	452	281	35,3
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	451	166	14,7
002-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	450	79	27,1
430-Psicosi	446	60	18,9
009-Malattie e traumatismi del midollo spinale	438	3	21,7
035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	431	53	31,4
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	427	28	14,5
431-Disturbi mentali dell'infanzia	426	18	30,3
026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	397	26	23,3
288-Interventi per obesità	394	81	164,7
498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	390	6	39,8
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	387	144	128,0
075-Interventi maggiori sul torace	387	1	7,0
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	385	11	55,1
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	381	5	15,4
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	375	9	21,7
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	368	9	19,4
371-Parto cesareo senza CC	360	421	25,7
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	355	6	85,7
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	351	223	48,7
202-Cirrosi e epatite alcolica	340	190	21,1
145-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	329	41	11,7
234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	328	51	38,2
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	327	42	20,7
036-Interventi sulla retina	324	10	21,5
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	322		
305-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	310	54	46,9
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	309	73	9,3
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	302		
144-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	299	44	15,5

Dall'analisi dei dati si evince che per alcuni DRG ad un numero elevato di casi in fuga corrisponde anche un tempo di attesa relativamente alto.

In particolare, in tale situazione ritroviamo:

- 544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
- 256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- 225-Interventi sul piede
- 290-Interventi sulla tiroide
- 503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione

- 359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
- 311-Interventi per via transuretrale senza CC
- 288-Interventi per obesità
- 055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- 224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
- 297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC
- 053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni

Nella tabella seguente, sono riportati sia il numero di casi in mobilità passiva che la media di attesa AOU Federico II rilevata in regime ordinario.

MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONE REGIME ORDINARIO			Ricoveri Programmati AOU FEDERICO II- Regime Ordinario	
DRG_descrizione	N. casi	Rimborso	CASI	Attesa Media (gg.)
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2041	19.522.369	105	59,0
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1586	6.586.885	50	59,4
225-Interventi sul piede	782	1.751.768	36	94,3
290-Interventi sulla tiroide	761	1.945.540	389	76,4
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	599	1.010.330	18	57,8
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	486	1.223.413	691	53,7
311-Interventi per via transuretrale senza CC	472	1.003.604	189	46,7
288-Interventi per obesità	394	1.581.025	81	164,7
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	387	630.026	144	128,0
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	355	695.464	6	85,7
297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	242	616.096	42	107,4
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	230	508.994	101	84,2



Il 13,15% delle prestazioni programmate in regime di ricovero ordinario e l'1% delle prestazioni programmate in regime di DH/DS sfora la soglia definita dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002.

1.4 ANALISI DELLA DOTAZIONE ORGANICA, FABBISOGNO DI PERSONALE NECESSARIA PER GARANTIRE I TARGET DI ATTIVITÀ E BENCHMARKING

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'AOU definita:

- in base agli artt. 2 e 3 del vigente Protocollo d'intesa Regione/Università;
- in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca;
- del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016 - 2018 ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 67 del 14/07/2016.

Per la determinazione del fabbisogno di dotazione organica si è proceduto utilizzando due strumenti:

- il primo è relativo all'applicazione delle indicazioni contenute nel DCA n. 67/2016, per addivenire ad un organico rispettoso dei vincoli posti dalla L. 161/2014;
- il secondo è relativo all'utilizzo dello strumento del benchmarking, quale tecnica che consente di misurare e confrontare le risorse a disposizione delle strutture analizzate, oltre che delle indicazioni nazionali e regionali relative a standard e requisiti da rispettare nell'assistenza ospedaliera.

Per evitare la procedura di infrazione europea con la L. 161/2014 il Parlamento ha ripristinato il diritto comunitario su orari e riposi. La legge detta indicazioni precise sul rispetto dei diritti dei lavoratori, precisando che le regioni devono garantire i servizi *"attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili"*, prevedendo *"appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari"*. L'attuale situazione di carenza di personale e il perdurare del blocco del turn over comportano la necessità di "sperimentare" turni di lavoro che mettono a dura prova il personale dipendente, considerando anche che il contenimento della spesa per il personale ha determinato una notevolmente riduzione dell'organico ed ha fortemente compresso gli spazi di gestione in sede di contrattazione aziendale. L'adeguamento della consistenza dell'organico e la rimodulazione dell'organizzazione del lavoro rappresentano le leve concrete sulle quali agire per far fronte alle criticità fin qui rappresentate, anche al fine di evitare impatti negativi sulla qualità dei servizi e sulla vita delle lavoratrici e dei lavoratori che rappresentiamo.

Pertanto, la determinazione del fabbisogno di personale è stata svolta attraverso le seguenti fasi:

1. mappatura delle risorse umane al 21/09/2016;
2. previsioni di dotazione organica al 2018 alla luce delle cessazioni di rapporto nel triennio 2016 - 2018;
3. determinazione del fabbisogno standard di organico ai sensi del DCA n. 67 del 14/07/2016;
4. determinazione del fabbisogno di organico in funzione all'analisi di benchmarking.

1.4.1 Mappatura delle risorse umane al 21/09/2016 e trend 2016/2018

La rilevazione del personale di ruolo e non, aggiornato al 21/09/2016 dell'AOU è stata articolata in undici profili professionali di seguito elencati:

1. Dirigenti medici
2. Infermieri
3. OSS
4. Ostetriche
5. Dirigente sanitario non medico: Farmacisti
6. Dirigente sanitario non medico: Biologi, chimici, fisici, psicologi
7. Tecnici sanitari
8. Personale della riabilitazione
9. Altro personale ruolo tecnico
10. Ruolo professionale
11. Ruolo amministrativo

La rilevazione della dotazione organica aziendale è stata effettuata con riferimento al computo del numero di "persone" (teste) in servizio e all'equivalenza dello stesso rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore (metodologia full time equivalent - FTE). Tale metodologia FTE è particolarmente significativa nel caso dell'AOU Federico II in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore il cui debito orario assistenziale è stato fissato, con Decreto Rettorale, in n. 26/22 ore settimanali. Di seguito si riporta la situazione della dotazione organica aziendale al 21.09.2016 in cui se ne evidenzia la composizione in termini di profilo professionale:

Tabella 45 - Dotazione organica al 21/09/2016 per profilo professionale

Profilo professionale	Organico al 21/09/2016 Teste	Organico al 21/09/2016 (FTE)
Dirigenti medici	867	633,5
Infermieri	783	782,2
OSS	130	130
Ostetriche	28	28
Dirigente sanitario non medico: Farmacisti	16	13,2
Dirigente sanitario non medico: biologi, chimici, fisici, psicologi	152	128,2
Tecnici sanitari	116	115,1
Personale della riabilitazione	29	27,4
Altro personale ruolo tecnico	122	122,4
Ruolo professionale	8	7,3
Ruolo amministrativo	218	217,3
TOTALE	2469	2204,6

La dotazione organica al 21/09/2016 è stata analizzata anche dal punto di vista delle varie tipologie contrattuali di seguito rappresentate:

Tipologia contrattuale	FTE al 21/09/2016	% FTE su totale
Pers. Universitario	1203,5	55%
Pers. Aziendale	136	6%
EP	153	7%
Specialisti Ambulatoriali	101,8	5%
Contrattisti Aziendali	133,4	6%

Tipologia contrattuale	FTE al 21/09/2016	% FTE su totale
Contrattisti Linee Progettuali	114,4	5%
Convenzionati	45,4	2%
Comandati	200,1	9%
Interinali	117	5%
TOTALE	2204,6	100%

Tabella 46 - Dotazione organica al 21/09/2016 per tipologia contrattuale

Le variazioni di dotazione organica dovuta ai pensionamenti dal 21/09/2016 al 31/12/2018 sono così dettagliate per ciascun profilo professionale sopra descritto:

Profilo professionale	Anno	Pensionamenti Teste	Pensionamenti FTE
Dirigenti medici	31.12.2016	5	3,4
	31.12.2017	18	12,5
	31.12.2018	27	23,8
Infermieri	31.12.2016	14	14
	31.12.2017	46	46
	31.12.2018	35	35,1
OSS	31.12.2016	-	-
	31.12.2017	11	11
	31.12.2018	5	5
Ostetriche	31.12.2016	1	1
	31.12.2017	3	3
	31.12.2018	1	1
Dirigente sanitario non medico: Farmacisti	31.12.2016	-	-
	31.12.2017	-	-
	31.12.2018	1	1
Dirigente sanitario non medico: biologi, chimici, fisici, psicologi	31.12.2016	-	-
	31.12.2017	7	6,4
	31.12.2018	9	8,7
Tecnici sanitari	31.12.2016	3	3
	31.12.2017	5	5
	31.12.2018	4	4
Personale della riabilitazione	31.12.2016	-	-
	31.12.2017	-	-
	31.12.2018	-	-
Altro personale ruolo tecnico	31.12.2016	5	5
	31.12.2017	10	10,1
	31.12.2018	10	10,1
Ruolo professionale	31.12.2016	1	1
	31.12.2017	1	1
	31.12.2018	-	-
Ruolo amministrativo	31.12.2016	3	3,1

Profilo professionale	Anno	Pensionamenti Teste	Pensionamenti FTE
	31.12.2017	18	18,2
	31.12.2018	15	15,1

Tabella 47 - Pensionamenti al 31/12/2018

Pertanto, partendo da una dotazione organica di 2.204,6 FTE al 21/09/2016, le previsioni di dotazione nel triennio 2016-2018 saranno le seguenti:

Triennio 2016-2018	Dotazione iniziale al 21/09/2016 FTE	Pensionamenti FTE	Dotazione finale FTE
21/09-31/12/2016	2.204,6	30,5	2.174,1
31/12/2017	2.174,1	113,2	2.060,9
31/12/2018	2.060,9	103,8	1.957,1

Tabella 48 - Trend dotazione organica/pensionamenti triennio 2016 – 2018

1.4.2 Determinazione del fabbisogno standard di organico ai sensi del DCA n. 67 del 14/07/2016

Il DCA n. 67 del 14/07/2016 pubblicato sul BURC n. 54 del 08/08/2016 ha fornito un quadro di sintesi in merito alla metodologia da adoperare al fine di pervenire alla determinazione delle dotazioni organiche all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Campania in applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016 che, espressamente, recita "(...) le Regioni e le Province autonome predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161".

Con specifico riferimento all'AOU Federico II, si è provveduto a determinare il fabbisogno di organico, applicando il richiamato DCA n. 67, in relazione sia ad una dotazione di 829 Posti Letto suddivisi per discipline, così come previsto dal Protocollo di Intesa approvato con Decreto n. 48 del 10.06.2016, sia con riferimento ad una dotazione di 904 posti letto, così come da proposta elaborata dall'Azienda ai sensi del c.4, art. 2 del vigente Protocollo d'intesa. La determinazione del fabbisogno di organico prevista dal DCA n. 67 si basa sui seguenti parametri:

- a) Il numero di **Dirigenti Medici, Infermieri ed OSS** è determinato applicando specifici indici al numero di posti letto previsti per ciascuna disciplina. Relativamente alle singole discipline di degenza appartenenti ai cluster di Specialità di base medica a larga diffusione, Specialità di base chirurgica a larga diffusione, Specialità ad elevata assistenza e Terapia intensiva e subintensiva, si è ipotizzato che debbano assicurare un servizio h24, per tanto la dotazione standard calcolata deve essere integrata del numero di unità necessario a raggiungere il **numero minimo di 6 dirigenti** ed il numero minimo di **12 infermieri**;
- b) Per i **Servizi clinici diagnostici e terapeutici** (es. UUOO di anatomia patologica, patologia clinica, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, medicina trasfusionale, ecc) che non

- dispongono di posti letto e per i Servizi di Staff ed igienico-organizzativi, la dotazione standard viene determinata nei seguenti limiti:
- **Dirigenti medici: 40%** della dotazione standard di personale medico complessivo calcolata per le aree di degenza a livello aziendale;
 - **Personale infermieristico: 25%** della dotazione standard di personale infermieristico complessiva calcolata per le aree di degenza a livello aziendale;
 - **OSS:** una maggiorazione complessiva del 10% rispetto alla dotazione organica di personale OSS delle discipline di degenza; con riferimento alla dotazione standard di personale Ostetrico, la Regione ha ritenuto opportuno fissare per ogni unità operativa di ostetricia e ginecologia uno standard pari a 10 unità di personale;
- c) Per quanto riguarda le attività di **sala operatoria**, la stima del fabbisogno di personale deve prevedere un dirigente medico anestesista per sala operatoria e per turno operatorio;
- d) Relativamente alle altre tipologie di profilo professionale, il DCA n. 67 prevede i seguenti parametri:
- | | |
|---|---|
| - Farmacisti | 4% dei dirigenti medici (*) |
| - Biologi, chimici, fisici, psicologi | 7% dei dirigenti medici (*) |
| - Tecnici sanitari | 20% degli infermieri (*) |
| - Personale della riabilitazione | 5% degli infermieri (*) |
| - Altro personale ruolo tecnico sanitario | 6% del fabbisogno di ruolo sanitario |
| - Ruolo professionale sanitario | 0,5% del fabbisogno di ruolo sanitario |
| - Ruolo amministrativo sanitario, tecnico e professionale | 11% del fabbisogno ruolo sanitario, tecnico e professionale |

Criticità dell'AOU Federico II

Come si evince dai parametri su esposti, la base di partenza per il calcolo del fabbisogno standard è la determinazione del numero di Dirigenti Medici, personale infermieristico ed OSS. Sebbene il DCA n. 67 preveda che la determinazione del fabbisogno di dette figure professionali avvenga applicando specifici indici al numero di posti letto previsti per disciplina, nel corso dell'elaborazione dell'analisi che segue si è ritenuto assumere, quale dato di base di fabbisogno di Dirigenti medici, personale infermieristico ed OSS, le risultanze di apposite valutazioni condotte in funzione della dislocazione logistica dei vari reparti assistenziali, anche su più piani e/o edifici, considerata la struttura multi blocco della AOU Federico II.

Risultanze del calcolo del fabbisogno standard in relazione a n. 829 Posti Letto

Alla luce delle considerazioni sopra descritte, di seguito si riportano le risultanze del calcolo effettuato:

FABBISOGNO IN APPICAZIONE DEL DCA 67/2016 PER 829 POSTI LETTO						
Discipline		PL da Prot. Intesa Decreto n. 48/2016	Pers. medico	Pers. infermieristico	OSS	Ostetriche
26	Medicina generale	70				
8	Cardiologia	14	8	12	3	
7	Cardiochirurgia	14	8	12	3	
6	Cardiochirurgia infantile					
9	Chirurgia Generale	102				
	Chirurgia generale e d'urgenza	17	8	12	4	
	Chirurgia generale e mininvasiva	17	8	12	3	
	Chirurgia generale pre e post trapianto	17	8	12	4	
	Chirurgia generale	17	8	12	2	
	Chirurgia generale	17	8	12	2	
	Chirurgia generale	17	8	12	2	
13	Chirurgia toracica	4	8	12	1	
14	Chirurgia vascolare	12	8	12	2	
12	Chirurgia plastica	9	8	12	2	
29 - 78	Nefrologia e trapianto renale	32	8	15	5	
	Stroke unite e rete vascolare		8	12	0	
19	Endocrinologia (Malattie endocrine e ricambio della nutrizione)	14	8	12	3	
58	Gastroenterologia ed epatologia	22	8	12	4	
	Endoscopia digestiva chirurgica (Piastra endoscopica)		8	12	3	
25	Medicina del lavoro e sorveglianza sanitaria	2	-	-	-	
	Medicina clinica		8	12	6	
	Area centralizzata di medicina interna e nutrizione clinica		0	0	1	
52	Dermatologia clinica	18	8	12	2	
18	Ematologia e trapianti di midollo	20	10	12	4	
	DH Onco-ematologico				4	
24	Malattie infettive (e tropicali)	20	8	12	3	
	Medicina interna		8	12	5	

FABBISOGNO IN APPLICAZIONE DEL DCA 67/2016 PER 829 POSTI LETTO

Discipline		PL da Prot. Intesa Decreto n. 48/2016	Pers. medico	Pers. infermieristico	OSS	Ostetriche
	Medicina interna e riabilitazione cardiologica		8	12	5	
21	Geriatría e fibrosi cistica dell'adulto	10	8	12	4	
	Anestesia generale, specialistica di urologia e chirurgia generale		26	42	14	
	Clinica neurologica		8	12	4	
32	Neurologia	24				
	Stroke unit neurologia		8	12	1	
	Pronto soccorso H24		8	12	6	
33	Neuropsichiatria infantile	0	8	12	2	
11	Chirurgia pediatrica	10	8	12	3	
62	Neonatologia	18	12	20	3,6	
10	Chirurgia maxillo facciale	20	8	12	4	
30	Neurochirurgia	20	11	18	4	
2	Day Hospital	0	-	144	72	
93	Day Surgery	0	-	-	-	
97	Detenuti	0	-	-	-	
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	0	-	-	-	
47	Grandi ustionati	0	-	-	-	
51	Medicina d'urgenza	0	-	-	-	
77	Nefrologia pediatrica	0	-	-	-	
76	Neurochirurgia pediatrica	0	-	-	-	
104	Neuroradiologia	0	-	-	-	
34	Oculistica (Oftalmologia)	16	8	12	3	
35	Odontoiatria (e stomatologia)	10	8	12	2	
65	Oncoematologia pediatrica	0	-	-	-	
64	Oncologia medica	30	8	13	3	
36	Ortopedia e traumatologia	24	8	12	5	
37	Ostetricia e ginecologia	100	8	12	7	10
37	Ostetricia e ginecologia		8	12	7	10
37	Ostetricia e ginecologia		8	12	7	10

FABBISOGNO IN APPLICAZIONE DEL DCA 67/2016 PER 829 POSTI LETTO

Discipline		PL da Prot. Intesa Decreto n. 48/2016	Pers. medico	Pers. infermieristico	OSS	Ostetriche
	Ostetricia e ginecologia	0	6	14	-	
38	Otorinolaringoiatria	14	8	12	3	
39	Pediatria generale	30	8	17	6	
39	Pediatria generale	30	8	17	6	
68	Pneumologia	0	-	-	-	
40	Psichiatria e psicofarmacoresistenza	18	8	12	2	
71	Reumatologia	10	-	-	1	
99	Terapia del dolore (con degenza)	0	8	12	-	
49	Terapia intensiva post operatoria	14	8	12	4	
73	Terapia intensiva neonatale TIN	21	39	63	21	
50	Unità coronarica (UTIC)	8	15	24	8	
	UTIC cardiocirurgia		6	14	-	
43	Urologia	24	8	12	5	
78	Urologia pediatrica	18	-	-	-	
	Discipline senza posti letto					
1	Allergologia					
111	Dieteticabetologia					
112	Direzione sanitaria di presidio					
54	Emodialisi					
8	Emodinamica solo come UOS					
105	Farmacia ospedaliera					
108	Fisica sanitaria					
110	Genetica medica					
20	Immunologia e centro trapianti					
106	Laboratorio analisi					
107	Microbiologia e virologia					
69	Radiologia					
	Immunoematologia e medicina trasfusionale					
102	Terapia del dolore senza PL					

FABBISOGNO IN APPLICAZIONE DEL DCA 67/2016 PER 829 POSTI LETTO						
Discipline		PL da Prot. Intesa Decreto n. 48/2016	Pers. medico	Pers. infermieristico	OSS	Ostetriche
61	Medicina nucleare e medicina dello sport				1	
74	Radioterapia e terapia metabolica		8	12		
42	Tossicologia					
	Patologia clinica		188	233	21	
	Radiodiagnostica					
	Medicina nucleare					
	Servizi clinici diagnostici e terapeutici					
3	Anatomia ed istologia patologica (Anatomia patologica)					
	Radioterapia					
109	Servizio trasfusionale (Medicina trasfusionale)					
	Blocco operatorio 2		2	4		
	Blocco operatorio 5		8	16		
	Blocco operatorio 7		8	16		
	Blocco operatorio 9		9	18		
	Blocco operatorio 11		2	4		
	Blocco operatorio 12		6	12		
	Blocco operatorio 13		2	4		
	Blocco operatorio 14		4	8		
	Blocco operatorio 15		4	8		
	Blocco operatorio 16		6	12		
28	Unità spinale					
55	Recupero e riabilitazione funzionale	7				
60	Lungodegenti					
75	Neuro riabilitazione					
	TOTALE	829	708	1.216	303	30

Tabella 49 - Fabbisogno standard per n. 829 PL in applicazione DCA n. 67/2016

RIEPILOGO

a	Dirigenti medici	708
b	Infermieri	1216
c	OSS	303
d	Ostetriche	30
e	Farmacisti (4% dei dirigenti medici)	28
f	Biologi, chimici, fisici, psicologi (7% dei dirigenti medici)	50
g	Tecnici sanitari (20% degli infermieri)	243
h	Personale della riabilitazione (5% degli infermieri)	61
i	Fabbisogno standard personale ruolo sanitario	
l	Altro personale ruolo tecnico (6% di i)	158
m	Ruolo professionale (0,5% di i)	13
n	Ruolo amministrativo (11% di i + l + m)	309

TOTALE GENERALE fabbisogno standard per 829 PL	3119
---	-------------

Tabella 50 - Riepilogo fabbisogno standard per n. 829 PL_DCA n. 67/2016

Risultanze del calcolo del fabbisogno standard in relazione a n. 904 Posti Letto

Nell'ipotesi di n. 904 posti letto attivi, le risultanze del fabbisogno standard di organico sono di seguito riepilogate precisando che il calcolo del fabbisogno standard a 904 posti letto è stato effettuato esclusivamente in misura proporzionale al fabbisogno standard valutato su 829 Posti Letto.

RIEPILOGO del fabbisogno standard 829 PL vs 904 PL			Dotazione al 21/09/2016	
	829 PL	904 PL		
a	Dirigenti medici	708	779	633,5
b	Infermieri	1216	1299	782,2
c	OSS	303	327	130
d	Ostetriche	30	30	28
e	Farmacisti (4% dei dirigenti medici)	28	31	13,2
f	Biologi, chimici, fisici, psicologi (7% dei dirigenti medici)	50	55	128,2
g	Tecnici sanitari (20% degli infermieri)	243	260	115,1
h	Personale della riabilitazione (5% degli infermieri)	61	65	27,4
i	Fabbisogno standard personale ruolo sanitario	2638	2846	
l	Altro personale ruolo tecnico (6% di i)	158	171	122,4
m	Ruolo professionale (0,5% di i)	13	14	7,3
n	Ruolo amministrativo (11% di i + l + m)	309	333	217,3
TOTALE GENERALE (FTE)		3119	3364	2204,6

Tabella 51 - Confronto fabbisogno standard in relazione a n. 904 PL e a n. 829 PL

L'analisi sin qui condotta evidenzia un fabbisogno di organico di 3.119 FTE per garantire l'assistenza relativa a 829 Posti Letto previsti dal Protocollo di Intesa tra Regione Campania e Università Federico II approvato con DCA n. 48 del 10.06.2016. Pertanto, si stima una carenza di personale pari a 914,40 FTE. Il fabbisogno di personale si eleva a 3.364 FTE nel caso di 904 posti determinando una carenza di organico di 1.159,40 FTE. Per coprire tale carenza e procedere quindi al reclutamento delle 1159 unità, sarebbe necessario un finanziamento annuo superiore ai 50 milioni di euro; inoltre, considerata l'attuale configurazione della dotazione organica operante presso l'Aou, sarebbe altresì indispensabile regolamentare le numerose forme di lavoro atipico presenti che, allo stato, coinvolgono 610,3 FTE.

1.4.3 Analisi di benchmarking

La determinazione del fabbisogno di organico condotta secondo i criteri proposti dal DCA n. 67/2016 è stata oggetto di un ulteriore approfondimento attraverso la metodologia del benchmarking, allo scopo di determinare la posizione aziendale rispetto ad altre aziende ospedaliere italiane simili sia per configurazione giuridica, gestionale e organizzativa, sia per dotazione di posti letto.

Il confronto è avvenuto a due livelli:

- livello aggregato aziendale, sul totale dotazione organica;
- livello di maggiore dettaglio, su profili professionali e su profili giuridici.

Il benchmarking a livello aggregato è stato condotto rispetto alle seguenti aziende:

- Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - Genova
- AOU Careggi - Firenze
- AOU S.M. della Misericordia - Udine
- Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle - Cuneo

L'analisi ha avuto ad oggetto il confronto del rapporto dotazione organica/posti letto, sulla base dei dati estratti dalla documentazione presente sui siti internet delle aziende considerate. Dal benchmarking emerge, per l'AOU Federico II, un rapporto dotazione organica/posti letto più basso rispetto alle aziende considerate.

AOU	D.Organica (Teste)	PL	D. Organica /PL
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - Genova (2014)	1787	458	3,90
AOU Careggi - Firenze (2014)	5834	1442	4,05
AOU S.M. della Misericordia - Udine (2013)	3845	1096	3,51
Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle - Cuneo (2015)	2309	681	3,39
AOU Federico II - Napoli (09/2016)	2469	936	2,64
Media D.Organica/PL			3,71

Tabella 52 - Benchmarking rapporto Dotazione Organica su Posti Letto

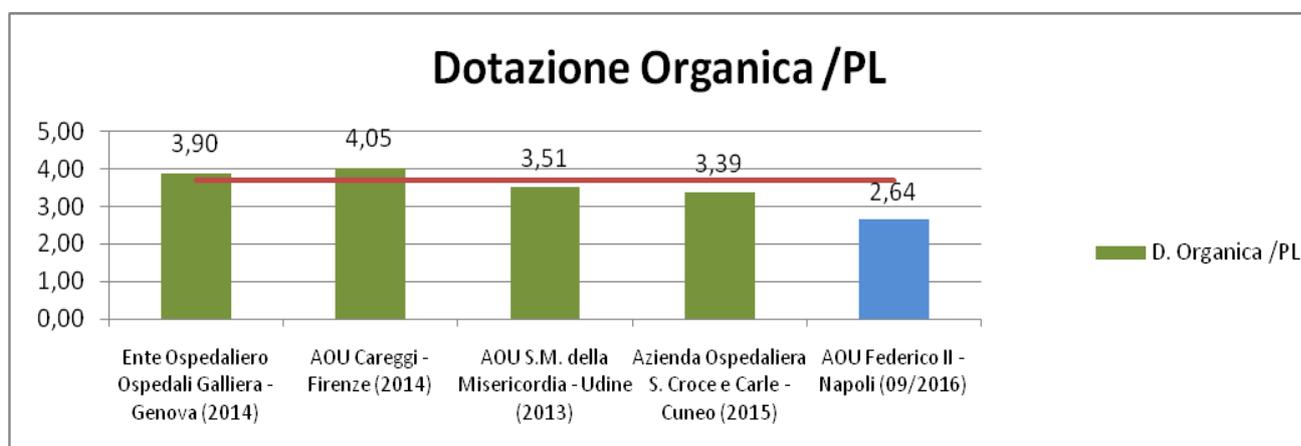


Figura 18 - Dotazione Organica/Posti Letto

L'analisi è stata approfondita mediante il confronto della composizione della dotazione organica per profilo professionale tra l'AOU Federico II e l'AOU Santa Maria della Misericordia di Udine. Da tale analisi è emerso quanto segue:

	AOU Santa Maria della Misericordia di Udine (2014)	% su totale	AOU Federico II (2016)	% su totale	Scostamento tra % AOU Federico II e AOU Santa Maria della Misericordia Udine
DIRIGENTI NON MEDICI (SSNA)					
CAT. DIR. RUOLO PROFESSIONALE (SSNA)	6	0,16%	-	0,00%	-0,2%
CAT. DIR. RUOLO TECNICO (SSNA)	5	0,13%	-	0,00%	-0,1%
CAT. DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO (SSNA)	8	0,21%	-	0,00%	-0,2%
PERSONALE NON DIRIGENTE (SSNA)					
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO (SSNA)	1524	40,67%	811	32,85%	-7,8%
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO (SSNA)	340	9,07%	116	4,70%	-4,4%
CAT. PROFILI RUOLO TECNICO (SSNA)	285	7,61%	122	4,94%	-2,7%
CAT. PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO (SSNA)	298	7,95%	218	8,83%	0,9%
CAT. PROFILI RUOLO PROFESSIONALE (SSNA)		0,00%	8	0,32%	0,3%
PERSONALE ASSISTENZA	610	16,28%	130	5,27%	-11,0%
ASSISTENTE RELIGIOSO	3	0,08%	-	0,00%	-0,1%
Totale Parziale	3079	100%	1405	100%	
Totale Organico	3747	100%	2469	100%	

Tabella 53 - Composizione dotazione organica AOU Federico II e AOU SMM di Udine

Il benchmarking di cui alla Tabella precedente conferma il dato precedente, ovvero l'impiego, nell'AOU Federico II, di un numero minore di personale, anche in relazione ai singoli profili professionali, e per ciascun ruolo una più bassa percentuale di impiego rispetto al totale organico.

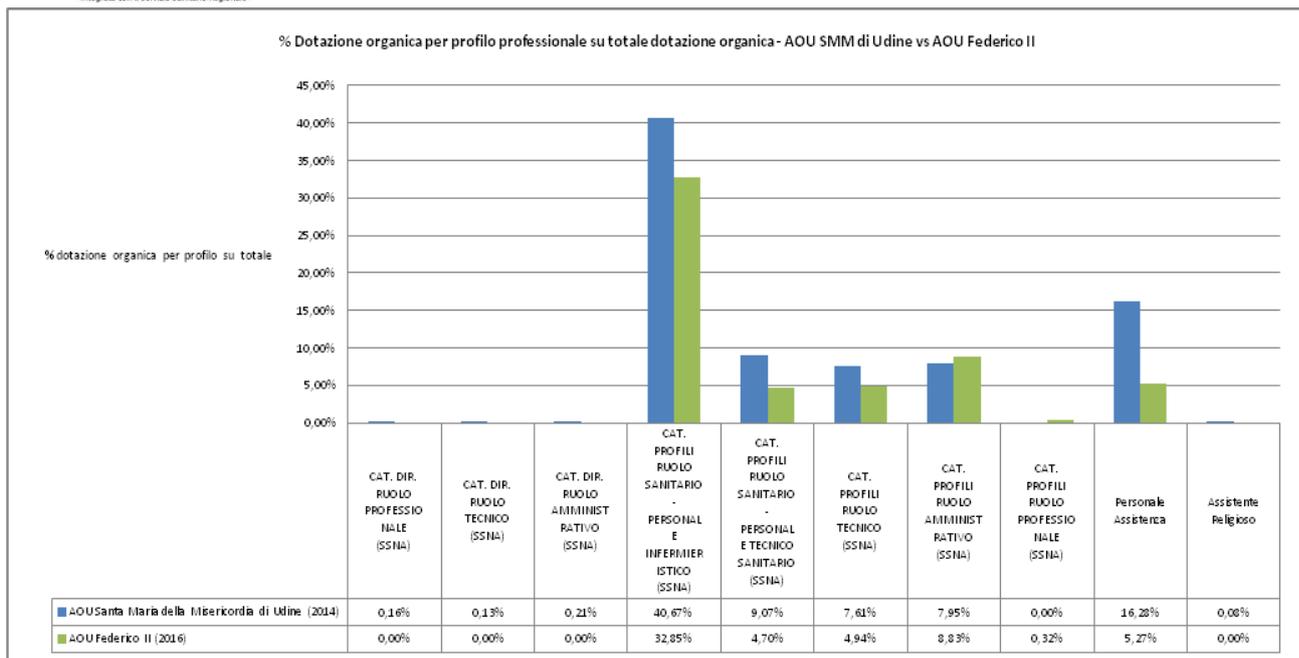


Figura 19: % dotazione organica per profilo professionale sul totale dotazione organica

Per quanto attiene alla composizione della tipologia contrattuale si è fatto riferimento ad un maggior numero di aziende target, come si evince dalla figura precedente che rappresenta la composizione del personale aziendale, in termini assoluti e percentuali. In relazione ai dati comunicati dalle aziende al MEF, si evidenzia una più rilevante situazione di carenza di organico. Nell'AOU Federico II, rispetto alle altre aziende, il personale strutturato a carico dell'azienda rappresenta una minima percentuale (4,9%) rispetto al totale azienda, mentre un numero maggiore di personale (92,8%) risulta essere Personale Universitario a parziale carico aziendale o reclutato secondo altre modalità contrattuali. In considerazione del dato rilevato per le AOU target, tale situazione è da ricondurre oltre che alla natura giuridica della azienda, soprattutto alla impossibilità di avviare procedure concorsuali per le assunzioni.

Tabella 54: Benchmarking composizione della tipologia contrattuale anno 2014

Rapporto contrattuale	AOU "POLICLINICO - V. EMANUELE"		FONDAZIONE PTV - POLICLINICO DI TOR VERGATA		AOU CAGLIARI		AOU SASSARI		AOU POLICLINICO "G.MARTINO" MESSINA		AOU POLICLINICO "P.GIACCONE" PALERMO		AOU FEDERICO II NAPOLI		UMBERTO I POLICLINICO ROMA	
		%		%		%		%		%		%		%		%
Personale stabile	2.769	96,2%	1.079	96,9%	1.346	73,9%	1.012	70,7%	1.169	56,1%	637	29,5%	88	4,9%	1.722	38,1%
Tempo Determinato	102	3,5%	34	3,0%	70	3,8%	235	16,4%	111	5,3%	389,34	18,0%	0	0,0%	174	3,9%
Interinale	0	0,0%	0	0,0%	27	1,5%	11	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	41	2,3%	0	0,0%
Altro personale esterno (convenzioni / comando)	7	0,2%	1	0,1%	378	20,8%	173	12,1%	805	38,6%	1134	52,5%	1665	92,8%	2.622	58,0%
Totale comunicato	2.878		1.114		1.821		1.431		2.085		2.160		1.794		4.518	

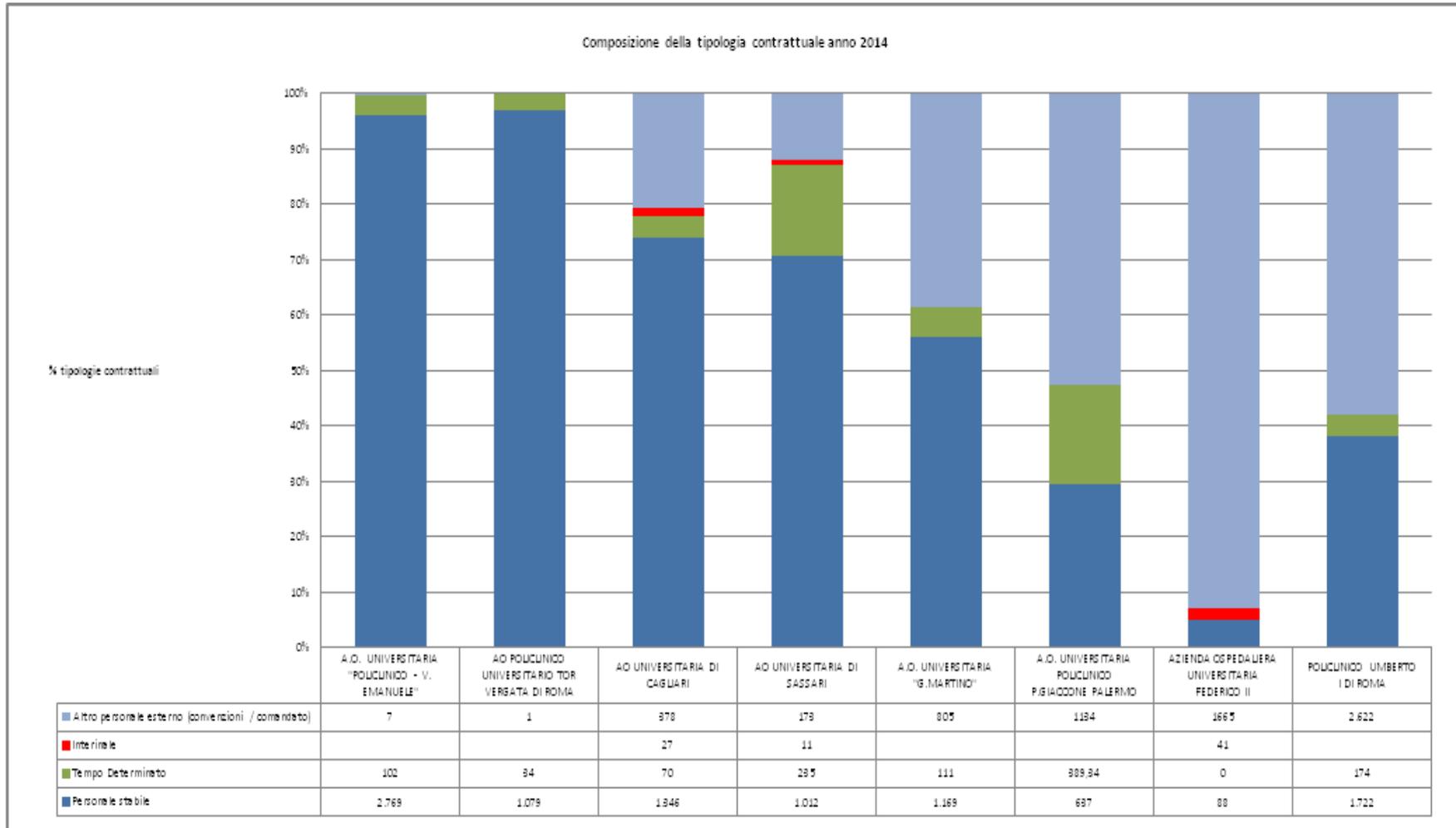


Figura 20: Composizione della tipologia contrattuale anno 2014

L'analisi dei costi del personale conferma il minor impiego di personale strutturato presso l'AOU Federico II ed un maggiore impiego di Personale Universitario o reperito attraverso altre modalità contrattuali.

Infatti, per l'anno 2014, le voci di spesa per il personale risultano dettagliate come segue:

1. Retribuzioni lorde lavoratori a tempo indeterminato, determinato ed in formazione lavoro - A euro 6.907.385
2. Somme rimborsate ad Amministrazioni per spese personale comandato - D euro 82.661.239
3. Oneri per Personale estraneo all'Amministrazione - L euro 10.781.871

Nelle aziende target, invece, si realizza una situazione inversa con un maggior costo del personale di cui alla voce al punto 1.

Voce di Spesa	AOU "POLICLINICO - V. EMANUELE" CATANIA Importo	AOU POLICLINICO "G.MARTINO" MESSINA Importo	AOU POLICLINICO "P.GIACCONI" PALERMO Importo	FONDAZIONE PTV - POLICLINICO DI TOR VERGATA Importo	AOU CAGLIARI Importo	AOU SASSARI Importo	UMBERTO I POLICLINICO ROMA Importo	AOU FEDERICO II NAPOLI Importo
Retribuzioni personale a tempo indeterminato	120.855.714	65.334.471	64.360.859	31.983.638	52.988.158	41.840.039	124.770.535	5.694.856
GESTIONE MENSE/BUONI PASTO	157.607	527.261	566.800	509.968	119.891	148.624	639.723	1.212.529
RETRIBUZIONI PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	4.579.213	3.049.128	13.808.038	1.043.240	2.288.648	7.856.326	8.123.122	
Retribuzioni lorde lavoratori a tempo indeterminato, determinato ed in formazione lavoro - A	125.592.534	68.910.860	78.735.697	33.536.846	55.396.697	49.844.989	133.533.380	6.907.385
ASSEGNI PER IL NUCLEO FAMILIARE	583.907	139.984	426.525	376.897	250.884	243.303	270.777	33.669
EQUO INDENNIZZO AL PERSONALE	65.248	6.087	0	0	989.862	0	15.024	
COPERTURE ASSICURATIVE	2.019.053	1.266.494	1.255.028	0	15.207.991	894.556	0	3.230.000
CONTRIBUTI A CARICO DELL'AMM.NE SU COMP. FISSE E ACCESSORIE	36.025.558	19.221.155	21.369.967	9.597.383		14.605.728	35.806.231	1.738.020
QUOTE ANNUE ACCANTONAMENTO TFR O ALTRA IND. FINE SERVIZIO	12.690	0	1.761	0	0	0	0	
CONTRIBUTI A CARICO DELL'AMM. PER FONDI PREV. COMPLEMENTARE	0	0	0	0	0	0	4.419	
Oneri Sociali a carico del datore di lavoro - B	38.706.456	20.633.720	23.053.281	9.974.280	16.448.737	15.743.587	36.096.451	5.001.689
BENESSERE DEL PERSONALE	0	0	119.850	0	0	0	0	
Benessere del Personale dipendente - C			119.850					
SOMME RIMBORSATE ALLE UNIVERSITÀ PER INDENNITÀ DE MARIA	0	0	0	0	9.646.679	417.935	0	69.055.396
SOMME RIMBORSATE ALLE AMMINISTRAZIONI PER SPESE DI PERSONALE	39.645	0	667.000	4.785	0	109.703	0	13.605.843
ALTRE SOMME RIMBORSATE ALLE AMMINISTRAZIONI	0	0	0	0	63.000	98.088	0	
Somme rimborsate ad Amministrazioni per spese personale comandato - D	39.645	0	667.000	4.785	9.709.679	625.726	0	82.661.239
COFINANZIAMENTI RICEVUTI DALLA U.E. E/O PRIVATI(A RIDUZIONE)	-290.816	0	0	0	-43.144	-47.259	0	
RIMBORSI RICEVUTI DALLE AMM. PER IL PERSONALE (A RIDUZIONE)	-54.089	-589.693	-6.394.242	-57.322	-1.371.069	-85.575	0	
ALTRI RIMBORSI RICEVUTI DALLE AMMINISTRAZIONI (-)	-944.450	0	0	0	-115.828	0	0	
Rimborsi ricevuti da amministrazioni per spese di Personale - E	-1.289.355	-589.693	-6.394.242	-57.322	-1.530.041	-132.834	0	0
Redditi da lavoro dipendente - F=A+B+C+D+E	163.049.280	88.954.887	96.181.586	43.458.589	80.025.072	66.081.468	169.629.831	94.570.313
FORMAZIONE DEL PERSONALE	6.314	38.936	23.345	0	183.275	159.808	120.689	32.353
INDENNITÀ DI MISSIONE E TRASFERIMENTO	0	36995	29.912	6.476	0	40.351	0	
IRAP	10.683.161	5.954.480	6.478.390	2.848.468	1.458.139	1.234.936	10.961.960	457.044
Altri Costi - G	10.689.475	6.030.411	6.531.647	2.854.944	1.641.414	1.435.095	11.082.649	489.397
Costo del Lavoro Dipendente - H=F+G	173.738.755	94.985.298	102.713.233	46.313.533	81.666.486	67.516.563	180.712.480	95.059.710
SOMME CORRISPOSTE A D AGENZIA DI SOMMINISTRAZIONE(INTERINALI)	0	0	0	0	14.665	15.027	0	179.650
ONERI PER I CONTRATTI DI SOMMINISTRAZIONE(INTERINALI)	0	0	0	0	1.265.316	419.101	0	1.616.847
CONTRATTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	22.766	333.172	258.490	0	0	0	7.106.103	
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI/STUDIO/RICERCA/CONSULENZA	266.833	0	0	0	56.347	58.809	0	4.972.327
CONTRATTI PER RESA SERVIZI/ADEMPIMENTI OBBLIGATORI PER LEGGE	378.574	0	0	0	870.438	0	0	3.993.330
ALTRE SPESE	990.812	0	0	16.274	52.126	639.170	0	19.717
Oneri per Personale estraneo all'Amministrazione - L	1.658.985	333.172	258.490	16.274	2.258.892	1.132.107	7.106.103	10.781.871
Totale Costi Personale dipendente ed estraneo all'amministrazione - T=H+L	175.397.740	95.318.470	102.971.723	46.329.807	83.925.378	68.648.670	187.818.583	105.841.581

Tabella 55: Composizione spesa del personale anno 2014

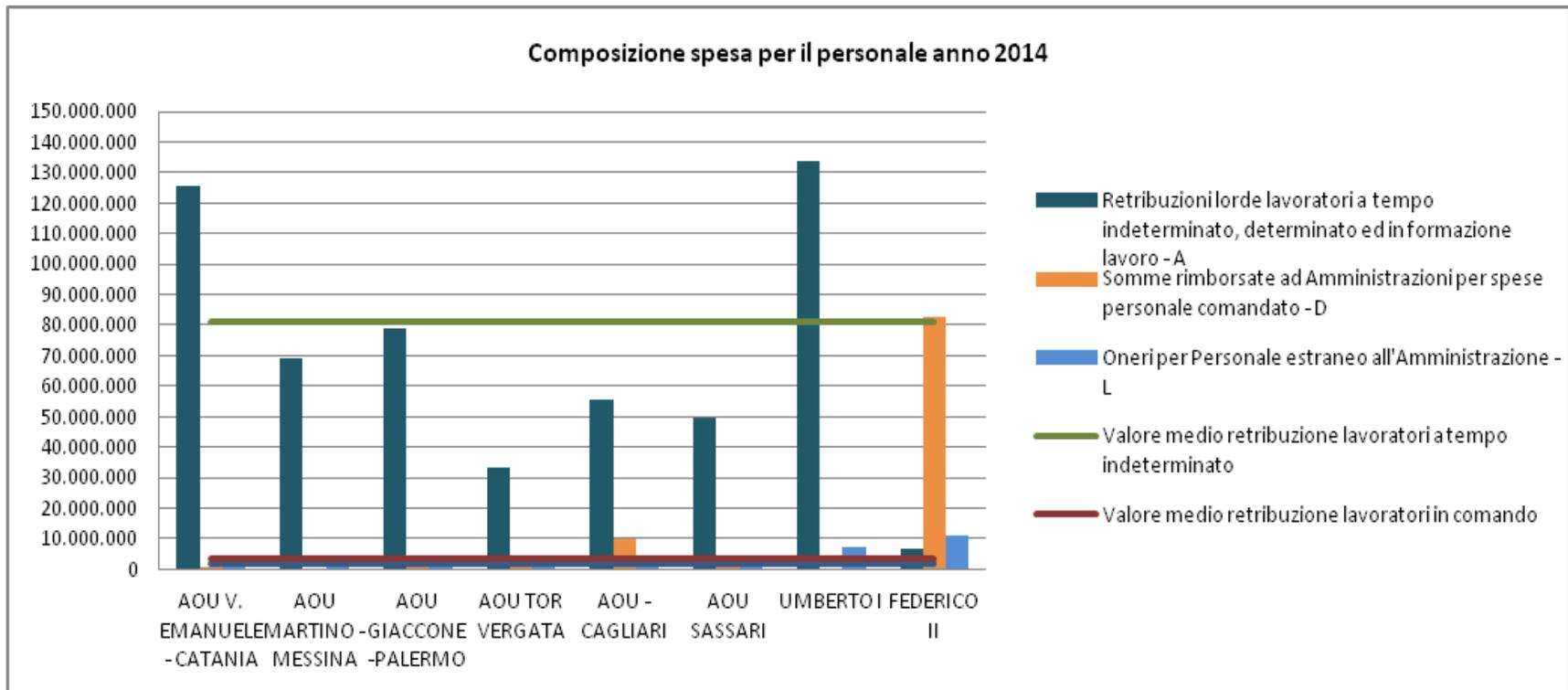


Figura 21: Composizione spesa per il personale anno 2014

Le analisi condotte confermano che i naturali processi di exit del personale associati ai fisiologici meccanismi di quiescenza e il blocco del turnover imposto dal Piano di rientro a partire dal 2008, hanno ovviamente acuito le consistenti carenze evidenziate nel Protocollo di Intesa Regione – Università già a partire dal 2003 sino al 2016.



L'analisi dell'attuale dotazione organica ha evidenziato che presso l'AOU è presenta una importante quota di personale reclutata con forme di lavoro atipico. Considerati i pensionamenti previsti, le proiezioni della consistenza della dotazione organica al 2018 confermano il trend in diminuzione del numero di dipendenti in forza presso l'Azienda.

Applicando i criteri definiti dal DCA n. 67/2016 per il calcolo del fabbisogno standard di personale, è emerso che, rispetto all'attuale dotazione organica al netto dei pensionamenti previsti, l'Azienda necessita di reclutare ulteriore n. 1.159,40 FTE, con un investimento di circa 50 ML di euro, al fine di soddisfare le esigenze assistenziali relative a n. 904 posti letto.

1.5 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Quanto sin qui descritto, rende evidente la presenza di vettori contrastanti nella definizione dell'identità e dell'organizzazione aziendale. A fronte di una serie numerosa di istanze emergenti che richiedono interventi di forte impatto e che spostano significativamente l'attenzione dell'Azienda verso la prevenzione e promozione della salute, come una delle principali strategie per rispondere al cambiamento socio-demografico ed epidemiologico, sempre più stringenti appaiono i vincoli a cui l'Azienda è sottoposta. Se da una parte è richiesto un riorientamento delle traiettorie strategiche e organizzative, dall'altra l'Azienda appare immobilizzata e rallentata dagli attuali vincoli che impediscono l'attivazione di regolari procedure di reclutamento di personale. Ne consegue, che se l'Azienda deve condurre il cambiamento attraverso un nuovo assetto organizzativo e delle nuove linee di offerta, deve essere sbloccata e risolta la questione del reclutamento di nuove risorse umane, condizione necessaria per poter ridefinire obiettivi, attività e organizzazione in funzione delle nuove esigenze e delle nuove priorità.

2 PROGETTUALITÀ FINALIZZATE AL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il complesso ma positivo percorso di fuoriuscita dalla difficile situazione economica e finanziaria in cui versava l'AOU, la fruttuosa sinergia Regione/Università concretizzatasi nella stipula del nuovo Protocollo d'Intesa nel luglio scorso, l'avvio della operatività nel segno di una necessaria e graduale discontinuità organizzativa finalizzata agli obiettivi sfidanti indicati nella delibera di incarico al Direttore generale e nella DGRC n. 426 del 27.07.2016, delineano uno scenario complesso ma estremamente stimolante. In tale scenario, l'AOU, pur essendo chiamata ad una postura organizzativa che ne esalti il ruolo di protagonista all'interno della rete assistenziale regionale e ne potenzi la capacità attrattiva, dovrà ulteriormente rafforzare la sua indissolubile *legacy* con l'Ateneo Federico II e la Scuola di Medicina e Chirurgia.

Assicurare livelli gestionali e di governo efficaci ed efficienti è condizione indispensabile per rafforzare il già intrapreso cammino di risanamento finanziario e garantire gli ingenti investimenti necessari per sostenere l'innovazione e la qualità.

L'intervento più significativo che si intende perseguire con il nuovo Atto aziendale è, pertanto, la riorganizzazione dell'attività clinica secondo i paradigmi della qualità assistenziale (nel rispetto delle finalità gestionali e dell'equilibrio economico) ma anche dell'inderogabile perseguimento dell'integrazione con didattica e ricerca. Questo presupposto deve informare tutti gli aspetti della riqualificazione aziendale, le cui fondamenta vanno rintracciate in:

- il rispetto dei vincoli posti dal Protocollo d'intesa;
- il nuovo assetto organizzativo articolato per macro-aree strutturali e funzionali;
- l'implementazione della logica dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- il recupero di importanti segmenti di mobilità passiva nonché il potenziamento delle aree assistenziali già, allo stato, attrattive;
- il puntuale raggiungimento degli obiettivi generali, specifici e tematici contenuti nella Delibera di incarico del DG e nella DGRC n. 426 del 27.07.2016 con particolare riferimento agli obiettivi di carattere generale, specifico e tematico ivi indicati,
- il raggiungimento di soglie operative minime atte a garantire il rispetto della programmazione didattico-scientifica della Scuola di Medicina e Chirurgia.

Il conseguimento degli obiettivi di sviluppo presuppone per l'AOU uno sforzo organizzativo da realizzarsi in un arco temporale di medio-lungo periodo i cui principali *drivers* sono:

1. l'avvio di un radicale iter di miglioramento dell'efficienza lungo tutte le linee produttive con conseguente riduzione dei tempi di degenza ed incremento nell'utilizzo di setting assistenziali appropriati;
2. il rafforzamento di strumenti di valutazione delle performance clinico-assistenziali, dall'audit interno al benchmarking con altre realtà regionali e nazionali;
3. la definizione di politiche di investimento in tecnologia sanitaria, informatica e nella riqualificazione degli spazi tali da sostenere da un lato il posizionamento strategico dell'AOU e dall'altro i processi organizzativi e gestionali sottesi alla realizzazione della strategia;
4. la ricerca di soluzioni innovative per favorire il *linkage* tra la ricerca e l'assistenza (medicina traslazionale).

La strategia di rinnovamento presuppone, quindi, un articolato sistema di interventi di cui la progettazione dell'architettura organizzativa codificata nell'Atto aziendale rappresenta solo il primo passo.

Il conseguimento di un assetto organizzativo funzionale alle traiettorie di sviluppo sopra indicate deve passare attraverso un ridisegno dell'attuale perimetro delle attività dell'AOU. Di fatto, la nuova articolazione delineata nell'atto aziendale deve strutturarsi lungo specifici e imprescindibili **tensori culturali** – prima ancora che operativi – che orientino globalmente il riassetto, prima, l'operatività, poi. Tali tensori possono essere definiti dalle seguenti *issues*:

- assunzione del principio della certificabilità delle attività quale principio guida di riferimento, con particolare riguardo alle tematiche connesse alla certificabilità di bilancio e alle iniziative da intraprendere in materia di efficientamento energetico, miglioramento degli standard di sicurezza e qualità delle cure;
- risk management, inteso come il governo dei processi –sanitari e non - nell'ottica della sicurezza:
 - del lavoratore e degli ambienti di lavoro;
 - del paziente (Rischio Clinico/Patient Safety);
 - igienico-sanitaria;
 - assicurativa e amministrativo-patrimoniale (gestione del contenzioso medico-legale);
- Sostenibilità ambientale ed eco-compatibilità;
- Gestione della risorsa spazio;
- Percorsi clinico-organizzativi e logistica integrata;
- Qualità della cura e dell'assistenza.

Come si vedrà nei paragrafi che seguono, la parola-chiave delle *Progettualità finalizzate al nuovo assetto organizzativo* è **integrazione**.

Integrazione da intendersi:

- tra didattica, ricerca e assistenza;
- tra ospedale e territorio;
- tra logistica e aspetti clinico-organizzativi;
- tra tecnologia e modelli tradizionali di assistenza.



La Regione Campania, in tema di risk management, ha emanato diversi provvedimenti tra cui DCA n. 18/2013 e DGRC n. 1688/2005 che promuovono l'adozione di azioni, metodologie e strumenti volti a ridurre i rischi.

2.1 Risk management

In tema di Risk Management, le Linee Guida della Regione Campania sull'Atto Aziendale della Regione Campania (Decreto 18/2013) prevedono (punto 12.13) *"l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000 che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico"* e la previsione, anche *"al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali"*, la figura del "risk manager". La precedente DGRC n. 1688 del 26/11/2005 Implementazione e sviluppo nelle aziende sanitarie di strumenti per la gestione del Rischio Clinico, tra gli aspetti programmatici, aveva individuato la necessità *"che le Aziende Sanitarie campane promuovano, all'interno degli ospedali, la cultura della prevenzione del rischio clinico"* e la sua gestione, intesa come *"l'insieme delle azioni, delle metodologie e degli strumenti impiegati per prevenire gli effetti dei rischi"*, presupponendo la *"definizione di un intervento consapevole, sistematico e continuo che*

coniughi, allo stesso tempo, attività e decisioni di natura strategica con una fase di gestione operativa". Di fatto, non è più pensabile un framework organizzativo in cui tenere slegati i diversi aspetti della sicurezza ambientale, dell'operatore e dell'utente/paziente. Andranno, dunque, ricondotti ad un'unica filiera di governo i vari "domini" della sicurezza, pur preservando le specificità logico-funzionali di ciascuno e presidiando le <interfacce> e le sovrapposizioni tra i vari domini. In particolare, saranno ricompresi nel risk management aziendale.



La Regione Campania, in tema di risk management, ha emanato diversi provvedimenti tra cui DCA n. 18/2013 e DGRC n. 1688/2005 che promuovono l'adozione di azioni, metodologie e strumenti volti a ridurre i rischi.

2.1.1 La Sicurezza del lavoratore e degli ambienti di lavoro

Nell'ambito della sicurezza del lavoro e degli ambienti di lavoro l'AOU intende definire linee guida ed obiettivi per realizzare un ambiente sicuro non solo per i lavoratori ma anche per gli studenti, gli utenti e per chi visita le strutture dell'AOU: identificazione del pericolo, valutazione e controllo del rischio sono il cuore della gestione della sicurezza. Tra le attività più rilevanti l'Azienda intende porre in essere:

- il documento della valutazione dei rischi DVR: è la relazione delle attività svolte in ambito professionale, dei rischi correlati per la salute e per la sicurezza e delle conseguenti misure di prevenzione e protezione da adottare al fine di garantire la migliore tutela dei lavoratori. Il DVR è elaborato dal Datore di lavoro che si avvale del Servizio Prevenzione e Protezione e dei medici competenti ai quali è affidata l'attività di controllo medico (sorveglianza sanitaria dei lavoratori in relazione ai rischi espositivi per verificare l'idoneità individuale al lavoro);
- le emergenze: l'unità di sicurezza antincendio è costituita da personale qualificato che, nel rispetto delle procedure previste dal Piano di emergenza aziendale, presidia gli edifici dell'AOU con una squadra costituita da addetti presenti sulle 24 ore ed effettua una capillare attività di prevenzione. Il Piano delle Emergenze aziendali prevede le procedure per la gestione di eventuali problemi connessi a: fughe di gas, allagamenti, guasti ascensori, incendi, funzionamento di centrali tecnologiche, sostanze chimiche, etc.
- gli infortuni: sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro in grado di mettere in pratica e riesaminare regole condivise per il raggiungimento degli obiettivi delineati nella Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro costruendo un presidio conforme alle L.G. UNI INAIL.
- Attività di formazione dei lavoratori ai sensi del Decreto 81/08 integrato dall'Accordo Stato Regione 21/12/2011



L'AOU intende definire linee guida ed obiettivi per realizzare un ambiente sicuro non solo per i lavoratori ma anche per gli studenti, gli utenti e per chi visita le sue strutture.

2.1.2 La patient safety e la gestione del Rischio Clinico

Nell'ambito del patient safety occorre ridisegnare il perimetro delle attività di gestione del rischio clinico ed igiene allo scopo di rafforzare il collegamento tra il tradizionale punto di vista "assicurativo" tipico della responsabilità dei professionisti e quello più generale della "sicurezza del paziente" che attiene ai livelli di qualità del sistema dei servizi e che ha un impatto diretto sulle capacità di offerta dei livelli di assistenza.

Inoltre, è da non trascurare: il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza, uno dei principali indicatori di qualità delle cure da calcolare con una indagine di prevalenza; la definizione dei sistemi di segnalazione e delle modalità operative di gestione degli eventi avversi, dei quasi eventi (near misses) e degli Eventi Sentinella.

Al contempo, andrà sviluppata una logica proattiva o di iniziativa, volta a realizzare programmi di prevenzione e controllo degli eventi avversi finalizzato a definire procedure e policy volte ad assicurare la descrizione di alcuni "snodi" delicati dei percorsi di cura dei pazienti, con particolare attenzione all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali e internazionali (OMS) per la sicurezza dei pazienti e le norme in materia di accreditamento.



L'AOU intende rafforzare il collegamento tra il tradizionale punto di vista assicurativo tipico della responsabilità dei professionisti e quello più generale della sicurezza del paziente. Oltre alla definizione di sistemi di segnalazione e di gestione degli eventi avversi, vanno realizzati programmi di prevenzione e controllo in linea con le raccomandazioni ministeriali e internazionali (OMS) e le norme in materia di accreditamento.

2.1.3 Sicurezza igienico-sanitaria e igiene ospedaliera

Fortemente correlata ai due precedenti domini, l'attività di vigilanza igienico-sanitaria. Essa si concretizza in una attività di monitoraggio attraverso sopralluoghi volti a rilevare la *compliance* relativa a: igiene mani, elaborazione di linee guida aziendali per igiene ospedaliera e corretta gestione del ciclo dei rifiuti attraverso la elaborazione di check list strutturate. Vanno poi considerate le notifiche delle malattie infettive e la gestione degli episodi di infortunio con esposizione di operatori sanitari a fluidi organici.

2.1.4 Sicurezza assicurativa e amministrativo-patrimoniale (gestione del contenzioso medico-legale)

E' necessario valutare l'impatto dei sinistri e suggerire le migliori strategie difensive, trasferire alle compagnie assicurative solo il rischio derivante da "danni catastrofali" trattando gli altri sinistri in autoassicurazione.

2.2 Sostenibilità ambientale ed eco-compatibilità

L'AOU Federico II può essere paragonato ad una città di circa 15.000 abitanti con un consumo annuo di energia elettrica di 30.000.000 KW e di energia termica di 60.000.000 KW, mentre il consumo di gas è pressoché nullo in quanto i contratti nel 2003 furono volturati al gestore energia e i trascurabili consumi attuali sono quelli della cucina e del bar ai quali viene chiesto rimborso bimestrale. L'AOU è dotata di un impianto di cogenerazione che, come consumo medio, copre l'intero fabbisogno energetico aziendale in termini di elettricità, energia termica, energia frigorifera; di fatto uno dei maggiori impianti italiani in ambito civile-ospedaliero. L'AOU Federico II, in linea con le politiche ambientali avviate a livello europeo, nella prospettiva di favorire uno sviluppo maggiormente sostenibile, intende sostenere e sviluppare un vero e proprio bilancio ambientale aziendale. Il Bilancio Ambientale dell'AOU Federico II descriverà le principali relazioni tra l'Azienda e l'ambiente per valutare le ricadute ambientali dei servizi offerti, per orientare le scelte strategiche verso la diminuzione dei costi ambientali, soprattutto rispetto al consumo energetico, alla gestione dei rifiuti e degli imballaggi, agli usi idrici e alla depurazione delle acque. Con questa iniziativa l'AOU intende governare l'impatto ambientale per controllarne i costi e, al contempo, beneficiare di nuove prospettive legate al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia sia ambientale che economica. Le misurazioni saranno svolte sulla base di specifici indicatori relativi a: gestione ambientale, aspetti ambientali che misurano l'entità dei fattori di impatto generati dall'AOU Federico II, prestazioni ambientali, efficienza ambientale, effetto potenziale che potrebbero produrre le attività sull'ambiente. Essi potranno essere misurati a livello di attività e di impianti.

Diversi sono i vantaggi scaturenti per l'azienda:

1. individuazione dei costi ambientali e degli sprechi;
 2. valutazione dell'opportunità di investimenti in tecnologie a minor impatto ambientale;
 3. valutazione del livello di tutela e di valorizzazione del territorio nel quale si opera;
 4. individuazione degli elementi di criticità legati alla propria attività e delle azioni volte al miglioramento ambientale;
 5. costruzione di una rete di monitoraggio che permetta lo sviluppo di un sistema di gestione ambientale verso la Certificazione ISO14001:2004 e la Registrazione EMAS II;
 6. sviluppo di efficaci strumenti di comunicazione ambientale rivolti alla popolazione e alla pubblica amministrazione;
 7. soddisfazione delle esigenze conoscitive degli stakeholder e dalla concreta dimostrazione di un maggior impegno profuso nella gestione delle problematiche ambientali. Marcata è, dunque, la consapevolezza di dover realizzare sistemi eco-compatibili attraverso interventi di efficientamento energetico e di difesa dell'ambiente con l'obiettivo di acquisire la certificazione ISO 50001, ammodernamento della rete elettrica di media tensione con riduzione delle perdite di energia; sostituzione dei corpi illuminanti di tipo tradizionale del sistema di illuminazione con apparecchi a LED con ulteriore riduzione anche delle emissioni di CO₂.
- L'AOU si propone di raggiungere gli obiettivi suddetti attraverso collaborazioni multi organizzazione e multi attore, a livello loco-regionale, nazionale ed internazionale.



L'AOU intende sviluppare un bilancio ambientale per definire obiettivi prioritari (*road map*), per valutare le prestazioni ambientali dei servizi offerti, per orientare le scelte strategiche verso la diminuzione dei costi ambientali. Inoltre, saranno poste in essere le azioni necessarie per il conseguimento della certificazione ISO e della registrazione EMAS, oltre che collaborazioni multi organizzazione e multi attore, a livello locale, nazionale ed internazionale.

2.3 Gestione della risorsa spazio

La risorsa spazio in ospedale acquisisce valenza strategica sia nel perseguimento delle logiche di efficienza e tempestività degli interventi assistenziali, sia nell'ottica dell'umanizzazione dei processi di cura. In un policlinico universitario, poi, la progettazione e la destinazione d'uso degli ambienti deve opportunamente considerare anche la fruizione degli stessi per le finalità di didattica e di ricerca, e deve porsi l'obiettivo di rendere integrati (e immediati) i momenti formativi con quelli clinici.

La struttura edilizia in cui ha sede l'AOU, a configurazione polipadiglionale, non mostra un'inclinazione naturale all'efficienza né alla partecipazione degli studenti ai momenti clinici; l'una e l'altra vengono perseguite con numerosi sforzi umani e organizzativi e, ove possibile, col supporto delle tecnologie.

Con l'atto aziendale e il POFA, la ri-articolazione dei Dipartimenti e delle unità organizzative risponde ad una logica di aggregazione sia funzionale che logistica all'interno della quale trova ampio spazio la razionalizzazione della presenza delle attività dell'AOU della SUN nel complesso di Cappella Cangiani. Inoltre, la individuazione di destinazioni d'uso diverse da quelle attuali all'interno del perimetro dell'azienda, è finalizzata alla realizzazione di **contenitori spaziali** nei quali sia concretamente declinata la possibilità di integrare la didattica, la ricerca e l'assistenza.

La revisione critica dell'attuale utilizzo degli spazi, ispirata a criteri di logistica e a principi di lean organization, oltre a perseguire obiettivi di efficienza e riduzione degli sprechi (di tempo, di uomini e di risorse economiche), permette di riconfigurare il *lay out* dell'azienda e valorizzare la risorsa spazio come momento strategico di sviluppo e innovazione scientifica e organizzativa. Potrebbero rappresentare un significativo esempio al riguardo:

- la realizzazione di una **piastra ambulatoriale** con annessi spazi di **didattica attiva** nei quali gli studenti di Medicina e delle professioni sanitarie potrebbero gradualmente cominciare ad essere inseriti in percorsi formativi "sul campo". La collocazione elettiva per tale funzione è prevista presso l'edificio 12, il padiglione più prossimo all'ingresso di via Pansini. Tale collocazione è concepita per garantire una prossimità della piastra agli ambienti esterni all'AOU (anello viario, metropolitana) e, dunque, assicurare una fruizione immediata, di breve durata e confortevole per gli outpatients. In particolare, il corpo dell'edificio ospiterà gli ambulatori clinico-specialistici afferenti alle diverse discipline con una preliminare valutazione delle necessità di integrazioni interspecialistiche (è il caso, ad esempio, delle patologie cronico-degenerative, caratterizzate da complessità nosologica, molteplicità di pertinenza specialistica e necessità di forte coordinamento tra diversi professionisti) per le quali la contiguità tra le varie discipline assicura una presa in carico di maggior efficacia e "umanità". La presenza di un Blocco Operatorio nello stesso edificio potrà garantire l'esecuzione di piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale, per la quale è necessario garantire standard strutturali e tecnici non molto dissimili dalla chirurgia ordinaria. Infine, il piano terra dello stesso edificio sarà destinato alla porta d'accesso amministrativa ai servizi ambulatoriali (accettazione, orientamento,

- prenotazione), permettendo all'utente di espletare l'intero percorso nella medesima location. Vantaggio atteso di tale ricollocazione, è la limitazione della penetrazione dell'utenza esterna "diurna" nelle zone cuore dell'ospedale (aree chirurgiche, aree intensive, servizi interni) in modo da non intersecare tra loro percorsi che sono tra loro diversi per intensità assistenziale e per livello di protezione igienico-sanitaria;
- la realizzazione di un **centro di simulazione avanzato** dotato dei più moderni ausili tecnologici con i quali avviare alla socializzazione di importanti pratiche clinico-assistenziali gli specializzandi e gli studenti degli ultimi anni; si tratta di un centro dedicato alla simulazione in medicina, chirurgia e diagnostica che comprende ambienti appositamente progettati per ricreare le situazioni che il personale sanitario incontra quotidianamente nella realtà lavorativa. All'interno del Centro, la cui collocazione è prevista nel corpo di collegamento tra gli edifici 6 e 7, potranno essere realizzate metodologie innovative nel campo della formazione esperenziale sia per gli studenti che per gli specializzandi, ma anche attività di riqualificazione e aggiornamento per il personale strutturato. Le metodologie formative innovative si basano sulla macro-simulazione avanzata con l'utilizzo di manichini di ultima generazione, sugli skill training e sulla creazione di percorsi integrati. All'interno del Centro saranno allestite una sala operatoria, una sala parto, una sala emergenze/urgenze e delle aree polifunzionali;
 - la realizzazione di **spazi per l'insegnamento attivo** all'utilizzo di device e presidi medici (dai microinfusori per i pazienti diabetici alla gestione di apparecchiature per il monitoraggio a distanza di parametri funzionali alla dialisi peritoneale domiciliare) a vantaggio degli utenti nella logica di favorire l'empowerment del paziente nella gestione del proprio stato di salute (paziente esperto). Come per la piastra ambulatoriale, anche gli spazi per l'insegnamento attivo saranno collocati in prossimità dei punti di accesso all'ospedale; in particolare, la "casa del paziente esperto" sarà realizzata nell'edificio 1, il primo padiglione che l'utente incontra dall'ingresso di via De Amicis per assicurare immediatezza e fruibilità ad un percorso il cui prevalente utilizzo è a beneficio degli outpatients. Vantaggio ulteriore – ma non accessorio – di tale scelta sta anche nella prossimità tra tali ambienti e l'area delle medicine (generale e specialistica di reumatologia e diabetologia) e della cardiologia (edificio 2), nativamente pertinenti alle patologie che hanno maggiore necessità di trattamento domiciliare cronico, self care e forte compliance;
 - la realizzazione di **spazi per il benessere organizzativo** dei dipendenti dove realizzare percorsi di prevenzione del burn out, di socializzazione e di confronto interumano e interprofessionale.



L'AOU presenta una struttura articolata in più edifici che non contribuisce all'efficienza e alla partecipazione. Pertanto, si intende realizzare una revisione critica dell'attuale utilizzo degli spazi, ispirata a criteri di logistica e a logiche di *lean organization*. Tra gli obiettivi vi sono la realizzazione di: piastra ambulatoriale per la didattica attiva; centro di simulazione avanzato; spazi per l'insegnamento attivo; spazi per il benessere organizzativo.

2.4 Percorsi clinico-organizzativi e logistica integrata

Sebbene trattati dettagliatamente nel capitolo 3 - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AREA SANITARIA, in particolare nel paragrafo dedicato a *La macro struttura organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali*, non sembra fuori luogo accogliere, a proposito delle progettualità finalizzate al nuovo assetto

organizzativo, un cenno ai Percorsi di cura, in un'ottica organizzativo-clinica e logistica, laddove sarà dato giusto spazio all'aspetto assistenziale nelle sezioni a questo dedicate. Preme in particolare sottolineare la necessità, quanto mai attuale, di osservare la natura dei processi assistenziali nella loro globalità, in un paradigma sistemico che sappia accogliere la complessità del paziente, della malattia e del sistema di cura ad essi destinato. La struttura dell'AOU, come ricordato, con la sua estensione e distribuzione, offre non poche criticità logistiche; lo spostamento di uomini, mezzi, farmaci, presidi richiede, per evitare sprechi e ritardi, la collocazione di reparti e servizi secondo logiche che consentano continuità funzionale tra le "mappe di episodi" dello stesso percorso clinico e separazione funzionale tra i processi dissimili per intensità di cura e tipologia di assistenza.

Nella figura che segue, è illustrata la mappa dell'AOU nella sua componente funzionale, sulla quale sono state e vengono condotte le analisi tecniche per la fattibilità dei percorsi clinico-organizzativi. In particolare, percorsi complessi come quello oncoematologico, che poggiano su una serie di unità specialistiche e servizi (radioterapia, terapia radiometabolica, imaging, laboratorio, centro trapianti di midollo, anatomia patologica ecc), meritano di essere preliminarmente valutati e ottimizzati per garantire all'utenza il miglior esito possibile – fortemente associato al fattore tempo – unitamente al massimo grado di comfort. A questo risponde la concentrazione di ambulatori e reparti in un unico edificio (Edificio 1), la presenza di una struttura di accoglienza moderna, la collocazione, nella stessa sede, dell'Unità Centralizzata per la preparazione di farmaci antiblastici (UMACA) e dell'Unità di terapia radiometabolica. Restano necessariamente separati i servizi di imaging e radioterapia e le strutture chirurgiche, in ragione di specifiche tecnico-impianistiche e strutturali. L'informatizzazione e il potenziamento mirato dei trasporti saranno valorizzati al fine di garantire gli obiettivi di salute ed efficienza. A titolo di esempio, si riportano le mappe dei luoghi di cura oncoematologica (Figura 23 e Figura 24).

Considerazioni analoghe su altre tipologie clinico-assistenziali comporteranno scelte organizzativo-logistiche di altro tipo: la necessità di concentrazione spazio-temporale del Percorso Ictus, ad esempio, determinerà il trasferimento della UOC nell'Edificio 16, dove sono già presenti la Neuroradiologia (è necessario, per la prognosi *quad vitam* e *quoad valetudinem*, un arco temporale estremamente ristretto tra la comparsa di sintomi di ictus e la loro conferma diagnostica mediante TAC) e la Neurochirurgia (per i casi che abbiano necessità di accesso immediato alla sala operatoria). Discorso analogo va fatto per Cardiologia – UTIC – Emodinamica - Cardiochirurgia e Terapia Intensiva cardiocirurgica, concentrate tutte nell'Edificio 2 per ottenere la tempestività necessaria a tale percorso emergenziale. Per la famiglia dei percorsi cardiologici, in particolare, una forte innovazione sarà la realizzazione del Progetto Cicogna, cioè la collocazione di un corpo di fabbrica aggiuntivo all'Edificio 2 ad alta tecnologia, destinato ad ospitare l'assistenza ad alta intensità cardiologica e sale operatorie all'avanguardia (tra cui la Sala Ibrida, di ultima generazione) per la ottimale assistenza del paziente cardiologico.



La struttura dell'AOU si caratterizza per le criticità logistiche; lo spostamento di uomini, mezzi, farmaci, presidi richiede, al fine di evitare sprechi e ritardi, la collocazione di reparti e servizi secondo logiche che consentano continuità funzionale tra le mappe di episodi dello stesso percorso clinico e separazione funzionale tra i processi dissimili per intensità di cura e tipologia di assistenza. In particolare, saranno implementati percorsi complessi come quello oncoematologico.

MAPPA DEI PERCORSI A.O.U. Federico II		Materno infantile	Pediatri co	Onco-ematologico	Endocrino-metab.	Pazienti HIV	ICTUS	Rete cuore	Ortop.-traum.		
DAI Emato-oncologia, anatomia patologica e diagnostica per immagini		DAI Nefrourologia e chir. dei Trapianti	DAI Chir. Generale e Specialistico	DAI Immunologia clinica, patologia clinica, malattie infettive e dermatologia	DAI Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	DAI Materno Infantile	DAI Testa Collo	DAI Gastroenterologia, Endocrinologia e chirurgia endoscopica	DAI Emergenza Cardiovascolari, medicina clinica e dell'invecchiamento	DAI Medicina Interna ad indirizzo specialistico	DAI Sanità Pubblica
Ed 1	Oncologia Ematologia									Med. Interna ed angio Med. Int. ed emocog. Nutrizione clinica Diabetologia Reumatologia	
Ed 2									Card., Emod., UTIC Card. riab. centr. ipert Cardiochirurgia Med. int. ind. cardres. Med. d'urgenza Geriatra		
Ed 4			Pat. Clinica e molecolare Diagn. di lab. delle malattie imm.	Citogenetica. e citogenom. Bioch. Clin. ed eme. Genetica medica Biol. mole. clinica Med. di laboratorio Microbiologia							
Ed 5	Nefrologia Urologia Uro. Andro. Chir. gen. e trap. rene	Chir. d'urgenza Chir. Plast. e ricostr. Ortop. e traum. Ortop. specialistica									
Ed 6								Gastroent. ed Epatol. Chir. Endoscopica Endocrinologia			
Ed 7		Chir. epatobiliare Chir. Gen. Onco, endo, baritrica Colonproc. Chirur.									
Ed 8	Anestesia e rian.										
Ed 9				Med. Trasfusionale	Ginec. Oncologica Gnecol. e ostetricia						
Ed 10	Diagn. per imm. rad. Med. Nucleare										

		MAPPA DEI PERCORSI A.O.U. Federico II													
		DAI Emato-oncologia, anatomia patologica e diagnostica per immagini	DAI Nefrourologia e chir. dei Trapianti	DAI Chir. Generale e Specialistico	DAI Immunologia clinica, patologia clinica, malattie infettive e dermatologia	DAI Medicina di Laboratorio e Trasmisionale	DAI Materno Infantile	DAI Testa Collo	DAI Gastroenterologia, Endocrinologia e chirurgia endoscopica	DAI Emerg. Cardiovascolari, medicina clinica e dell'invecchiamento	DAI Medicina Interna ad indirizzo specialistico	DAI Sanità Pubblica			
							Materno infantile	Pediatri co	Onco-ematologico	Endocrino-metab.	Pazienti HIV	ICTUS	Rete cuore	Ortop.-traum.	
Ed	11						Ped. generale								
							Ped. specialistica								
							Mal. Inf. pediatriche								
Ed	12	PIASTRA AMBULATORIALE													
Ed	13														Med. del lavoro
Ed	14														
Ed	16														
Ed	18														
Ed	19														
Ed	20	Anatomia Pat.													Igiene Farmacol. e tossic. medic.
		Med. Legale													

Figura 22: Matrice per la definizione dei percorsi clinico-organizzativi

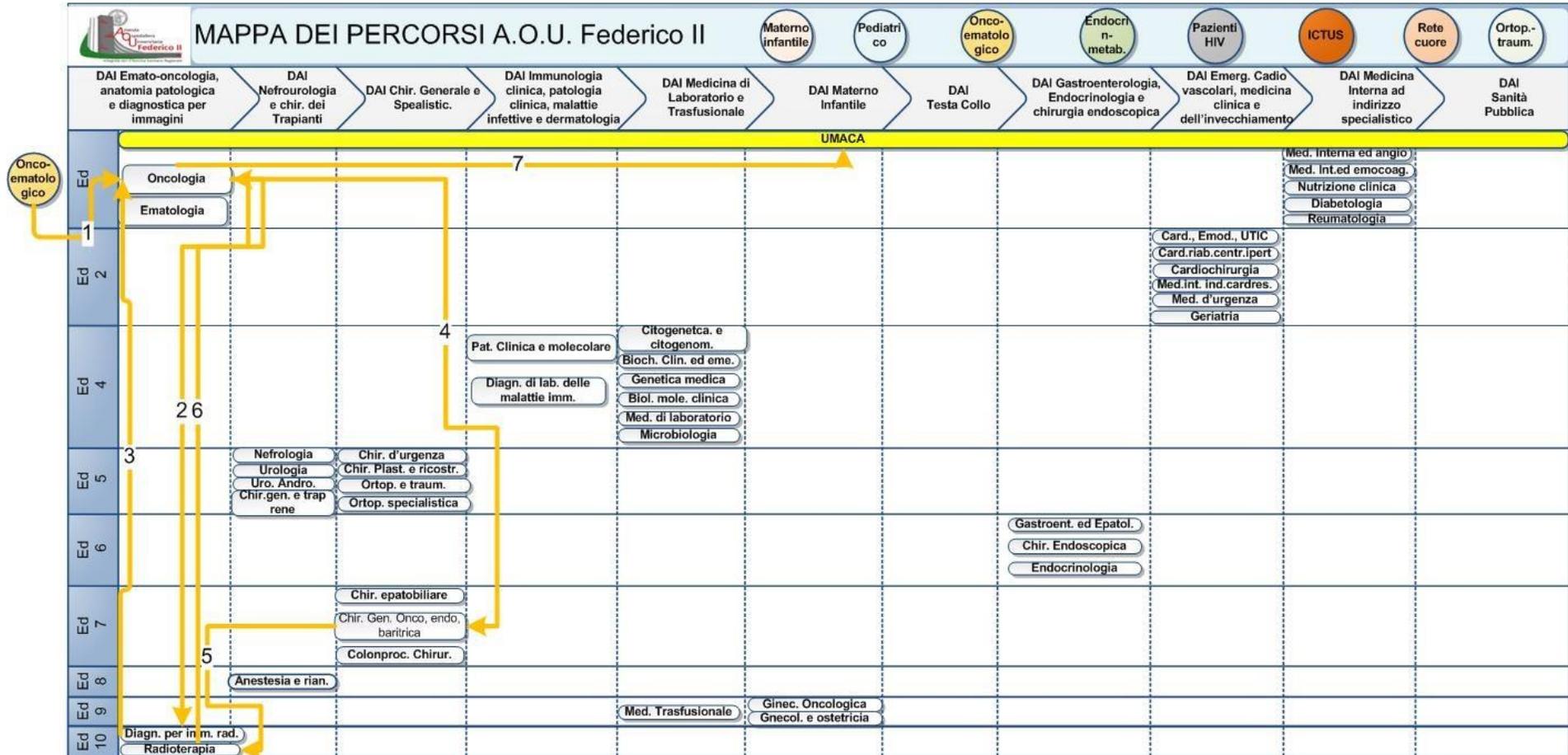


Figura 23: Percorso Oncologico

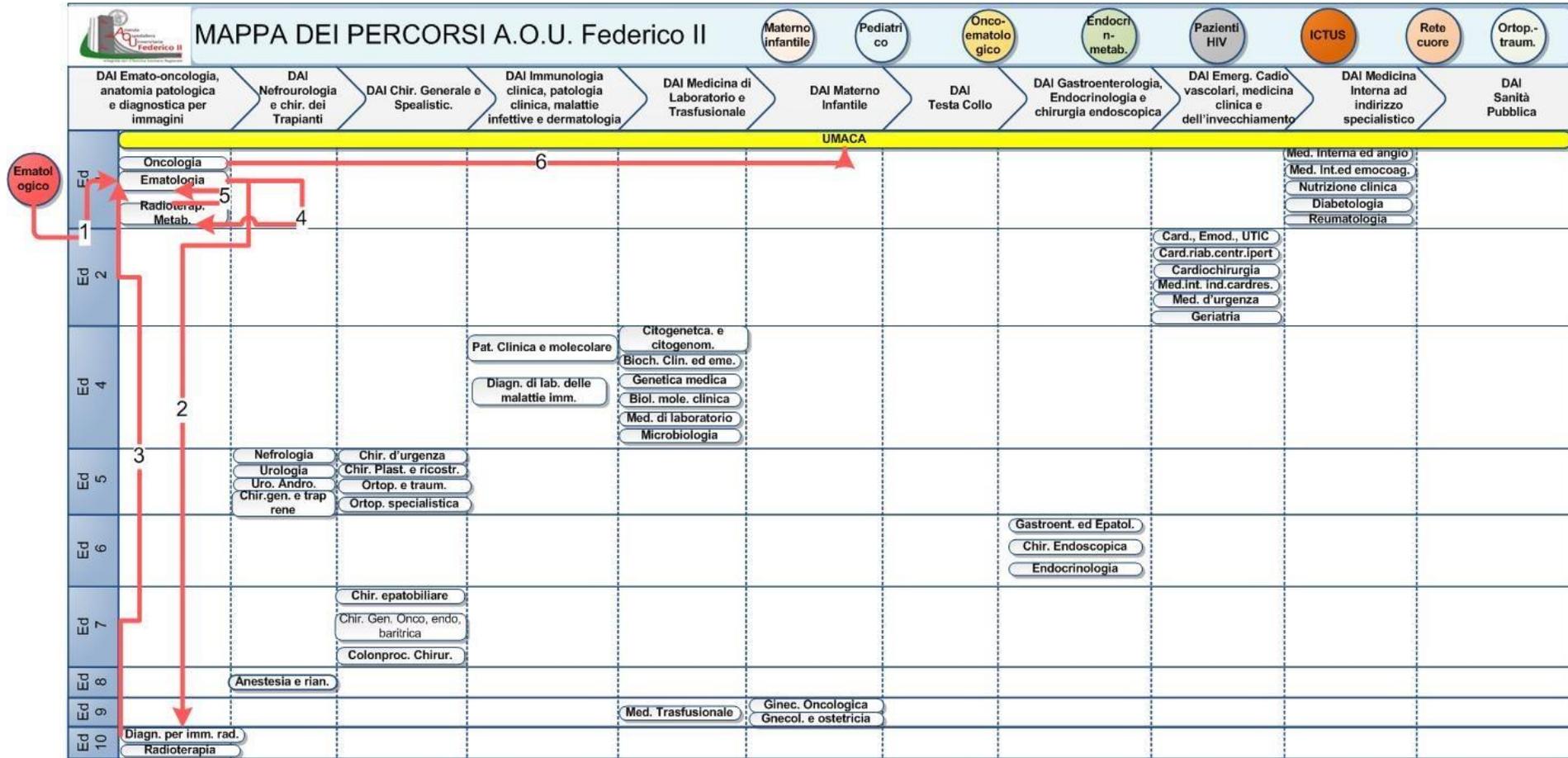


Figura 24: Percorso Ematologico

2.5 Qualità della cura e dell'assistenza

Il Policlinico è inserito nella programmazione sanitaria regionale sia per l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, sia per l'erogazione di servizi specialistici di alta complessità per pazienti provenienti dalla Regione e da fuori regione. Il Servizio sanitario regionale si basa sul modello delle reti Hub e Spoke in cui il Policlinico ricopre il ruolo di centro di riferimento di rete (HUB) in diversi ambiti. Essere l'ospedale di riferimento della rete per una specifica disciplina vuol dire distinguersi in riferimento alla complessità, all'elevato contenuto tecnologico e multidisciplinare delle prestazioni erogate, rispetto agli altri ospedali (Spoke) con cui si è collegati. Nell'ambito delle reti hub e spoke il Policlinico è riconosciuto come riferimento:

- per la Neurochirurgia e la Chirurgia maxillo-facciale nella rete dell'emergenza;
- per la rete cardiologica disponendo di una Utic operativa H24, di una Emodinamica interventistica operativa H24, di un reparto di Cardiocirurgia, di un reparto di Chirurgia vascolare
- per il trattamento neuro vascolare per la rete ictus;
- di II° livello per la rete perinatale chiamata a garantire assistenza a gravide e parti ad alto rischio oltre che a neonati che necessitano di cure intensive;
- per la rete oncologica regionale;
- per la rete assistenziale delle malattie infettive;
- per la rete della Chirurgia plastica;
- per le malattie rare;
- per le patologie otologiche ed audiologiche;
- per i trapianti di rene e cornea;
- per la banca del cordone ombelicale;
- per l'Ecmo per il trattamento avanzato delle insufficienze respiratorie
- per la calcolosi urinaria,
- per il trattamento dei melanomi cutanei,
- per il piede diabetico,
- per lo screening delle sordità infantili,
- per il trattamento della dislessia,
- per il trattamento dell'autismo infantile e delle più complessive patologie neuropsichiatriche infantili,
- per il trattamento della anoressia e della bulimia e, più in generale, dei disturbi alimentari,
- etc.



Il Policlinico è inserito nella programmazione sanitaria regionale sia per l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, sia per l'erogazione di servizi specialistici di alta complessità per pazienti provenienti dalla Regione e da fuori regione. Il Servizio sanitario regionale si basa sul modello delle reti Hub e Spoke in cui l'AOU ricopre il ruolo di centro di riferimento di rete (HUB) in diversi ambiti.

2.6 Accredитamento Istituzionale

L'accreditamento istituzionale ha come obiettivo la regolazione dell'ingresso nel mercato sanitario dei soggetti che intendano erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, attivando un processo permanente di promozione e miglioramento della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari. Esso costituisce parte integrante di una articolata sequenza di istituti, strettamente collegati e da considerare in modo unitario, disciplinati dagli articoli da 8-bis a 8-quinquies e dall'art. 8-octies del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, così come introdotti dal D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229. In tale sequenza le diverse fasi concernono l'autorizzazione delle strutture sanitarie alla realizzazione ed all'esercizio, l'accreditamento istituzionale, la stipula degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo sul mantenimento dei requisiti, sulla qualità dell'assistenza e sull'adeguatezza delle prestazioni rese, nonché sul rispetto degli accordi contrattuali.

Attraverso l'accreditamento si realizza un sistema di garanzie interne, per i committenti (Azienda Sanitaria o Regione), ed esterne verso i cittadini/utenti. Tali garanzie sono rappresentate da:

- rispondenza delle prestazioni erogate dalle strutture ai bisogni della collettività;
- certezza di legalità e sicurezza dell'attività sanitaria esercitata;
- idoneità organizzativa e dalla qualità delle prestazioni erogate;
- controllo della spesa e delle risorse impiegate.

Nella fase di implementazione dei requisiti di accreditamento istituzionale definiti ai sensi dei Regolamenti regionali n. 3/2006 e n. 1/2007, la struttura preposta dovranno:

- sviluppare sinergie con le diverse articolazioni aziendali coinvolte ed in particolare con il Dipartimento di Prevenzione;
- svolgere attività di vigilanza e monitoraggio sul mantenimento dei requisiti da parte degli erogatori accreditati;
- predisporre il regolamento aziendale delle procedure di vigilanza e monitoraggio sulle strutture accreditate.



L'AOU è inserita nella programmazione sanitaria regionale sia per l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, sia per l'erogazione di servizi specialistici di alta complessità per pazienti provenienti dalla regione e da fuori regione. Il Servizio sanitario regionale si basa sul modello delle reti Hub e Spoke in cui l'AOU ricopre il ruolo di centro di riferimento di rete (HUB) in diversi ambiti.

2.7 DAI/UOC/UOSD

Il Policlinico è una realtà complessa e dalle dimensioni rilevanti che per guardare al futuro con una prospettiva di sviluppo, ha deciso di provare a dare piena attuazione al modello dei dipartimenti ad attività integrata; tale impianto organizzativo è ritenuto in grado di rispondere in modo adeguato, sia ai bisogni assistenziali emergenti (risposta multidisciplinare a pazienti sempre più anziani, affetti da polipatologie e sottoposti a politerapie di cui è necessario porre sotto osservazione i "rischi interferenti", specializzazione clinica), sia alla esigenza di disporre di contesti assistenziali adeguati per poter supportare programmi avanzati di ricerca e didattica. I DAI si caratterizzano, infatti, per una ripartizione delle responsabilità articolata su due livelli: uno, più alto, di coordinamento e governo clinico, scientifico e gestionale (il Dipartimento), l'altro più operativo (le unità complesse e quelle semplici a valenza dipartimentale).

Le UOC e UOSD sono raggruppamenti di attività, affini o complementari che si caratterizzano per una stretta connessione a livello clinico, organizzativo, strutturale e logistico. Le UOC/UOSD perseguono l'ottimizzazione delle attività svolte, garantendo un approccio univoco alle patologie. Nelle Unità operative si concentrano le competenze professionali specifiche in modo da realizzare gli obiettivi di budget.

I DAI assicurano e coordinano le funzioni assistenziali e, di concerto con i Dipartimenti universitari, le funzioni di didattica e ricerca. I DAI realizzano, in sintesi, il governo clinico del sistema di produzione dei servizi, sia in termini di processo decisionale finalizzato a garantire la qualità tecnica delle prestazioni e la appropriata modalità di erogazione delle stesse, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale. I DAI promuovono poi, d'intesa con i DU, l'organizzazione e lo svolgimento dei programmi di ricerca clinica e di tutte le attività che possano favorire l'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza e determinano le condizioni per lo svolgimento ottimale dell'attività didattica dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione.

Il tessuto connettivo che tiene insieme la complessa trama delle relazioni tra le varie componenti dell'organizzazione è costituito dai percorsi clinico assistenziali dei pazienti all'interno dell'AOU così come descritto per il percorso onco-ematologico. Nel caso di patologie ad alto impatto come, ad esempio, quelle oncologiche, dovranno essere progettati specifici presidi organizzativi (cancer units) in grado di garantire il costante accompagnamento del paziente nel suo percorso clinico-assistenziale all'interno della AOU. Tali presidi dovranno interfacciarsi con una specifica unità centrale collocata in Direzione sanitaria che fornirà le coordinate generali e rappresenterà l'interfaccia operativa per la pianificazione dei percorsi.

2.8 La comunicazione interna e esterna a supporto dell'assistenza, della didattica e della ricerca: una cabina di regia per garantire coerenza identitaria ed efficacia comunicativa

Il trinomio inscindibile che caratterizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, assistenza, didattica e ricerca, rappresenta un punto di forza e un elemento peculiare dell'offerta, contraddistinta da un circuito virtuoso di miglioramento continuo e multifattoriale che coinvolge tutte le professionalità ai diversi livelli di competenza e garantisce innovazione e avanguardia in tutte le aree disciplinari.

Al fine di valorizzare tali caratteristiche e determinare, nel medio- lungo periodo, una sempre più solida identità dell'Azienda e della Scuola e della loro funzione di reciproco scambio e sostegno, la comunicazione interna e la comunicazione esterna costituiscono leve fondamentali e imprescindibili.

Già da tempo, l'Azienda ha posto attenzione alle dinamiche e alle modalità di comunicazione, con particolare riferimento agli strumenti innovativi e web 2.0. L'obiettivo perseguito, sin dalla istituzione di un'unità organizzativa aziendale dedicata alla comunicazione, è il governo della comunicazione interna e esterna, per sfuggire a una poco efficace comunicazione frammentaria e "spot". L'intento è costruire una immagine dell'Azienda e della Scuola in grado di valorizzare sia le singole realtà sia la l'offerta assistenziale, di didattica e di ricerca nella sua complessità. La finalità è restituire, all'interno e all'esterno della realtà Azienda- Scuola, una cornice coerente in cui si collocano numerose eccellenze che, nel loro insieme, attraverso le loro reciproche

interconnessioni, rappresentano un quadro composito e armonico, vario e coerente, caratterizzato da uniformità ma nello stesso tempo ricco e articolato.

La funzione della comunicazione in Azienda ha sviluppato, negli anni, un articolato modello di comunicazione che prevede un costante rapporto con i media, l'aggiornamento continuo dei propri strumenti di comunicazione (sito web, web magazine, pagine social) e l'attivazione di una rete di comunicazione interna-esterna attraverso i referenti per la comunicazione dipartimentale che costituiscono delle interfacce operative e organizzative per la valorizzazione delle eccellenze delle singole realtà dipartimentali.

È determinante che Scuola e Azienda definiscano una comune strategia di comunicazione ed un piano di comunicazione condiviso che, su base triennale, indichi gli obiettivi di comunicazione che intendono perseguire, in linea di continuità con quanto già sviluppato e delineato nelle precedenti annualità, e declini per ognuno di essi attività e azioni specifiche che dovranno essere caratterizzate da una assoluta coerenza comunicativa e dall'identificazione di strumenti per il monitoraggio degli esiti.

In ragione di quanto sin qui rappresentato, l'area comunicazione aziendale è da ritenersi il punto di partenza per un ragionamento condiviso Azienda- Scuola, alla luce della continuità, della valorizzazione e della ottimizzazione delle rete interna e esterna, già posta in essere e che garantisce un flusso di comunicazione coerente e permanente. L'istituzione di un tavolo tecnico condiviso Azienda-Scuola per la Comunicazione può, quindi, rintracciare nella funzione della comunicazione aziendale un elemento di coordinamento funzionale alla messa a sistema di un ragionamento, sin qui perseguito dall'Azienda, sebbene sempre in ottica complementare e sinergica con la Scuola, e che è necessario estendere e formalmente condividere con la Scuola stessa, al fine di produrre nel medio- lungo periodo risultati significativi.

Le traiettorie sono duplici e complementari. La funzione della comunicazione, infatti, è determinante, sia per consolidare un'immagine dell'Azienda e della Scuola, coerente alla *mission* istituzionale, sia per veicolare specifici messaggi di salute, in linea con le progettualità in capo alla Scuola e all'Azienda, con particolare riferimento agli stili di vita e alla promozione della salute, prioritari obiettivi, già delineati nel quadro del contesto di riferimento e in linea con i pilastri tematici della politica comunitaria.

È necessaria una organizzazione della comunicazione sinergica e la funzione della comunicazione aziendale, in questo quadro di riferimento, assume la funzione di cabina di regia in grado di gestire, coordinare e monitorare i messaggi di comunicazione, con grande attenzione alla rete relazionali e agli strumenti di comunicazione.



Il patrimonio inscindibile che caratterizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, assistenza, didattica e ricerca, rappresenta un punto di forza e un elemento peculiare dell'offerta. Notevole importanza al fine di valorizzare l'offerta è data alla comunicazione interna ed esterna, che restituisca all'Azienda-Scuola un quadro composito e armonico in cui esaltare le reciproche eccellenze. Scuola e Azienda definiscano una comune strategia di comunicazione ed un piano di comunicazione condiviso.

2.9 La formazione come strumento per condividere il cambiamento

La formazione permanente è un diritto/dovere degli operatori del servizio sanitario per l'intero arco della loro vita professionale. Lo scopo che il Ministero della Salute si prefigge attraverso le attività di Educazione Continua in Medicina (ECM) è quello di aggiornare e rafforzare le competenze degli operatori sanitari, nell'ottica di migliorare la qualità dell'assistenza in settori rilevanti delle cure (prevenzione, diagnostica, terapia, riabilitazione), dove per assistenza di buona qualità si intende un sistema di cure equo, accessibile, culturalmente accettabile, basato il più possibile sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulla centralità e sulla partecipazione dell'utente/paziente e, per quanto possibile, orientato ad una riduzione di costi e sprechi.

Per la Scuola di Medicina e Chirurgia, la formazione continua è il proseguimento naturale della formazione curricolare, che della Scuola rappresenta la *mission*, ed è uno strumento efficace per aggiornare gli operatori del servizio sanitario sui nuovi rapidi avanzamenti delle conoscenze e delle tecniche in campo biomedico.

Per l'AOU, la formazione continua rappresenta una leva strategica di sostegno ai processi di aziendalizzazione ed una delle azioni elettive di promozione della *mission* aziendale di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Per Scuola e Azienda la formazione rappresenta uno strumento per veicolare il cambiamento organizzativo e le nuove linee programmatiche condivise. In particolare, le attività formative costituiscono un supporto fondamentale per favorire la conoscenza dello scenario di riferimento, discutere e confrontarsi sulle problematiche e le possibili soluzioni operative, strutturare e definire gruppi di lavoro multidisciplinari che lavorino per obiettivi e target di attività, in linea di coerenza con gli obiettivi organizzativi definiti dall'Azienda e dalla Scuola.

Attraverso l'elaborazione del piano annuale della formazione, Azienda e Scuola declinano con un'offerta formativa personalizzata per fasce di destinatari, gli obiettivi condivisi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi, gestionali, comunicativi.

Tra le metodologie utilizzate, per favorire ottimizzazione dei tempi e dei costi, ampio spazio sarà dato alla Formazione a Distanza(FAD).



Al fine di qualificare maggiormente gli operatori, rilevante importanza è assunta dalla formazione. Per l'AOU, la formazione dei propri operatori rappresenta una leva strategica di sostegno ai processi di aziendalizzazione ed una delle azioni elettive di promozione della mission. Per Scuola e Azienda la formazione rappresenta uno strumento per veicolare il cambiamento organizzativo e le nuove linee programmatiche condivise. Strumento strategico è il Piano annuale della formazione.

2.10 Ricerca e sviluppo a servizio dell'assistenza: percorsi di condivisione e internazionalizzazione

L'attività di ricerca svolta nell'ambito della Scuola di Medicina e Chirurgia si pone come obiettivo non solo gli sviluppi e le soluzioni delle patologie ma anche identificare i migliori strumenti di cura, le tecnologie e le metodiche di nuova generazione nella diagnosi e nel trattamento dei pazienti e di essere sempre all'avanguardia

nell'applicazione di terapie innovative da inserire nella piattaforma di offerta assistenziale. L'attività di Ricerca e sviluppo si pone l'obiettivo di stimolare, incrementare e supportare le attività di ricerca istituzionale, di facilitare il trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica e valorizzare i risultati della ricerca applicata. Strettamente connessa all'attività di ricerca è la partecipazione alle iniziative strategiche a livello nazionale ed internazionale, soprattutto in ambito comunitario, attraverso il coinvolgimento in network tematici. Di assoluta rilevanza la collaborazione con il Comitato Etico chiamato a valutare le condizioni di eticità dei protocolli di sperimentazione ed a verificare che siano salvaguardati la sicurezza, l'integrità ed i diritti dei pazienti che partecipano agli studi clinici.

Nella prospettiva della progettazioni e dei pillars europei, al fine di aumentare la competitività dell'Azienda e la sua capacità di autofinanziare percorsi e progetti di valenza nazionale e internazionale, i professionisti a raccordo della Ricerca e dello Sviluppo sono chiamati a svolgere una funzione di costante supporto operativo per i percorsi di ricerca. L'obiettivo è riuscire a individuare tematiche di interesse per i programmi europei e stabilire percorsi di condivisione e integrazione delle conoscenze, tra scienziati e operatori-progettisti.

Un modello di scambio continuo che garantisce alla Scuola un supporto strategico operativo di interfaccia con gli interlocutori europei e all'Azienda la disponibilità di un *know how* scientifico e di ricerca di altissimo **impact factor**. In tal senso, si sviluppa una potenziale "cerniera" di complementarità disciplinari, in un processo osmotico costante tra competenze e capacità organizzativo - gestionali che valorizza ambedue le interfacce e diventa foriero di una costante e progressiva crescita della Azienda e della Scuola intertermini di accountability e risorse.



L'attività di Ricerca e sviluppo si pone l'obiettivo di stimolare, incrementare e supportare le attività di ricerca istituzionale, di facilitare il trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica e valorizzare i risultati della ricerca applicata. Di assoluta rilevanza la collaborazione con il Comitato Etico chiamato a valutare le condizioni di eticità dei protocolli di sperimentazione ed a verificare che siano salvaguardati la sicurezza, l'integrità ed i diritti dei pazienti che partecipano agli studi clinici.

2.11 Comunicazione, Formazione, Ricerca e Sviluppo: le coordinate dell'innovazione

La Scuola di Medicina e Chirurgia e l'Azienda, nell'affermare, riconoscere e consolidare il reciproco rapporto di scambio e supporto, tracciano un profilo identitario che configura le premesse di un agire comune e condiviso in ambito interno ed esterno.

Pensare insieme, fare insieme, riconoscersi come un *unicum* che, pur nelle rispettive autonomie, è in grado di percepirsi come caratterizzato da tre interfacce (assistenza, didattica, ricerca), interconnesse e, di fatto, inscindibili.

In tale prospettiva, Azienda e Scuola necessitano di alcune leve strategiche finalizzate a favorire la condivisione di tale dimensione identitaria che, pur riconoscendo la tradizionale dinamica di un policlinico universitario, si configura come profondamente innovativa nelle prassi attuative.

La funzione della comunicazione, le attività della formazione e le progettualità in ambito della ricerca e dello sviluppo rappresentano tre aree strategiche in cui, l'interconnessione tra l'assistenza, la didattica e la ricerca si attua e prende vita e nel contempo si veicola e trasmigra, progressivamente costruendo una nuova immagine della Scuola e dell'Azienda in grado di permeare l'interno e trasferirsi coerentemente all'esterno.

Comunicazione, formazione, ricerca e sviluppo sono a loro volta interconnesse grazie alla presenza di un team multidisciplinare trasversale che è in grado di coordinare, gestire e monitorare gli interventi nei tre ambiti e di interfacciarsi con eventuali altri settori utili a svolgere funzioni finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi. Una intersezione delle aree, necessaria per garantire una direzione coerente su tutti gli ambiti di intervento.

Tale organizzazione rappresenta un *know-how* che l'Azienda ha costruito e che ha già una sua modalità di regolare funzionamento. È, pertanto, da ritenersi un patrimonio di competenze e *expertise* già funzionale al rinnovato rapporto che l'Azienda e la Scuola intendono costruire, caratterizzato da convergenze e comuni obiettivi.

Comunicazione, formazione, ricerca e sviluppo costituiscono, quindi, delle leve strategiche per il cambiamento dell'assetto organizzativo dell'Azienda e per il nuovo percorso che vede Azienda e Scuola impegnate a veicolare, nell'operatività, la condivisa *mission*. Tali leve strategiche possono, quindi, a pieno titolo considerarsi strumenti pronti all'utilizzo, tenuto conto che le tre aree già ad oggi garantiscono un flusso costante e permanente di attività efficaci ed efficienti e mettono a disposizione metodologie di lavoro validate grazie all'esperienza sul campo.



Azienda e Scuola necessitano di alcune leve strategiche finalizzate a favorire la condivisione di una dimensione identitaria univoca, pur riconoscendo la tradizionale dinamica di un policlinico universitario, si configura come profondamente innovativa nelle prassi attuative. Comunicazione, Formazione e Ricerca e Sviluppo rappresentano le tre aree strategiche in cui, l'interconnessione tra l'assistenza, la didattica e la ricerca si attua e prende vita, pertanto rappresentano le leve strategiche per il cambiamento dell'assetto organizzativo dell'Azienda e per il nuovo percorso che vede Azienda e Scuola impegnate a veicolare nell'operatività la condivisa mission.

3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E I MECCANISMI OPERATIVI

Ai fini di una migliore condivisione dei contenuti del POFA, si commentano di seguito i presupposti logici e definitori che sono alla base delle scelte organizzative (**gli assetti organizzativi**) e degli schemi grafici (**gli organigrammi**) in cui trovano espressione tali scelte.

A livello di progettazione, l'assetto organizzativo è la configurazione risultante dal combinarsi della struttura organizzativa con i sistemi operativi (in particolare con quelli relativi alla programmazione e controllo ed alla gestione del personale). In tal senso, la combinazione tra queste dimensioni progettuali determina il funzionamento atteso dell'organizzazione, descrivendo le relazioni gerarchiche ed i ruoli chiave nell'esercizio delle responsabilità connesse ai livelli gerarchici (determinate in larga parte dal funzionamento dei sistemi operativi).

Il funzionamento effettivo dell'organizzazione sarà comunque condizionato da una variabile endogena non contenuta, né schematizzabile nelle scelte progettuali: **la cultura organizzativa**. Gli assetti organizzativi "contengono" (ossia, derivano da, manifestano e producono) valori, idee e convinzioni che sono utilmente riconducibili al concetto di cultura organizzativa, da cui consegue una possibile discrasia tra assetto formale e assetto reale determinato dal come le persone percepiscono ed interpretano i propri ruoli e le scelte aziendali. Dimensioni quali la leadership, le competenze tecniche, il carisma, ecc. espresse dalle persone ed il grado di fiducia e credibilità delle scelte aziendali afferiscono alla "sfera culturale" dell'organizzazione e sono determinanti nel condizionarne il funzionamento.

Resta inteso che il POFA rappresenta lo schema progettuale ritenuto più appropriato al momento per l'azienda e che le attese sono di un funzionamento coerente con le scelte in esso dichiarate. Tuttavia, sussistendo un dinamismo naturale nell'organizzazione, determinato da mutamenti esterni ed interni, gli assetti organizzativi determinati con il POFA potranno essere soggetti a futuri adeguamenti con atti specifici.

La **struttura organizzativa** rappresenta l'insieme coordinato delle modalità di distribuzione delle attività, dei compiti e delle responsabilità tra i vari organi od unità organizzative aziendali. La struttura organizzativa definisce gli organi aziendali e le relazioni gerarchiche tra gli stessi ed implicitamente individua gli insiemi di responsabilità, di attività e di compiti assegnati ad ogni organo. Essa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi. L'organigramma permette di "leggere" la struttura organizzativa in termini di relazioni di sovra ordinazione o subordinazione. In termini di compiti e responsabilità attribuite alle articolazioni aziendali, si distinguono due dicotomie fondamentali.

La prima si riferisce ai contenuti operativi e distingue tra:

- **articolazioni strutturali e funzionali:** le articolazioni definibili come strutturali (o con compiti prevalenti di tipo gestionale), sono quelle a cui è decentrata la gestione di fattori produttivi significativi per quantità e valore economico, ed il cui obiettivo principale è l'amministrazione (intesa come programmazione, controllo, organizzazione, ecc.) efficiente ed efficace delle risorse ad esse assegnate. Le articolazioni strutturali hanno autorità sovra-ordinata rispetto alle unità operative che le compongono, e comportano un importante sforzo gestionale per la loro conduzione. Le articolazioni definibili come funzionali (o con compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico o di coordinamento), che operano come tecnostrutture con compiti di supporto alla programmazione, di coordinamento, di produzione di indirizzi tecnico-scientifici, di elaborazione di linee guida e protocolli, di supervisione di eventuali progetti speciali, di programmazione della formazione di tipo specialistico, di controllo e di standardizzazione della qualità dei servizi e prestazioni resi dalle unità organizzative di produzione. Queste articolazioni hanno "limitate" risorse assegnate, di entità certamente minore rispetto alle articolazioni strutturali, in quanto svolgono attività assimilabile a quella di "consulenti interni" per la direzione e per l'intera organizzazione. Le articolazioni funzionali operano per facilitare e supportare i compiti delle unità strutturali.

È bene specificare che le due tipologie di articolazioni sopra descritte rappresentano gli estremi di un continuum lungo cui possono collocarsi le singole unità aziendali. In questo senso, le articolazioni funzionali possono avere anche compiti operativi di gestione, mentre le articolazioni strutturali possono e devono svolgere funzioni di standardizzazione dei processi, di verifica della qualità, di monitoraggio della produzione. In relazione allo spettro delle responsabilità, dei compiti, delle funzioni e delle risorse (fattori produttivi) assegnati a ciascuna unità organizzativa, che potrà avvicinarsi ad uno degli estremi del continuum o configurarsi come una situazione intermedia che controlla alcuni fattori produttivi e si limita a coordinare e fornire indirizzi tecnico-specialistici rispetto ai restanti fattori. È la prevalenza di uno dei tipi di responsabilità a definire la connotazione di massima attribuita all'articolazione;

- **articolazioni di line e di staff.** Tale distinzione, utilizzabile per qualsiasi livello organizzativo, prevede che gli organi di line sono collegati lungo la catena gerarchica (la line) e sono fondamentali per il raggiungimento dei risultati aziendali (partecipano direttamente o come supporto primario, indispensabile, alla produzione). Le articolazioni organizzative strutturali, richiamate in precedenza, appartengono a questa categoria di organi. Gli organi di staff sono in "posizione laterale" rispetto alla catena gerarchica, nel senso che di regola non hanno relazioni di sovra-ordinazione, ma una sola di subordinazione (afferente o direttamente alla direzione aziendale o ad una altra articolazione di line aziendale). Di norma, nelle rappresentazioni grafiche delle strutture organizzative, gli organi che svolgono funzioni di line sono rappresentati lungo la linea verticale, quelle di staff su quella orizzontale.

I **sistemi operativi** fungono da tensori della struttura, evitando che si appiattisca o verticalizzi eccessivamente e completano di contenuti i ruoli connessi alle responsabilità gerarchiche. In questo senso, ad esempio, la reale portata della direzione di un dipartimento è in larga parte commisurata al ruolo che il direttore del dipartimento svolge nei processi di programmazione e controllo (definizione obiettivi, collegamento

obiettivi-incentivi, negoziazione risorse, ecc.) e di gestione delle risorse umane (proposte sulle progressioni di carriera, valutazione dell'operato, ecc.).



La struttura organizzativa definisce gli organi aziendali e le relazioni gerarchiche tra gli stessi ed implicitamente individua gli insiemi di responsabilità, di attività e di compiti assegnati ad ogni organo. Essa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi.

Essa prevede:

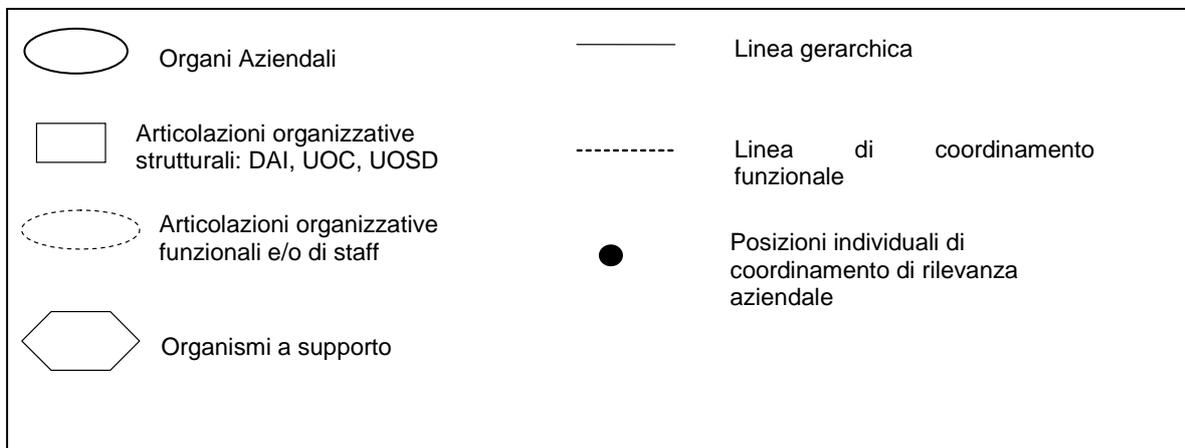
- articolazioni strutturali (o con compiti prevalenti di tipo gestionale) e funzionali (o con compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico o di coordinamento). Tra queste articolazioni si collocano le altre unità aziendali;
- articolazioni di line (partecipano direttamente o come supporto primario, indispensabile, alla produzione) e di staff (afferente o direttamente alla direzione aziendale o ad una altra articolazione di line aziendale).

I meccanismi operativi rappresentano i sistemi di regole e principi che rendono operativa la struttura organizzativa, indirizzando gli organi verso gli obiettivi aziendali.

La struttura organizzativa

Gli organigrammi di seguito presentati e commentati in questo documento si fondano sull'utilizzo dei seguenti segni grafici, a cui corrisponde un significato semantico preciso, riportato nella figura sottostante.

Figura 25: Organigramma- legenda



3.1 Rappresentazione della struttura organizzativa

La rappresentazione grafica della Struttura Organizzativa dell'AOU Federico II è rappresentata nella figura seguente.

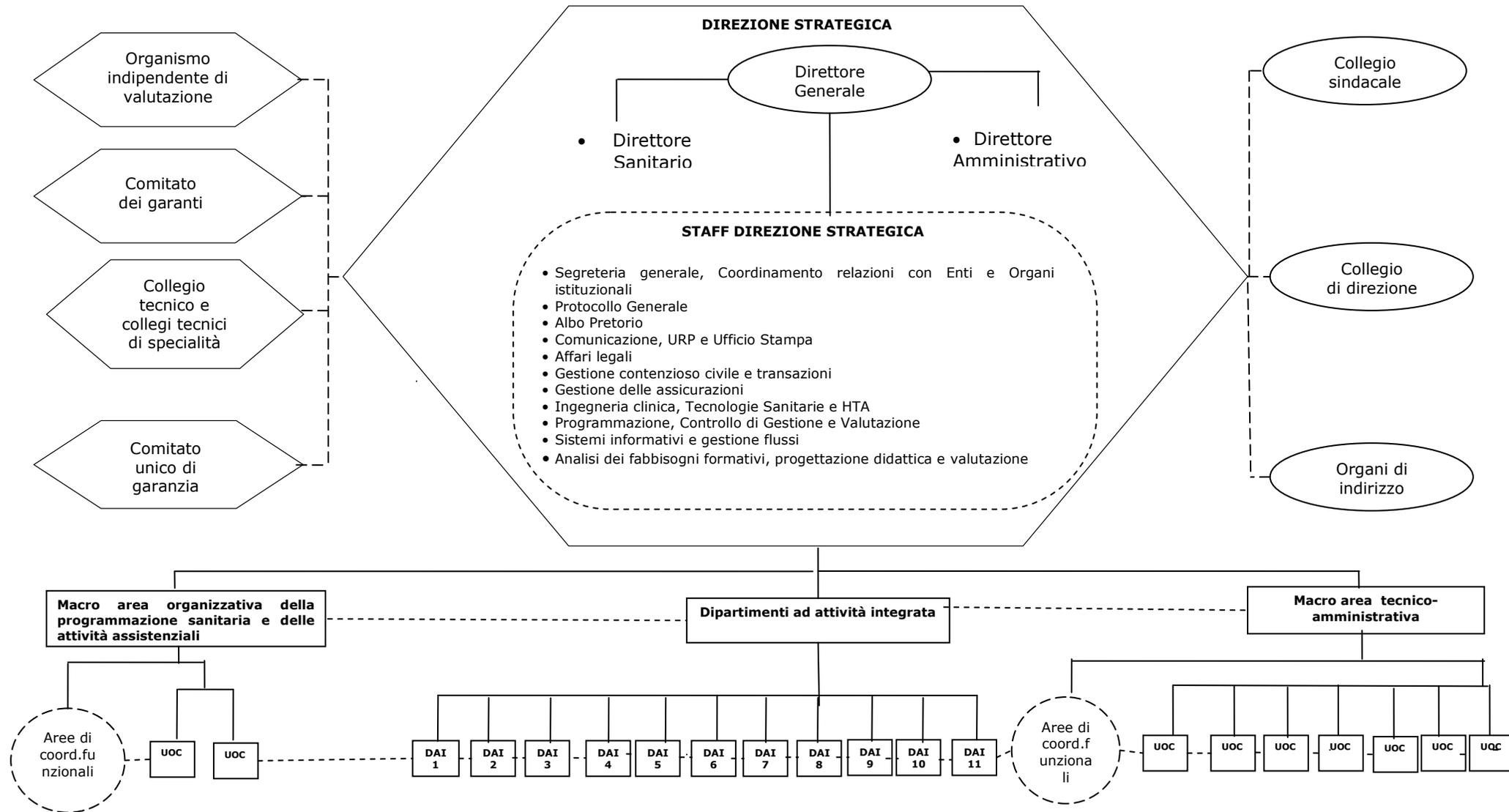


Figura 26: La Macro Struttura Organizzativa

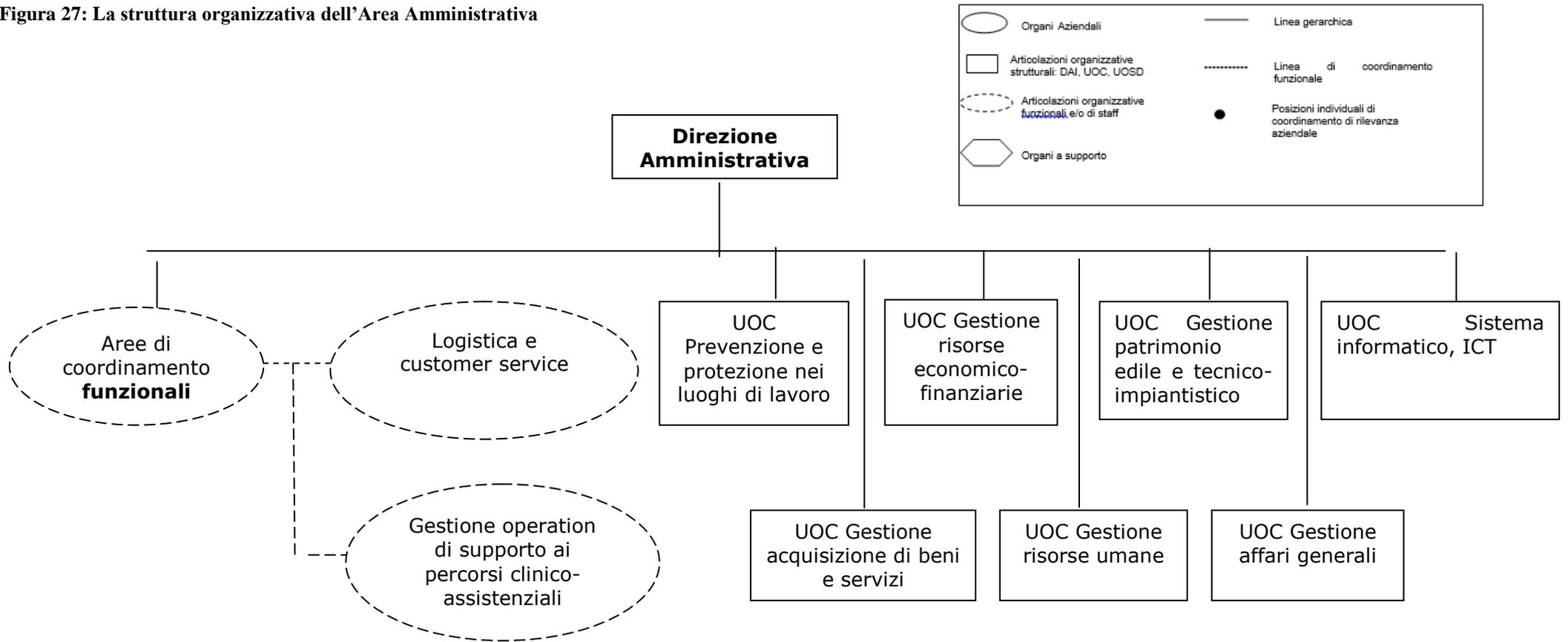
3.1.1 La macro area tecnico- amministrativa

Per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è individuata la macro area organizzativa delle attività tecnico-amministrative. Essa favorisce lo svolgimento di una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali.

L'intera macro area si pone in una logica di servizio nei confronti dei clienti interni sulla base di accordi che prevedano tipologie di prodotti offerti, modalità di erogazione, standard qualitativi garantiti nei tempi e nei modi concordati. La macro area, operando nell'ambito degli indirizzi, prescrizioni e programmi del Direttore Amministrativo, ha il precipuo compito di realizzare uno stretto raccordo delle strutture organizzative centrali e periferiche per l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. A tale riguardo, risultano di particolare rilievo le funzioni che andranno a svolgere le due aree di coordinamento funzionale deputate a presidiare la logistica e la customer service e le attività di supporto tecnico-amministrativo ai processi clinico-assistenziali. La macro-area assicura il raccordo, l'integrazione ed il razionale svolgimento delle diverse funzioni di competenza, predisponendo, a tal fine, le direttive di carattere generale. Predisporre un programma annuale di interventi, con gli obiettivi da raggiungere, nonché i criteri di utilizzo delle risorse disponibili negoziate con la Direzione strategica nell'ambito della programmazione aziendale; Assicura il raccordo, l'omogeneità e l'integrazione dei programmi delle UU.OO. complesse facenti parte della macro area Dipartimento medesimo.

In considerazione della particolare configurazione aziendale connotata dalla presenza di rilevanti nuclei di attività amministrative necessari al regolare svolgimento dell'attività assistenziale sia presso i singoli Dipartimenti ad attività integrata che presso la macro area della Programmazione sanitaria e delle Attività assistenziali, il Direttore amministrativo può delegare un responsabile di struttura complessa al presidio di una funzione di coordinamento di natura strettamente funzionale di tutte le attività e di tutto il personale amministrativo e tecnico operante presso la macro area della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali e presso i singoli DAI. Tale personale tecnico-amministrativo, dal punto di vista gerarchico, continuerà ad essere subordinato, rispettivamente al responsabile dell'UO Amministrativa della macro area della Programmazione Sanitaria e delle attività assistenziali ed ai Direttori dei DAI, mentre dal punto di vista funzionale, insieme al responsabile dell'UO Amministrativa del Dipartimento della Programmazione Sanitaria e delle Attività Produttive ed ai segretari amministrativi dei DAI, risponderà direttamente al delegato del Direttore amministrativo.

Figura 27: La struttura organizzativa dell'Area Amministrativa



3.1.1.1 Le Strutture organizzative

- **UOC Gestione acquisizione beni e servizi**

L'unità operativa complessa predispone quanto di competenza per la realizzazione di appalti, gare e la stipula di contratti. E' di sua competenza la pianificazione operativa degli acquisti e l'individuazione, sulla scorta e nel rispetto della normativa vigente, delle specifiche procedure da adottare per ogni singolo processo di acquisto, nonché la liquidazione delle fatture relative agli acquisti medesimi. Tali attività sono articolate in: economato, appalti e gare, acquisti con norme di diritto privato, liquidazione fatture. L'unità operativa complessa utilizza tutti gli strumenti consentiti dalla normativa vigente e dalle direttive regionali. In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, secondo le modalità di cui alla L. n.241/ 90 e smi e nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza dei dati personali.

L'Unità operativa svolge inoltre attività di:

- gestione degli acquisti di modico importo secondo apposito regolamento, la gestione ed il funzionamento dei servizi economati generali e del magazzino generale nonché dei magazzini periferici con la relativa contabilità;
- la distribuzione dei beni e dei materiali di consumo ad esclusione di quelli di competenza del magazzino farmaceutico.

L'UOC è composta dalle seguenti unità **organizzative**:

- Provveditorato, programmazione acquisti
- Acquisizione farmaci e presidi sanitari
- Economato
- Supporto R.U.P.
- Rapporti con aggregatori di spesa
- Mercato elettronico
- Gestione gare, acquisizione beni e servizi
- Gestione gare, acquisizione farmaci e dispositivi
- Gestione acquisti urgenti
- Gestione magazzino

- **UOC Gestione Affari Generali**

Sovrintende alla gestione delle attività inerenti gli organi ed organismi aziendali e alle convenzioni nelle quali non sia previsto l'utilizzo di risorse umane. Garantisce:

- relazioni con altri organi ed organismi aziendali ed altri Enti ed in particolare con la Scuola di Medicina e Chirurgia
- la stipula e la gestione delle convenzioni con enti pubblici e privati, che non hanno per oggetto il personale;
- le attività di ricerca, sviluppo e fund reasing
- le attività legate alla complessa gestione delle iniziative relative all'implementazione delle direttive normative in materia di privacy, trasparenza ed anticorruzione
- altre attività non riconducibili ad altre unità operative;

Risulta composta dalla seguenti **unità organizzative**:

- Ricerca e sviluppo
- Rapporti Scuola/Azienda
- Affari istituzionali
- Rapporti con Scuola di Medicina e Chirurgia ed Ateneo

- Rapporti programmatici per la formazione (Scuola-Regione-AOU)
- Gestione contabile fondi della Presidenza
- Elaborazione dati ed attività informatica della Presidenza

- **UOC Gestione patrimonio edile e tecnico-impiantistico**

Provvede alla organizzazione e alla gestione della manutenzione del patrimonio immobiliare, mobiliare ed impiantistico dell'Azienda.

- aggiorna ed archivia schede relative agli immobili e agli impianti tecnologici, anche ai fini della sicurezza
- controlla l'attuazione dei piani di manutenzione programmata ordinaria e straordinaria sia sul patrimonio impiantistico tecnologico che su quello immobiliare e mobiliare.
- cura, inoltre, la progettazione di nuove opere ed il controllo sulle progettazioni affidate a professionisti esterni, la predisposizione e l'espletamento delle procedure di gara e di aggiudicazione dei lavori, la direzione dei lavori o la sorveglianza sulla direzione degli stessi, se affidata a tecnici esterni;
- la gestione degli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, dei controlli sulla loro esecuzione e degli atti liquidatori conseguenti;
- la gestione diretta degli interventi di manutenzione eseguiti in economia;
- la gestione della manutenzione tecnica degli impianti tecnologici;
- la gestione e l'approvvigionamento dei servizi logistici;
- la gestione dei contratti per le utenze elettriche e per la fornitura di acqua e gas;
- l'ottimizzazione degli interventi di risparmio energetico e di adeguamento alle normative per la sicurezza
- sovrintende alla mobilità interna ed al controllo dei varchi esterni.

Risulta composta dalla seguenti **unità organizzative**:

- Gestione patrimonio edilizio, art. 20
- Gestione impianti elettrici, elevatori e similari
- Gestione dei percorsi di accessibilità, viabilità e logistica interna
- Gestione patrimonio edile
- Gestione Impianti termotecnici e similari

- **UOC Gestione delle risorse economico-finanziarie**

L'unità operativa complessa cura in particolare:

- la programmazione economica e finanziaria,
- la predisposizione dei bilanci pluriennali, di previsione annuali, dei consuntivi e del piano dei conti,
- la predisposizione dei bilanci di esercizio e dei rendiconti,
- il monitoraggio e la verifica della procedura di certificabilità di bilancio
- la predisposizione delle eventuali variazioni necessarie in corso di esercizio,
- la contabilizzazione delle autorizzazioni di ricavo e di costo, i riscontri e le scritture della contabilità generale connesse alle fasi di accertamento dei ricavi e di liquidazione dei costi e gestione delle procedure di riscossione e pagamento;
- provvede, pertanto, alla tenuta della contabilità generale dell'Azienda e dei relativi registri obbligatori (Registro Fatture di Acquisto, Registro Fatture di Vendita, Libro Giornale) mediante l'organizzazione interna delle attività per la gestione delle entrate, delle spese, degli adempimenti fiscali, nonché degli adempimenti relativi alla contabilità economico-patrimoniale;
- gestione della cassa economica centrale e di vigilanza sulle casse periferiche.

Risulta composto dalle seguenti **unità organizzative**:

- Gestione Bilancio e rendicontazione – Gestione amministrativa e programmazione finanziaria
- Gestione entrate/uscite - Adempimenti fiscali
- Contabilità generale (Gestione forniture e contratti di servizio)
- Gestione casse ed acquisti tramite cassa
- Contabilità stipendi personale aziendale
- Indennità stipendiali personale universitario
- Fatturazioni AOU
- Elaborazioni compensi
- Liquidazione convenzioni e personale contrattista
- Protocollo dell'UOC

- **UOC Gestione delle risorse umane**

L'unità operativa complessa si occupa di curare, da un punto di vista amministrativo, giuridico ed economico, gli adempimenti relativi alle risorse umane assegnate all'Azienda. Si articola al suo interno in attività per l'assistenza, la previdenza e per le procedure concorsuali e disciplinari. Assicura inoltre la tenuta e l'aggiornamento dei fascicoli personali dei dipendenti e degli elenchi del personale dipendente divisi per ruolo, qualifica e centro di responsabilità di assegnazione. Sovrintende alla verifica del rispetto delle disposizioni in materia di straordinario, aspettative, congedi ordinari e permessi. Assicura la gestione di competenza degli accordi di lavoro, la gestione della dotazione organica, la gestione dei dati relativi alle presenze.

Risulta composta dalle seguenti **unità organizzative**:

- Gestione stato giuridico e reclutamento
 - Trattamento economico e quiescenza
 - Relazioni sindacali e con Enti esterni
 - Reclutamento del personale – Gestione specialistica ambulatoriale
 - Convenzioni con AA. OO. e ASL – Procedimenti disciplinari
 - Gestione personale sanitario, tecnico amministrativo e dirigenza
 - Protocollo dell'UOC

- **UOC: Sistema informatico, ICT**

Organizza la gestione dell'intero sistema informatico aziendale attraverso: la ottimizzazione dei flussi informativi tra le strutture interne al fine di consentire alla Direzione strategica la disponibilità costante dei dati di governo; la definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali e la cura della sua attuazione sulla base delle risorse finanziarie disponibili; il coordinamento di tutte le richieste di acquisizione di strumenti informatici; la predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzioni delle procedure e delle apparecchiature informatiche e di telefonia; la identificazione, addestramento e responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nelle diverse procedure informatiche; la cura dei rapporti con il Sistema Informatico Regionale.

Risulta composto dalle seguenti unità organizzative

- Gestione reti ed infrastrutture tecniche
- Gestione tecnologia informatica sanitaria
- Gestione tecnologia informatica amministrativa
- Webmaster
- **UOC: Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro**

La Struttura complessa cura gli adempimenti in materia di protezione dei lavoratori e bonifica degli ambienti di lavoro; propone provvedimenti finalizzati alla prevenzione degli infortuni sul lavoro ed alla sicurezza per l'utenza; assicura la corretta applicazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e delle norme ad esso collegate; opera sulle problematiche (strutturali, architettoniche, ergonomiche, di tutela ambientale, di sicurezza e salute dei lavoratori e degli utenti in genere) connesse alle progettazioni ed alla esecuzione delle stesse, compatibilmente con le destinazioni d'uso, degli ambienti di lavoro e relativi impianti. La Struttura Complessa collabora con la Direzione sanitaria e con il DAI di Sanità Pubblica per l'integrazione tra le funzioni tecniche e quelle di pertinenza chimico-biologica e di medicina del lavoro.

L'UOC, al suo interno, è costituita dalla seguente unità organizzativa:

- Gestione delle emergenze e prevenzione incendi



La macroarea tecnico-amministrativa avente una struttura gerarchica, favorisce lo svolgimento di una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. Opera nell'ambito degli indirizzi, prescrizioni e programmi del Direttore Amministrativo con il compito di realizzare uno stretto raccordo delle strutture organizzative centrali e periferiche per l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. Il Direttore amministrativo può delegare un responsabile di struttura complessa al presidio di una funzione di coordinamento di natura strettamente funzionale di tutte le attività e di tutto il personale amministrativo e tecnico.

Le unità organizzative della macro area tecnico-amministrativa sono:

UOC Gestione acquisizione beni e servizi

UOC Gestione Affari Generali

UOC Gestione patrimonio edile e tecnico-impiantistico

UOC Gestione delle risorse economico-finanziarie

UOC Gestione delle risorse umane

UOC Sistema informatico, ICT

UOC Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLO STAFF DI DIREZIONE AZIENDALE

3.1.2 Lo Staff della Direzione Strategica

Lo staff della Direzione strategica si qualifica in termini di tecnostruttura e costituisce segmento organizzativo autonomo rispondente esclusivamente alla Direzione Strategica.

L'articolazione organizzativa è di seguito rappresentata: Segreteria Generale e coordinamento relazioni con gli altri Organi istituzionali ed Enti vari; Protocollo generale; Albo Pretorio; Affari Legali; Gestione contenzioso civile e transazioni; Gestione delle assicurazioni; Ingegneria clinica; Comunicazione interna e relazioni esterne, Informazione e rapporti con i media; Programmazione, Controllo di gestione

e valutazione; Sistemi informativi e gestione flussi.

3.1.2.1 Le Strutture organizzative

- **Segreteria generale, Coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali**

La presente articolazione assolve i compiti tipici di una segreteria e quindi è deputata, tra gli altri, alle seguenti attività:

1. ricezione ed archiviazione della corrispondenza in entrata ed in uscita della Direzione Generale, Amministrativa e dello Staff
2. esame preventivo della posta in arrivo per lo smistamento ai Servizi e/o Uffici competenti
3. gestione del protocollo della posta in entrata e in uscita;
4. predisposizione ed aggiornamento dell'agenda del Direttore Generale e del Direttore amministrativo
5. relazione con organi aziendali (Collegio Sindacale, Organo di Indirizzo, Collegio di Direzione, OIV e Collegio Tecnico)
6. redazione della rassegna stampa quotidiana
7. espletamento di ogni ulteriore incarico affidato direttamente al responsabile della Segreteria dal Direttore Generale o dal Direttore Amministrativo
8. Archiviazione e pubblicazione all'Albo pretorio delle deliberazioni e trasmissione delle stesse al Collegio Sindacale

- **Protocollo generale**

- **Albo Pretorio**

La presente articolazione funge da supporto tecnico-logistico alla redazione delle delibere del Direttore Generale con relativa archiviazione, sia cartacea che on-line, nonché di pubblicazione all'Albo pretorio e trasmissione delle stesse al Collegio Sindacale

- **Affari Legali**

Sovrintende alle attività legate al contenzioso amministrativo e di lavoro; fornisce consulenza legale; coordina l'attività di riscontro al Collegio Sindacale, attende alla complessa gestione del Legal app, sovrintende alle attività di predisposizione della definizione della short list dei legali di libero foro

- **Gestione contenzioso civile e transazioni**

Sovrintende alle attività legate al contenzioso civile e elabora atti transattivi con i creditori/debitori.

- **Gestione assicurativa**

Sovrintende alle attività legate al contenzioso assicurativo e all'attivazione delle polizze assicurative, provvedendo anche alla registrazione Simes.

Comunicazione, URP e Ufficio Stampa

L'obiettivo dell'unità organizzativa è garantire l'integrazione della attività comunicative interne e il coordinamento complessivo della comunicazione esterna aziendale.

Con l'obiettivo di garantire ai professionisti, al personale tutto e agli utenti esterni un costante flusso di comunicazione, assicura il coordinamento della comunicazione, attraverso tutti i canali disponibili.

In particolare,

- garantisce coerenza, sinergia e tempestività della comunicazione aziendale;
- favorisce coesione interna e progettazioni intergrate e multidisciplinari;
- coordina processi di cambiamento che richiedano interventi formativi in ambito comunicativo;
- supporta la comunicazione della Direzione aziendale nei confronti delle Istituzioni e degli stakeholder;
- coordina l'Ufficio Relazioni con il Pubblico per una trasparente gestione del rapporto con l'utenza;
- cura integralmente i contenuti del web magazine aziendale e coordina il team redazionale;
- cura la coerenza e le linee comunicative del portale internet e coordina la sezione notizie;
- coordina e gestisce i social media aziendali garantendo continuità di pubblicazione e tempestività di risposta.

Con l'obiettivo di promuovere una coerente e coordinata immagine aziendale, cura le relazioni con il mondo dell'informazione, attraverso tutti i canali di comunicazione disponibili.

In particolare,

- valorizza le attività assistenziali, formative e di ricerca promosse dall'Azienda e, di conseguenza, il lavoro dei professionisti e degli operatori dell'Azienda;
- dà massima diffusione e rende chiare le scelte strategiche aziendali;
- garantisce agli organi di informazione tempestiva e corretta comunicazione con un approccio proattivo e nelle situazioni di urgenza.

•Ingegneria clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA

Costituisce l'unità organizzativa che si occupa della valutazione delle proposte di acquisto e della gestione, collaudo e manutenzione delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie, con l'obiettivo primario di garantirne l'uso sicuro, appropriato ed economico. L'unità organizzativa assume un ruolo di supporto alla Direzione aziendale per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie, attraverso le seguenti principali attività: programmazione e valutazione degli acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle tecnologie biomediche in dotazione all'Azienda, gestione dell'uso e messa in sicurezza delle tecnologie, health technology assessment e information technology in ambito sanitario.

A tale scopo l'unità organizzativa deve promuovere attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia, nonché a tutti gli altri aspetti connessi all'utilizzo del parco tecnologico biomedicale aziendale.

In particolare all'unità organizzativa sono affidate le seguenti principali funzioni:

- presa in carico delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie attraverso procedure tecnico-gestionali (verifiche di conformità e collaudi);
- aggiornamento e revisione dell'inventario tecnico del parco tecnologico biomedicale aziendale;

- controllo sui conti di spesa destinati alla manutenzione delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie;
- predisposizione dei piani annuali delle attività di manutenzione programmata, dei controlli funzionali e delle verifiche di sicurezza elettrica e verifica dell'attuazione dei piani manutentivi;
- presa in carico, gestione e controllo degli interventi di manutenzione correttiva (su chiamata);
- contratti di manutenzione:
 - predisposizione di un piano annuale di manutenzione eseguita sia con personale interno e/o con l'ausilio di ditte esterne specializzate;
 - verifica dell'attuazione del piano manutentivo annuale;
 - gestione e controllo degli interventi correttivi su attrezzature inviate presso ditte di assistenza tecnica.
- programmazione investimenti tecnologici. Il programma di acquisto delle tecnologie sanitarie deve tenere conto dell'evoluzione della tipologia dei servizi, dell'obsolescenza delle tecnologie biomediche in uso, dell'adeguamento alla normativa tecnica, dell'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.
- gestione del piano di dismissione delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie.

All'unità organizzativa inoltre sono attribuiti i seguenti compiti:

- predisposizione del piano triennale ed annuale del rinnovamento delle tecnologie biomediche per ciascun DAI;
- funzioni di supporto tecnico all'attività dei DAI legate all'introduzione di nuove tecnologie e alla sostituzione di attrezzature sanitarie e tecnologie biomediche vetuste/malfunzionanti/non conformi ecc.;
- raccolta ed elaborazione dei dati di attività e di utilizzo delle risorse tecnologiche biomedicali diretti al monitoraggio e alla verifica dei risultati raggiunti;
- formulazione di linee-guida, procedure, check list, in tema di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori in relazione all'utilizzo delle tecnologie biomediche e delle attrezzature sanitarie e promozione, d'intesa con i direttori dei DAI, dell'utilizzo corretto di strumenti e metodologie di miglioramento e controllo della qualità;
- parere sulle proposte dei direttori dei DAI in tema di formazione e aggiornamento del personale relativamente all'acquisizione di competenze relative all'introduzione di nuove tecnologie.

Trova, infine, spazio in tale unità la funzione di Horizon Scanning, particolarmente cruciale ai fini del trasferimento della ricerca nella pratica assistenziale.

• **Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione**

Svolge funzione di supporto alla Direzione Strategica per la formulazione di piani e programmi aziendali e per la valutazione dell'andamento gestionale, attraverso l'impiego di strumenti contabili ed extra contabili.

Si occupa inoltre della implementazione e del miglioramento continuo del sistema di contabilità analitica tramite l'identificazione dei centri di responsabilità aziendali e la definizione di un piano dei centri di costo e di monitoraggio.

Il sistema di contabilità analitica si basa sui sistemi informativi/informatici e su un datawarehouse aziendale in grado di produrre una reportistica accessibile via web ai vari dipartimenti assistenziali ed un cruscotto direzionale di supporto alla direzione strategica.

Competenza principale del controllo di gestione è il processo di budget che consiste nel definire, a seguito di negoziazione tra Direzione Strategica e Responsabili dei

Centri di Responsabilità, la programmazione economica di esercizio con la formulazione di obiettivi condivisi e la conseguente valutazione dei risultati attraverso la realizzazione di report.

Altre attività di competenza della P.O. sono:

- monitoraggio dei flussi informativi e del debito informativo aziendale verso enti esterni
- coordinamento del gruppo di lavoro sul monitoraggio degli adempimenti LEA e sugli obiettivi del Direttore Generale;
- mappatura delle attività e dei processi assistenziali con costruzione di diagrammi di flusso(work flow) ed eventuale reingegnerizzazione dei processi stessi;
- supporto nella costruzione e implementazione dei PDTA per le patologie croniche con collegamento ospedale-territorio (DCA n. 33/2016 e DCA n. 99/2016) anche ai fini degli adempimenti LEA;
- implementazione dei requisiti di accreditamento istituzionale definiti ai sensi del Reg. 3/2006 e del Reg. 1/2007 in particolare sugli articoli inerenti la politica, gli obiettivi ed il piano di attività;

Si occupa inoltre di analisi organizzative e di convenienza economica, make or buy e di valutazione di congruità di tariffe per prestazioni extralea.

E' coinvolto nelle attività di nell'implementazione della metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA) e Horizon Scanning in particolare per le valutazioni economiche e di costo-efficacia.

E' di supporto all'attività dell'OIV per quanto concerne la valutazione della performance ai sensi del D.Lgs.150/09. Si occupa inoltre di predisporre il Piano triennale della Performance.

Svolge attività di supporto al Comitato budget aziendale.

• **Sistemi informativi e gestione flussi**

La posizione si occupa di garantire il regolare svolgimento delle attività connesse agli adempimenti relativi al debito informativo ed a favorire la realizzazione e l'utilizzo di cruscotti informativi di tipo direzionale e gestionale atti a facilitare le azioni di governo e di gestione operativa. La posizione garantirà anche il costante aggiornamento degli indicatori di misurazione del raggiungimento degli obiettivi di carattere generale, specifico e tematico attribuiti al Direttore generale.

• **Analisi dei fabbisogni formativi, progettazione didattica e Valutazione**

L'unità organizzativa segue l'analisi dei bisogni formativi per individuare, nel rispetto degli obiettivi formativi indicati a livello nazionale e regionale, le attività di formazione permanente da programmare ed eseguire. L'unità organizzativa elabora e propone alla DG il piano annuale di formazione; identifica e propone alla DG un pool di docenti e tutor anche attraverso la creazione di un apposito Albo; cura, con il contributo dei componenti il comitato scientifico e dei docenti, la congruità, l'adeguatezza, la validità scientifica, la metodologia formativa, le modalità di esecuzione, la qualità dei materiali didattici utilizzati e di quelli forniti agli operatori e la valutazione degli eventi formativi; attribuisce i crediti ECM secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale valuta i risultati della formazione eseguita, utilizzando indicatori del processo formativo e di esito, relativi alla qualità dell'assistenza, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed alla soddisfazione degli operatori e degli utenti; provvede alla gestione del budget assegnato annualmente al servizio dall'Azienda per l'aggiornamento del personale interno e di quello ricavato dalle attività per operatori esterni all'Azienda, rendicontando nelle modalità previste dalla legge. Cura la tenuta

degli archivi degli eventi e dei crediti formativi del personale mediante un software dedicato.

Lo staff della Direzione strategica si qualifica in termini di tecnostruttura e costituisce segmento organizzativo autonomo rispondente esclusivamente alla Direzione Strategica.

Le unità organizzative dello staff sono:

- **Segreteria generale, Coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali**
- **Protocollo generale**
- **Albo Pretorio**
- **Affari Legali**
- **Gestione contenzioso civile e transazioni**
- **Gestione assicurativa**
- **Comunicazione, URP e Ufficio Stampa**
- **Ingegneria clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA**
- **Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione**
- **Sistemi informativi e gestione flussi**
- **Analisi dei fabbisogni formativi , progettazione didattica e valutazione**



3.2 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AREA SANITARIA

3.2.1 La macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali

La macro struttura organizzativa dell'area sanitaria ha come obiettivo principale il perseguimento del Governo Clinico attraverso il miglioramento continuo della qualità assistenziale attraverso il coordinamento e la promozione di condizioni sia sanitarie sia organizzative che sviluppino:

- la sorveglianza rispetto alle condizioni di rischio (risk management) all'interno dei processi assistenziali;
- l'integrazione tra le diverse specialità presenti in Azienda, allo scopo di offrire risposte globali ed esaustive ai pazienti con specifici problemi di salute (gestione per processi) e superare le inefficienze organizzative;
- il monitoraggio delle performance dei processi assistenziali, allo scopo di verificarne l'appropriatezza, le condizioni di qualità e lo sviluppo organizzativo, ovvero il posizionamento strategico delle attività dell'AOU Federico II e la gestione delle conoscenze innovative dall'ambito della ricerca a quello dell'assistenza.

La realizzazione dell'atto aziendale entro le coordinate appena descritte necessita lo sviluppo di forti sinergie di sistema che non possono che poggiare su una **macrostruttura definita** e nelle quali siano perfettamente delineate le filiere di **governo, di competenza e di responsabilità**. A questa finalità è rivolta la definizione delle **strutture organizzative** più avanti elencate e descritte.

Accanto alla componente "hardware", tuttavia, è necessario che l'AOU si doti di una trama **funzionale** che superi i confini fisici delle strutture e permetta di sviluppare una governance clinica orientata all'efficienza, all'appropriatezza, alla riduzione dei tempi e alla qualità delle cure, eliminando ridondanze e frammentazioni nei processi assistenziali e nei processi di supporto.

Gli strumenti individuati nel presente POFA per perseguire tali finalità sono, principalmente:

- i **Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali**
- la creazione di **network professionali (Reti di Referenti)** in grado di sostenere e rafforzare trasversalmente le logiche di governance.

Tali strumenti, il cui governo è affidato alla Direzione Sanitaria, rappresentano la componente "software" della macrostruttura organizzativa sanitaria e saranno descritti più avanti in questo capitolo.

Dunque, nella riconfigurazione aziendale, si è scelto di identificare competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- il coordinamento dei processi di governo clinico con esame del rischio clinico e valutazioni medico-legali dei percorsi assistenziali in relazione alle esigenze di salute dell'utente;
- le funzioni di supporto tecnico e d'indirizzo e coordinamento dei Dipartimenti ad attività integrata;
- la misura delle performance dei singoli Dipartimenti ed i risultati raggiunti dagli stessi per supportare i processi decisionali di definizione degli obiettivi e tenuto conto della peculiarità degli stessi;

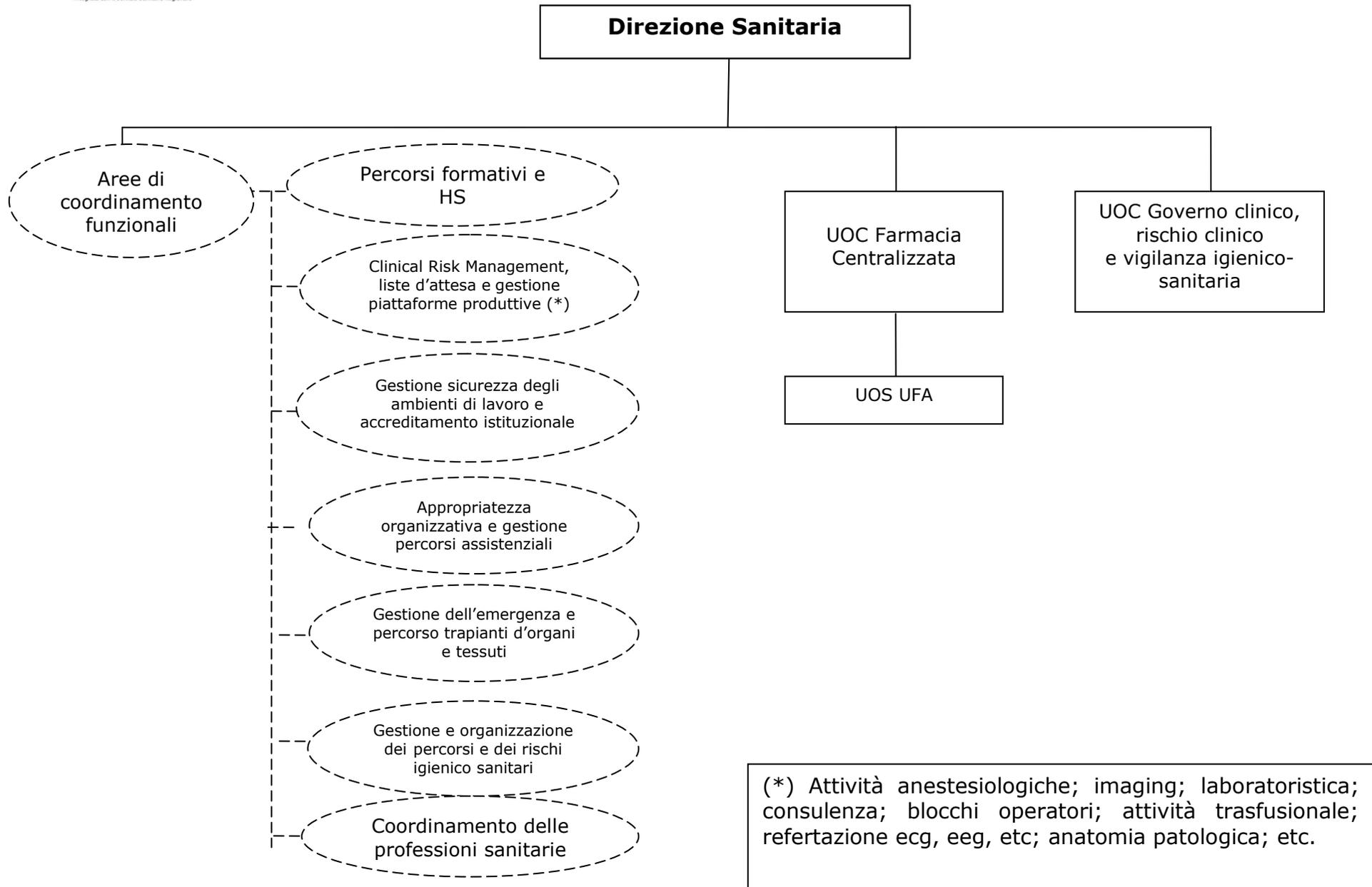


Figura 28: La struttura organizzativa dell'area sanitaria

3.2.1.1 Le Strutture organizzative

Le Unità operative sono:

1. UOC Farmacia centralizzata
2. UOC Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria

- **UOC di Farmacia centralizzata**

L'UOC di Farmacia centralizzata provvede all'acquisizione di farmaci e dispositivi necessari all'erogazione di assistenza sanitaria da parte della AOU.

La struttura è deputata all'erogazione dei farmaci ai reparti, al monitoraggio della spesa farmaceutica, alla programmazione delle scorte, all'erogazione dei farmaci di fascia H destinati a terapie domiciliari, dei farmaci post dimissione, dei farmaci "ex allegato 2" D.M. 12/2000, alla gestione dei farmaci stupefacenti, inoltre l'UO ha il compito della programmazione, gestione, e controllo dei dispositivi medici, anche con monitoraggio degli armadi farmaceutici dipartimentali.

Compete alla UOC la supervisione sull'allestimento delle terapie antitumorali, le preparazioni galeniche, la supervisione sull'allestimento di sacche nutrizionali parenterali ed enterali.

La struttura complessa ha la funzione di attivare ricerche bibliografiche anche mediante uso di banche dati al fine di promuovere una corretta documentazione clinica sul farmaco finalizzata all'uso appropriato dei farmaci o dei dispositivi medici, anche mediante valutazioni di farmacoeconomia. All'unità operativa complessa è affidata la cura da un punto di vista amministrativo ed economico degli adempimenti relativi alle politiche del farmaco nell'Azienda.

Risulta composta dalla seguente unità organizzative:

➤ UFA

- **UOC Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria**

Le aree di competenza dell'UOC riguardano:

- Pianificazione annuale per la Qualità (redazione del Piano Qualità Aziendale)
- Partecipazione al Comitato Budget (validazione proposte e formulazione di obiettivi di miglioramento della Qualità organizzativa, tecnica e percepita per la definizione del budget delle strutture).
- Formazione e informazione capillare su metodologia di gestione e correzione della Qualità,
- Promozione della Qualità e prevenzione della non Qualità in collaborazione con la UO complessa Formazione e aggiornamento professionale;
- Adeguamento dell'Azienda e delle singole Strutture al Sistema Qualità, nello specifico: mantenimento della certificazione delle UUOO certificate ed estensione della certificazione ad altre UUOO; verifiche ispettive interne secondo le Norme ISO 9000 (piano annuale delle verifiche ispettive interne, effettuazione delle verifiche ispettive, reports finali e loro archiviazione) e esecuzione di audit pianificati e periodici sulle attività previste dal Sistema Qualità aziendale (organizzazione, verbalizzazione degli incontri);
- Verifica dell'applicazione delle regole e procedure del Sistema Qualità (raccolta dati del Sistema Qualità e relazione al Direttore Generale) e rilevamento ed analisi degli indicatori finalizzati alla valutazione di qualità dei servizi aziendali;

- Prevenzione e correzione delle non conformità a garanzia dell'effettuazione degli interventi correttivi;
- Gestione e valutazione delle criticità organizzative ed assistenziali con gli strumenti medico-legali epidemiologici ed Horizon Scanning;
- Assistenza ai progetti di Miglioramento Continuo della Qualità;
- Individuazione e proposta della Rete Funzionale aziendale della Qualità
- Definizione del manuale della qualità.

Tale funzione si esercita attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativo-gestionali tesi ad evitare i rischi, ad individuare tempestivamente e apertamente gli eventi indesiderati, a trarne insegnamento. Il governo e la gestione dell'Azienda si basa sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che orientano in modo preciso le scelte della struttura verso i bisogni prioritari della popolazione, qualificando il sistema di azione aziendale e ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili. La coerenza con la strategia aziendale, attraverso l'aggiornamento delle conoscenze scientifiche, l'implementazione della ricerca e della sperimentazione clinica, la produzione scientifica, impone una cultura trasversale finalizzata nello specifico al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

L'UOC di programmazione sanitaria, governo clinico e rischio clinico inoltre:

- promuove lo sviluppo di un sistema di lettura dei bisogni della popolazione che consenta di programmare le funzioni di offerta sulla scorta di un sistema di valutazione che metta in relazione l'efficacia, l'appropriatezza e la economicità dei servizi erogati;
- agisce sulla cultura aziendale, tramite la formazione, per favorire l'interiorizzazione dei valori fondamentali esplicitati nell'Atto Aziendale.

Inoltre, contribuisce alla programmazione aziendale per la parte sanitaria attraverso i seguenti strumenti:

- il piano delle azioni, che rappresenta lo strumento di programmazione operativa di medio periodo; esso ricomprende ed integra i programmi delle attività ospedaliere; definisce le funzioni di committenza, i livelli essenziali di assistenza, il rispetto dei vincoli economico-finanziari, gli standard sanitari, i fornitori di servizi sanitari;
- il piano programmatico aziendale, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo che rappresentano gli strumenti operativi per il raccordo tra le attività previste e le risorse a disposizione;
- il piano operativo annuale (budget d'azienda), elaborato da tutte le unità e le funzioni aziendali e negoziato con i livelli organizzativi superiori, che specifica e traduce operativamente gli obiettivi della programmazione aziendale, ne definisce le modalità di realizzazione e identifica specifiche proposte di miglioramento dei livelli di qualità e di efficienza della struttura.

L'U.O.C. provvede a:

- Monitoraggio degli adempimenti per la griglia LEA;
- Svolgimento degli adempimenti per i debiti informativi;
- Monitoraggio degli obiettivi di carattere generale, specifico e tematico attribuiti al Direttore Generale.

Inoltre l'U.O.C. verifica il governo clinico, nel miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standards assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia di qualità, la realizzazione di attività di miglioramento e il controllo della qualità dei servizi sanitari. Il governo clinico può essere definito come la modalità e gli strumenti attraverso cui stimolare ed implementare fenomeni di appropriatezza e

pratiche basate sulle prove di efficacia. Alla luce di quanto definito in precedenza la "pratica" del governo clinico rappresenta una delle priorità dell' Azienda e diventa un momento decisivo per lo sviluppo delle cure all'interno del sistema ospedale.

Sviluppa e promuove la diffusione di comportamenti appropriati attraverso un processo di coinvolgimento e formazione appare come la modalità più adeguata, e forse l'unica percorribile, per cogliere il consenso dei professionisti ed indirizzare la loro attività verso azioni di provata efficacia e comportamenti omogenei

Il Governo Clinico è basato sul principio dell'appropriatezza che rappresenta un dovere istituzionale e un diritto per il paziente. Le scelte cliniche assistenziali devono pertanto tener conto dell'impatto gestionale nonché delle risorse disponibili e assegnate. Esso si fonda sui principi di autonomia e responsabilizzazione di tutti gli operatori coinvolti, con particolare attenzione alla collaborazione multiprofessionale, garantendo inoltre un ruolo attivo degli utenti nello stabilire la preferenza nelle forme di scelta dei trattamenti medico-sanitari.

Costituiscono strumenti del governo clinico i percorsi interni volti a verificare la responsabilità degli operatori sanitari coinvolti nei processi assistenziali, la trasparenza dei risultati clinici, l'audit clinico, la gestione e la comunicazione del rischio e l'accreditamento professionale.

Il processo di cura è un sistema complesso, che spesso richiede l'intervento di molteplici figure professionali, frammentate in diversi momenti del percorso e appartenenti a istituzioni diverse; è difficilmente standardizzabile e in rapida evoluzione tecnologica e scientifica, come in continua evoluzione sono i bisogni di salute e le aspettative nei confronti dei servizi sanitari. Misurare il miglioramento della salute conseguente alla adozione di pratiche diagnostiche, terapeutiche od organizzative che si sono dimostrate efficaci sulla base di studi clinici affidabili, può non essere facile e immediato. L'EBM (medicina basata sulle prove di efficacia) e l'EBHC (assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia) hanno posto l'accento sull'importanza di fondare le proprie decisioni cliniche su prove scientifiche prodotte da studi metodologicamente rigorosi, sull'importanza della trasparenza nella dichiarazione dei potenziali conflitti di interesse e, infine, sul giusto ruolo che l'esperienza del singolo medico deve avere nel decidere sul singolo paziente.

Alla luce di queste considerazioni, risulta sempre più rilevante progettare dei percorsi assistenziali non prescindendo dall'integrazione con la ricerca universitaria e dalla traslazione dei risultati degli studi clinici nella pratica clinica.

Occorre tenere presente che la realizzazione del governo clinico comporta il coinvolgimento e lo sviluppo di competenze specialistiche di tipo metodologico (biostatistico, epidemiologo clinico, documentalista), che debbono integrarsi e supportare l'attività clinica e assistenziale. Gli strumenti di lavoro di un'organizzazione che pone al centro la qualità tecnica delle sue prestazioni assistenziali sono:

- la valutazione critica della letteratura scientifica;
- l'accesso alle fonti primarie e secondarie di informazioni, le banche dati di pubblicazioni biomediche;
- l'adozione di metodi espliciti e riproducibili per la definizione di raccomandazioni e linee guida;
- la traduzione delle linee guida in percorsi diagnostici e terapeutici multidisciplinari;
- la pianificazione di programmi di verifica o di audit clinico;
- la promozione della conoscenza e dell'adozione di modelli di gestione del rischio clinico;
- elaborazione di un sistema di sorveglianza e di reporting degli errori.

Si compone delle seguenti unità organizzative:

- Vigilanza igienico-sanitaria e gestione liste di attesa
- Servizio Infermieristico e delle professioni sanitarie
- Amministrazione, Protocollo ed archiviazione dati
- Gestione SDO e flussi informativi
- Gestione SDO e flussi informativi
- Gestione ciclo rifiuti e pulizia
- Monitoraggio liste di attesa

L'unità organizzativa Vigilanza igienico-sanitaria e gestione liste di attesa provvede a:

- prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere;
- vigilanza smaltimento rifiuti (urbani, ospedalieri, tossico/nocivi);
- diffusione della normativa e dei protocolli relativa alla gestione dei rifiuti;
- vigilanza sui relativi appalti;
- controllo epidemiologico della collettività ospedaliera;
- collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione e i medici competenti alla individuazione delle strategie competitive relative agli ambienti di lavoro;
- collabora relativamente alla gestione dell'emergenza (antincendio, massiccio afflusso, etc.);
- collabora alla identificazione dei possibili rischi ed alla individuazione dei soggetti esposti con il Servizio di Prevenzione e Protezione (sicurezza nei posti del lavoro - inquinamento e microclima);
- vigilanza su cucina e mensa;
- collabora alla progettazione e gestione del programma HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) nei servizi di ristorazione ospedaliera.
- vigila sui relativi appalti;
- pulizia, disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione;
- definizione, diffusione, verifica e revisione di linee guida e protocolli scritti di pulizia ambientale, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione;
- denuncia malattia infettiva;
- sorveglianza sull'acqua potabile;
- effettua indagini epidemiologiche su problematiche specifiche;
- vigila sull'applicazione delle norme vigenti relativamente alla prevenzione degli infortuni ed alla sicurezza degli ambienti di lavoro;
- effettua di persona sopralluoghi.
- emanazioni di direttive sulla corretta gestione delle liste di attesa e vigilanza sulla tenuta dei registri.

L'unità organizzativa del Servizio infermieristico e delle professioni sanitarie provvede a:

- governo dell'assistenza infermieristica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa;
- monitoraggio qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali tecniche e riabilitative nell'ambito della prevenzione cura e riabilitazione;
- sviluppo organizzativo e tecnico professionale dei processi assistenziali fondati prevalentemente sull'apporto delle figure professionali di area infermieristica e tecnica;

- governo clinico assistenziale dei processi di nursing aziendali.

Al fine di garantire l'unitarietà dell'assistenza infermieristica e tecnica a livello aziendale e contribuire al miglioramento continuo ed alla valutazione delle performance tecnico-professionali nelle aree di competenza, coordina le Direzioni del Servizio Infermieristico e Tecnico delle Macroaree avvalendosi delle competenze dello staff e dei responsabili dei processi individuati.

Nell'ambito dell'unità organizzativa possono essere identificate specifiche aree relative a:

- Professioni infermieristiche ed ostetriche
- Professioni dei tecnici sanitari di imaging e di laboratorio
- Professioni sanitarie dei tecnici sanitari strumentisti
- Professioni sanitarie dei tecnici della riabilitazione

L'unità organizzativa Amministrazione Protocollo ed archiviazione dati supporta il direttore sanitario aziendale per la parte amministrativa nella pianificazione delle attività amministrative.

In particolare, in ottemperanza agli obiettivi individuati dal Direttore Sanitario, realizza iniziative volte allo "snellimento" burocratico previsto dalle più recenti normative in materia di semplificazione, accessibilità e trasparenza.

Finalizza il contributo delle singole risorse ad iniziative ed attività concordate con il Direttore Sanitario, affinché l'intero Servizio sia in grado di fornire un contributo significativo nella realizzazione di progetti volti al miglioramento dell'efficienza tecnica e operativa della produzione di prestazioni.

In particolare, provvede all'ottimale gestione delle risorse umane con competenze amministrative al fine di contribuire alla realizzazione di gruppi di lavoro multi-professionali costituiti per il raggiungimento di obiettivi assegnati dal Direttore Sanitario.

Garantisce la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa assicurando il corretto assolvimento di dette funzioni di supporto e perseguendo l'integrazione delle strutture organizzative a tal fine preposte.

Garantisce il corretto flusso delle informazioni per la condivisione dei processi decisionali del Direttore Sanitario.

Monitora, controlla, e verifica in base ai regolamenti e agli strumenti forniti dall'Azienda che il personale afferente alla Direzione Sanitaria operi nell'osservanza dei regolamenti comportamentali e nel rispetto degli orari di servizio.

Formula proposte ed esprime parere al Direttore Sanitario nelle materie di sua competenza.

Nell'ambito dell'unità organizzativa possono essere identificate specifiche aree relative a:

- Gestione A.L.P.I.
- Gestione CUP
- Radioprotezione
- Autoparco e trasporto utenti
- Attività di supporto amministrativa A.L.P.I.

3.2.1.2 I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti privilegiati di gestione dei processi produttivi in grado di elevare la qualità dell'assistenza riducendo tempi e costi per l'azienda, incrementando la soddisfazione dell'utente e migliorando l'outcome. La realizzazione dei PDTA passa attraverso uno sforzo organizzativo che investe varie componenti dell'assistenza (ambulatori, reparti, erogatori intermedi) e vari livelli operativi (sanitario, amministrativo) richiedendo una preliminare ed attenta valutazione della logistica e del coinvolgimento delle diverse piattaforme produttive.

Per tali premesse, è necessario che i PDTA siano scelti e configurati in base a decisioni realistiche e concertate tra i clinici e la Direzione Aziendale.

I principali PDTA che meritano di essere curati e varati nel processo di attuazione dell'Atto aziendale sono:

- PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO PER L'ICTUS CELEBRALE
- PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO NELL'AMBITO DELLA RETE CUORE - CARDIOLOGICO E CARDIOCHIRURGICO
- PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO.
- Percorso Assistenziale MATERNO INFANTILE

cui vanno ad aggiungersi i PERCORSI INTEGRATI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI ASSISTENZIALI E RIABILITATIVI ATTUALMENTE GIÀ DI FATTO ESISTENTI MA DA VALORIZZARE ANCHE A LIVELLO DI COMUNICAZIONE:

- Percorso Pediatrico
- Percorso Oncoematologico
- Percorso Malattie Endocrino-Metaboliche
- Percorso Pazienti HIV
- Percorso per la sicurezza degli operatori

Nei paragrafi che seguono verranno trattati sinteticamente e distintamente questi PDTA di interesse. Farà seguito una descrizione, altrettanto sintetica, dei servizi sanitari di supporto alla realizzazione e al funzionamento dei PDTA, in particolare degli erogatori intermedi (diagnostica di laboratorio ed imaging)

1. PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO PER L' ICTUS CELEBRALE.

La partecipazione alla rete regionale dell'ictus richiederà presso l'AOU una attivazione e riqualificazione di percorsi assistenziali integrati tra le UOC Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia con funzione interventistica, e la Riabilitazione neurologica, che dovrà costituire la Stroke Unit.

Per realizzare tale mandato, infatti, nel breve termine l'Azienda deve procedere a:

- Apertura al Pronto Soccorso e, in particolare, all'urgenza neurovascolare (come previsto dai Decreti 49/2010 e 44/2013);
- Configurazione, nell'ambito della U.O.C. di Neurologia di un'area di degenza di tipo semintensivo dedicata alla Stroke Unit con 8 posti letto, di cui almeno il 50% monitorizzati, collegata all'area dell'emergenza;

- Configurazione di un'area di degenza dedicata alla riabilitazione post-ictus nella quale accogliere pazienti per i quali si prevede di "continuare e monitorare gli effetti di terapie internistiche di un certo impegno";
- Stipula di accordi con strutture riabilitative e strutture di lungodegenza/residenza sanitaria assistenziale (RSA), volti ad assicurare adeguati collegamenti istituzionalizzati per il trasferimento dei pazienti

Per realizzare la Stroke Unit, saranno necessari specifici funzionali:

- Neurochirurgia h 24;
- Neuroradiologia, con funzione interventistica;
- Cardiologia UTIC;
- potenziamento dei supporti diagnostici/servizi (con conseguente coinvolgimento di ulteriori DAI):
- TC cranio h 24,
- Laboratorio h 24, per indagini emocoagulative
- Dopplersonografia dei vasi epiaortici
- Valutazione cardiologica con possibilità di ecocardiografia
- Valutazione fisiologica

La Stroke Unit dovrà essere in grado di assicurare adeguati e tempestivi provvedimenti terapeutici (farmacologici, neurochirurgici e/o di neuroradiologia interventistica) ai pazienti iperacuti (<3h dall'esordio), ivi inclusi il trattamento neurochirurgico o trombolitico.

Inoltre, sarà necessario avviare un modello organizzativo per la gestione dell'ESA (emorragia subaracnoidea) e, più in generale, del trattamento degli aneurismi e delle MAV (malformazione arterovenose) in relazione alla presenza della Neuroradiologia interventistica e di Neurochirurgia, come prescritto ai Centri di Riferimento, al fine di gestire i pazienti ischemici dopo le 4 ore e mezza ed entro le 8 ore, con particolare riferimento alle trombosi della arteria basilare, per la trombolisi loco regionale eventualmente associata alla disostruzione meccanica, ed i pazienti con ESA per la diagnostica e l'interventistica.

2. PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO NELL'AMBITO DELLA RETE CUORE – CARDIOLOGICO E CARDIOCHIRURGICO

Parimenti la partecipazione dell'AOU alla rete Cuore, laddove l'Azienda è individuata dalla Regione Campania quale Hub di II livello, deve necessariamente prevedere una rivisitazione organizzativa delle UOC di Cardiologia, Cardiochirurgia, Emodinamica, UTIC e Riabilitazione cardiologica, che dovranno riarticolarsi in termini di percorso assistenziale integrato. In tale ottica è necessario garantire una grande qualità della UOC di Cardiochirurgia ed una soluzione per la UOC di Chirurgia Toracica, che permetta di superare il grave malfunzionamento che la caratterizza attualmente.

3. PERCORSO INTEGRATO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO.

Dall'analisi delle attività e indicatori di efficienza esito e appropriatezza, risulta che l'Ortopedia dell'AOU è fortemente in sofferenza.

Pertanto anche in tale ambito si rende necessaria l'implementazione di percorsi integrati diagnostici terapeutici assistenziali e riabilitativi al fine di garantire l'adeguamento degli indicatori del Piano Esiti e la partecipazione alla Rete delle Emergenze.

Uno dei motivi della mobilità passiva per patologie ortopediche, che poi è la prima causa di migrazione in Campania, è l'assenza del percorso riabilitativo post-operatorio. Oltre ad una UOC di Ortopedia performante, che andrà vincolata all'adeguamento al Piano Esiti (frattura del femore e interventi al ginocchio), è necessario dotarsi di una UOC che garantisca almeno 2 delle aree ortopedico-traumatologiche con i DRG più qualificati, ed in particolare: Spalla, Colonna Vertebrale, più Chirurgia della Mano. Inoltre va riqualificata e riorganizzata come completamento del percorso assistenziale tutta l'area riabilitativa.

4. Percorso Assistenziale MATERNO INFANTILE

Nell'area materno infantile il settore critico, come si evince dagli indicatori di esito e dal Decreto sui Piani di Rientro, risulta essere quello dei tagli cesarei primari. Anche in questo settore occorre strutturare un percorso per il miglioramento dell'appropriatezza come l'implementazione della partoanalgesia, in area anestesiológica.

Va, inoltre, perfezionato e rafforzato il percorso di accesso e fruizione delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (Delibera RC n.284/2016), che vede l'AOU già Centro di III livello e Centro di Riferimento Regionale (Delibera RC n.20142/2015).

5. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PEDIATRICO

Il DAI di Pediatria offre molteplici servizi assistenziali tra cui alcuni di altissima specialità. In esso si sono consolidate competenze pediatriche specialistiche, grazie al trattamento di numerose patologie che in altri ospedali non sono contemplate. Tali attività sono possibili grazie alla presenza di numerosi centri di riferimento regionale, della patologia neonatale, della TIN e della chirurgia pediatrica.

Tali Centri hanno già consolidato un modello di lavoro ispirato alle logiche dei PDTA; in particolare, si distinguono:

- Malattie rare
- Trattamento delle malattie immunologiche
- Fibrosi Cistica
- Trattamento diagnosi e cura della celiachia;
- Trattamento diagnosi e curaper le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali.
- Malattie endocrine e del Metabolismo:
- Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Pediatrica
- Trattamento delle patologie infettive con particolare riguardo all'HIV Allergie alimentari
- Chirurgia Pediatrica
- Genetica Clinica

6. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ONCOEMATOLOGICO

I tumori più frequenti in termini di mortalità, secondo le stime del 2015, sono: tumore del polmone con circa 31 mila decessi, seguito dal tumore del colon-retto, con quasi 21 mila decessi, e dal tumore della mammella, con più di 10 mila decessi registrati nel 2015.

L'AOU per queste neoplasie contribuisce in maniera significativa accogliendo un numero di casi tali da considerarsi quasi pari al Pascale, che per missione

istituzionale ha una vocazione specialistica rivolta alla diagnosi e cura delle malattie neoplastiche.

L'AOU offre al cittadino-utente un percorso diagnostico terapeutico completo assicurando i seguenti servizi assistenziali erogati nell'ambito del SSN:

- Visite specialistiche ambulatoriali e ricoveri ordinari e day hospital
- Chemio Radioterapia;
- Terapia Antalgica;
- Consulenze dietetiche;
- Nutrizione artificiale
- servizi non presenti contemporaneamente in altre strutture assistenziali presenti sul territorio regionale.

Inoltre, il nuovo Day hospital di oncoematologia del Policlinico Federico II di Napoli, realizzato grazie a un'intensa attività di ricerca e l'adozione di terapie più innovative, rappresenta un primato di eccellenza regionale. Nell'AOU è presente anche l'U.MaC.A (Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antiblastici) presso la quale vengono preparati farmaci chemioterapici per il trattamento di quasi tutte le neoplasie. Una peculiarità del centro è, infatti, l'elevato numero di studi clinici condotti, che per i pazienti arruolati rappresentano la possibilità di avere a disposizione opzioni terapeutiche innovative. Il Day hospital fornisce un'attività continua di 12 ore (8-14/14-20) ed è dotato di servizi di accoglienza. L'ampliamento dei locali ha permesso di ottenere importanti risultati soprattutto per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni sanitarie (e amministrative) concentrate in un'unica sede, con la presenza in contemporanea di sanitari specializzati in diverse discipline. Negli ultimi anni si è assistito ad un lento, ma progressivo aumento della sopravvivenza dei pazienti, soprattutto grazie all'introduzione di farmaci innovativi nel trattamento delle neoplasie. Il nuovo Day hospital costituisce, quindi, un punto di riferimento importante, per questi pazienti.

7. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLE MALATTIE ENDOCRINO-METABOLICHE

Per le malattie del metabolismo e i disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali, l'AOU Federico II raccoglie il 43% dei pazienti trattati sul territorio regionale. Nella fattispecie, presso l'AOU sono trattate patologie endocrino metaboliche per le quali il Policlinico Federico II rappresenta un centro di attrazione anche extra regionale soprattutto per i trattamenti medico- diagnostici delle patologie dell'ipofisi, surrene e tiroide. In questo settore assistenziale, il Policlinico Federico II rappresenta un'eccellenza anche nel panorama della ricerca scientifica internazionale. Per qualità e numero di pubblicazioni scientifiche, infatti, nelle classifiche di ricerca internazionali, l'area delle patologie ipofisarie, dell'ipotiroidismo dell'Ateneo Federiciano sono ai primi posti. Particolarmente importante in tal senso è il mantenimento e la qualificazione della nutrizione parenterale a domicilio, che completa il percorso assistenziale.

8. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER I PAZIENTI HIV

Il contributo dell'AOU Federico II nell'ambito delle malattie infettive si esplica soprattutto nella diagnosi e cura dei pazienti con HIV (per questi pazienti è prevista anche una ospedalizzazione domiciliare), epatite cronica e cirrosi e nell'ambito di tutte le patologie emergenti.

Di recente, inoltre, sono stati introdotti nell'uso clinico nuovi farmaci antivirali ad azione diretta che sono indicati in alcune forme di epatite virale cronica da virus C.

Tali farmaci segneranno l'inizio di una nuova era nella lotta contro l'epatite C permettendo al clinico di trattare anche tutti quei pazienti che attualmente sono esclusi dalle terapie e quindi di assicurare loro non solo un aumento della sopravvivenza, ma anche una migliore qualità di vita.

9. PERCORSO DELLA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO AI SENSI DEL DECRETO 81/08 E S.M.I.

Il percorso della Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori e della Prevenzione dei Rischi lavorativi delle malattie professionali risulta attualmente ben strutturato nell'AOU al punto da essere esportato in Convenzione di moltissime realtà Regionali, Pubbliche e private e di fatto punto di riferimento regionale. Il percorso, oltre alla Sorveglianza Sanitaria sui Lavoratori garantisce:

- 1) l'informazione e formazione dei lavoratori ai sensi del Decreto 81/08 integrato dall'Accordo Stato Regione 21/12/2011
- 2) informazione e formazione dei medici competenti ai sensi del Decreto 81/08 art.25
- 3) l'informazione e formazione adeguate per dirigenti e i preposti del Decreto 81/08 integrato dall'Accordo Stato Regione 21/12/2011
- 4) la programmazione delle misure ritenute ed elaborazione di procedure opportune per garantire il miglioramento dei livelli di sicurezza, anche attraverso l'adozione di codici di condotta e di buone prassi
- 5) le misure di emergenza da attuare in caso di primo soccorso, di lotta antincendio
- 6) l'uso di segnali di avvertimento e di sicurezza
- 7) procedure per il contenimento del rischio biologico nelle aree a basso medio ed alto rischio
- 8) procedure di manipolazione e di immagazzinamento chemioterapici etc.
- 9) Implementazione delle misure igienico sanitarie per le garanzie di sicurezza nelle aree a rischio
- 10) Monitoraggio ambientale sugli inquinanti
- 11) Sorveglianza sulla qualità della ristorazione ospedaliera.

10. SERVIZI INTERMEDI (DIAGNOSTICA DI LABORATORIO, RADIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA) PER L'EFFICIENTAMENTO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

I servizi intermedi svolgono un ruolo fondamentale in ambito ospedaliero per tutte le forme di ricovero e di accesso (ricovero di giorno, day service, pacchetti ambulatoriali complessi).

Per una ottimizzazione degli stessi è necessario intervenire sulla riduzione delle richieste inappropriate, in particolare evitando inutili ripetizioni di esami, ponendo quesiti diagnostici corretti ed evitare alcuni tipi di richieste quando non necessarie.

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Allo stato attuale il quadro dell'offerta della Medicina di Laboratorio dell'AOU, alla luce anche di una evidente inappropriatezza prescrittiva quali-quantitativa, impone:

- 1) una razionalizzazione dell'offerta anche attraverso l'implementazione di nuovi esami di comprovata efficienza diagnostica;

- 2) ottimizzazione delle organizzazioni interne alle aziende e dell'utilizzo delle tecnologie nell'ambito delle 24 ore, anche attraverso il completamento del percorso di automazione;
- 3) riduzione tempi di risposta;
- 4) controllo dell'appropriatezza prescrittiva basato sulle evidenze scientifiche condivise con le realtà di corsia, con particolare riguardo ai tempi necessari prima del ricontrollo di ciascun analitica;
- 5) elevare il livello di standardizzazione dei processi, percorsi, e modalità gestionali ed operative che influenzano significativamente la qualità dei servizi.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Uno degli obiettivi che si deve perseguire a livello Aziendale, è quello dell'appropriatezza prescrittiva per la diagnostica per Immagini, dettato dall'esigenza di intervenire in modo significativo sulle criticità, legate ai tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche ed, in particolare, per alcuni esami radiologici ed ecografici .

L'intervento aziendale, si dovrà incentrare da un lato sulla modulazione dell'offerta e dall'altro sul potenziamento dell'utilizzazione delle tecnologie a disposizione.

Occorre costruire un "Percorso Clinico della Diagnostica per Immagini" basato su principi dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica, tenendo in grande considerazione il rapporto fabbisogno di salute, in modo da rispettare ed ottimizzare le risorse, fornendo e razionalizzando il ricorso a prestazioni inutilmente ripetitive, che allungano le liste di attesa e sono causa di dispendio economico. Soprattutto occorre ridurre i tempi di prenotazione e i tempi di attesa per le risposte, anche con il completamento della risposta informatizzata: attualmente questi tempi sono motivo di inutile allungamento della degenza.

ANATOMIA PATOLOGICA

Il ruolo dell'Anatomia Patologica è centrale nel percorso diagnostico in quanto si inserisce come elemento fondamentale e spesso decisivo nell'inquadramento clinico del paziente, indirizzandone valutazioni prognostiche e scelte terapeutiche.

Pertanto è fondamentale che un buon servizio di Anatomia Patologica risponda a requisiti di efficienza in merito a Tempi medi di risposta che attualmente presso l'AOU sono ampiamente distanti dall'ottimale.

3.2.1.3 Le Reti dei Referenti

Il livello di complessità dei sistemi di cura non ha eguali, probabilmente, tra tutti i sistemi organizzativi in ragione della molteplicità di attori e servizi, nonché della fragilità e della variabilità biologica degli utenti-fruitori.

La riduzione di tale complessità non può essere perseguita senza realizzare un legame sistematico e formalizzato tra le tecnostrutture centrali, facenti capo alla Direzione Sanitaria, e le componenti di line (professionisti dei reparti assistenziali).

Per le finalità connesse alla riconfigurazione organizzativa dell'AOU disegnata dall'atto aziendale, è necessario che questo legame sia costruito secondo una logica reticolare o a matrice che preveda, per ciascun ambito di pertinenza della Direzione Aziendale, un palco di Referenti nelle diverse UU.OO. e nei diversi DAI in grado, da un lato, di tradurre in operatività i mandati, i vincoli e le regole aziendali e governare l'implementazione dei processi di governance sanitaria, dall'altro di generare un feedback dalle periferie agli organi di governo sugli elementi di

attenzione registrati nei luoghi di cura.

I principali tensori organizzativi della Direzione Sanitaria, in tal senso, possono essere ricondotti alle **seguenti linee operative**:

- Liste d'Attesa per ricoveri e flusso SDO;
- Risk Management;
- Attività Libero-Professionale intramuraria (ALPI);
- Gestione acquisti (farmaci e dispositivi)

Per ciascuna linea operativa, si andrà via via strutturando un **palco di Referenti medici e di comparto**, individuati per nomina formale del Direttore di U.O.C./DAI, destinati a rappresentare gli interlocutori diretti della Direzione Aziendale e a realizzare un'alleanza formale tra questa e le strutture assistenziali.

Il network di Referenti, come già indicato, pur essendo componente funzionale e non strutturale dell'AOU, andrà formalizzato con atto ufficiale dell'Azienda.

Le figure così censite vanno ad aggiungersi ai Referenti per la Comunicazione, già attivi in azienda dal 2004.



La macro struttura organizzativa dell'area sanitaria ha come obiettivo principale il perseguimento del governo clinico attraverso il miglioramento continuo della qualità assistenziale, attraverso le seguenti azioni:

- la sorveglianza rispetto alle condizioni di rischio (risk management) all'interno dei processi assistenziali;
- l'integrazione tra le diverse specialità presenti in Azienda, allo scopo di offrire risposte globali ed esaustive ai pazienti con specifici problemi di salute (gestione per processi) e superare le inefficienze organizzative;
- il monitoraggio delle performance dei processi assistenziali, allo scopo di verificarne l'appropriatezza, le condizioni di qualità e lo sviluppo organizzativo, ovvero il posizionamento strategico delle attività dell'AOU Federico II e la gestione delle conoscenze innovative dall'ambito della ricerca a quello dell'assistenza.

Gli strumenti individuati nel presente POFA per perseguire tali finalità sono, principalmente:

- i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali
- la creazione di network professionali (Reti di Referenti) in grado di sostenere e rafforzare trasversalmente le logiche di governance.

3.3 I 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. 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. Tali funzioni sono gestite in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca e in relazione 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., in quanto centro unitario di responsabilità e costo :

- supera la logica dei reparti, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali, garantisce l'integrazione con la didattica e la ricerca per il miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività,
- fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi
- 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.

Per i motivi sopra evidenziati, il DAI ha natura strutturale.

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- organizzativi, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;
 - clinici, in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali;
 - professionali, 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.
- economici

Al fine di dotare i DAI di un sistema di responsabilità tale da garantire l'efficace svolgimento delle attività è auspicabile l'adozione di uno strumento quale la "matrice di responsabilità", per definire le responsabilità attese (es. responsabilità operative, responsabilità di budget ecc.) dei principali ruoli organizzativi del DAI (es. Direttore del Dipartimento, Direttore della Struttura Complessa ecc.), come esemplificato in tabella seguente. La matrice consente di rappresentare il sistema di attese, formulato autonomamente all'interno del DAI attraverso i suoi organi, rispetto all'attività di gestione, enfatizzando la natura strutturale del dipartimento, centro di responsabilità e di costo unitario.

Entro tre mesi dalla sua costituzione il DAI individua le responsabilità attribuibili ai diversi ruoli organizzativi come individuato nella Matrice delle responsabilità e provvede alla trasmissione alla Direzione Generale.

Tabella 56: Matrice di responsabilità del DAI

	Direttore di dipartimento	Referente di Sezione	Direttore Struttura Complessa	Responsabile Struttura Semplice	Responsabile amministrativo del dipartimento	Responsabile Programmi intradipartimentali	Responsabile Programmi interdipartimentali
Responsabilità operative							
Responsabilità di budget							
-Obiettivi di budget							
-Ruolo nel processo di budget							
Responsabilità Organizzazione e gestione del personale							
-Definizione ed utilizzo delle risorse (posti letto, tecnologie, personale sanitario non medico e non dirigente)							
-Valutazione							
-Attribuzioni degli incarichi e percorsi di camera							
-Incentivi economici							
Responsabilità coordinamento processi assistenziali							
-gestione del rischio							
-elaborazione dei PDTA							
-appropriatezza							

Si rimanda all'atto aziendale per la definizione degli organi e l'organizzazione del DAI. La tabella seguente presenta l'elenco dei DAI e delle strutture complesse afferenti. Il numero complessivo delle strutture semplici e delle strutture semplici a valenza dipartimentale (85) è definito applicando il parametro - di cui al punto 18 del Decreto Commissariale n. 18 del 18.02.2013 pubblicato su Burc n° 12 del 25.03.2013 - di 1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa individuata al 31.12.2013 in applicazione del punto a), c. 5, dell'art. 12

del vigente Protocollo d'intesa Regione Campania/Università Federico II. La distribuzione delle strutture semplici e semplici dipartimentali afferenti ai singoli DAI è oggetto di atto integrativo da definire, d'intesa con il Rettore, entro 30 giorni dalla data di adozione del presente POFA.

Di seguito sono indicati gli **11 DAI**, **le 65UOC** e **le 86 UOSD/UOS** che verranno attivate definitivamente entro il 2018 nell'ambito del triennio di applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università degli Studi di Napoli Federico II siglato nel giugno 2016.

Le 65UOC e le 85 UOSD/UOS sono la risultante del calcolo effettuato su 904 posti letto ai sensi dell'art. 2, c.4 del vigente Protocollo d'intesa.



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.

Il D.A.I., in quanto centro unitario di responsabilità e costo :

- **supera la logica dei reparti, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;**
- **garantisce l'integrazione con la didattica e la ricerca per il miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività,**
- **fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;**
- **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.**

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- **organizzativi, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;**
- **clinici, in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali;**
- **professionali, 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;**
- **economici.**

Il presente documento prevede 11 DAI, 65 UOC e 86 UOSD/UOS che verranno attivate definitivamente entro il 2018 nell'ambito del triennio di applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università degli Studi di Napoli Federico II siglato nel giugno 2016.

Le 65 UOC e le 86 UOSD/UOS sono la risultante del calcolo effettuato su 904 posti letto ai sensi dell'art. 2, c.4 del vigente Protocollo d'intesa.

Tabella 57: Macrostruttura organizzativa DAI

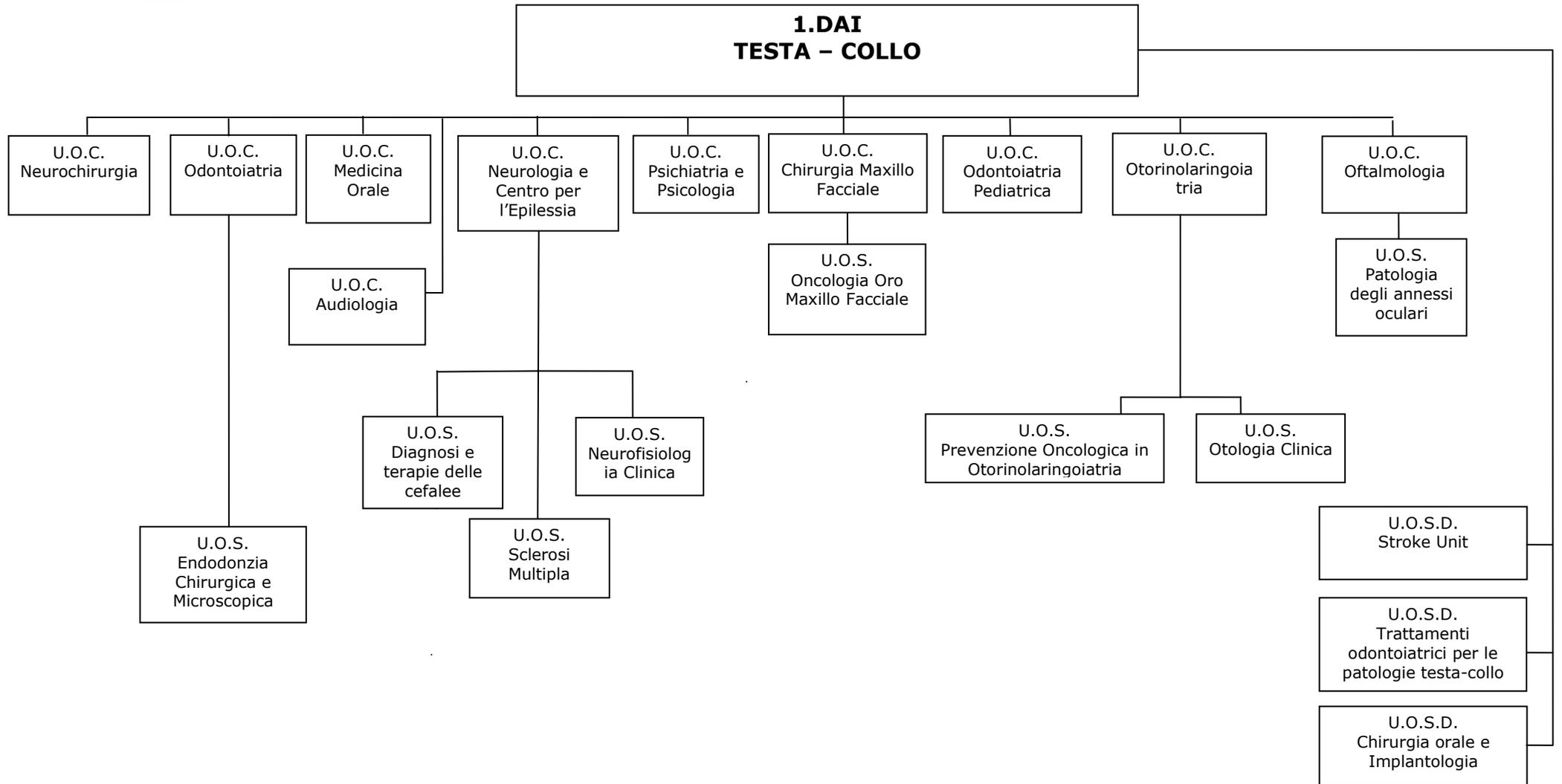
D.A.I.	UOC/U OSD	Descrizione UOC/UOSD	Descrizione UOS	PL
1. TESTA-COLLO	UOC	Otorinolaringoiatria	Prevenzione Oncologica in Otorinolaringoiatria Otologia Clinica	16
	UOC	Audiologia		0
	UOC	Chirurgia maxillo facciale	Oncologia Oro Maxillo Facciale	24
	UOC	Oftalmologia	Patologia degli annessi oculari	20
	UOC	Neurologia e Centro per l'Epilessia	Neurofisiologia Clinica Sclerosi multipla Diagnosi e terapie delle cefalee	26
	UOC	Neurochirurgia		26
	UOC	Odontoiatria	Endodonzia chirurgica e microscopica	2
	UOC	Medicina orale		2
	UOC	Odontoiatria pediatrica		2
	UOC	Psichiatria e Psicologia		12
	UOSD	Stroke Unit		6
	UOSD	Trattamenti odontoiatrici per le patologie testa-collo		0
	UOSD	Chirurgia orale e implantologia		2
	2. EMATO- ONCOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	UOC	Ematologia	Diagnostica in ematologia oncologica
UOC		Oncologia	Terapie Innovative Tumori eredo- familiari	30
UOC		Anatomia patologica	Sicurezza dei laboratori in Anatomia Patologica Biologia molecolare in Citopatologia	0
UOC		Medicina legale	Valutazione medico- legale del danno alla persona	0
UOC		Diagnostica per immagini e radioterapia	Diagnostica vascolare non invasiva Cardiocinetica sportiva	2
UOC		Medicina nucleare	Terapia con radionuclidi	4
UOSD		Neuroradiologia interventistica		2

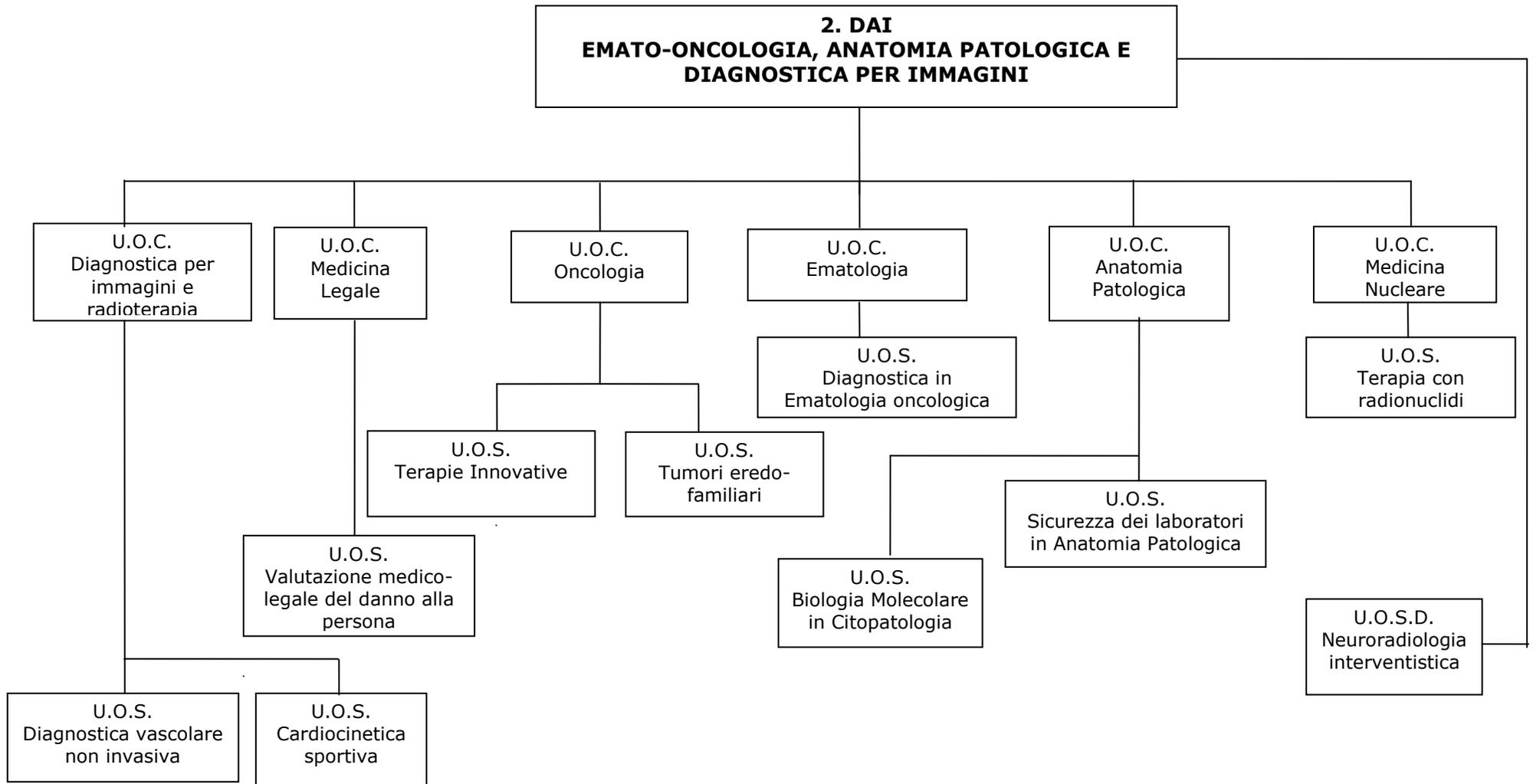
D.A.I.	UOC/U OSD	Descrizione UOC/UOSD	Descrizione UOS	PL
3. MATERNO INFANTILE	UOC	Ginecologia e Ostetricia	Procreazione medicalmente assistita	30
	UOC	Ginecologia oncologica	Ecografia	30
	UOC	Pediatria generale	Diabetologia pediatrica	28
			Endocrinologia pediatrica	
			Epatologia pediatrica	
	UOC	Pediatria specialistica	Fibrosi Cistica del bambino	28
			Neuro-Psichiatria Infantile	
			Malattie metaboliche del bambino	
	UOC	Malattie infettive pediatriche	Reumatologia pediatrica	20
	UOC	Chirurgia pediatrica		14
UOSD	Fisiopatologia ostetrico-ginecologica		24	
UOSD	Interruzione volontaria di gravidanza		2	
UOSD	Neonatologia e TIN		40	
4. IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA	UOC	Medicina Interna ed immunologia clinica	Malattie Autoimmuni	20
			Diabetologia e Malattie del Metabolismo	
	UOC	Malattie infettive		20
	UOC	Dermatologia	Prevenzione delle neoplasie cutanee e dermatologia	10
			Dermatologia correttiva ed estetica	
	UOC	Patologia clinica e molecolare	Immunopatologia e immunogenetica	0
	UOC	Diagnostica di laboratorio delle malattie immunitarie		0
	UOSD	Allergologia ed immunodeficienze		2
	UOSD	Virologia di laboratorio		0
UOSD	Diagnostica endocrinologica di laboratorio		0	
5. EMERGENZE CARDIO-	UOC	Cardiologia, Emodinamica, UTIC	Angiologia medica	26

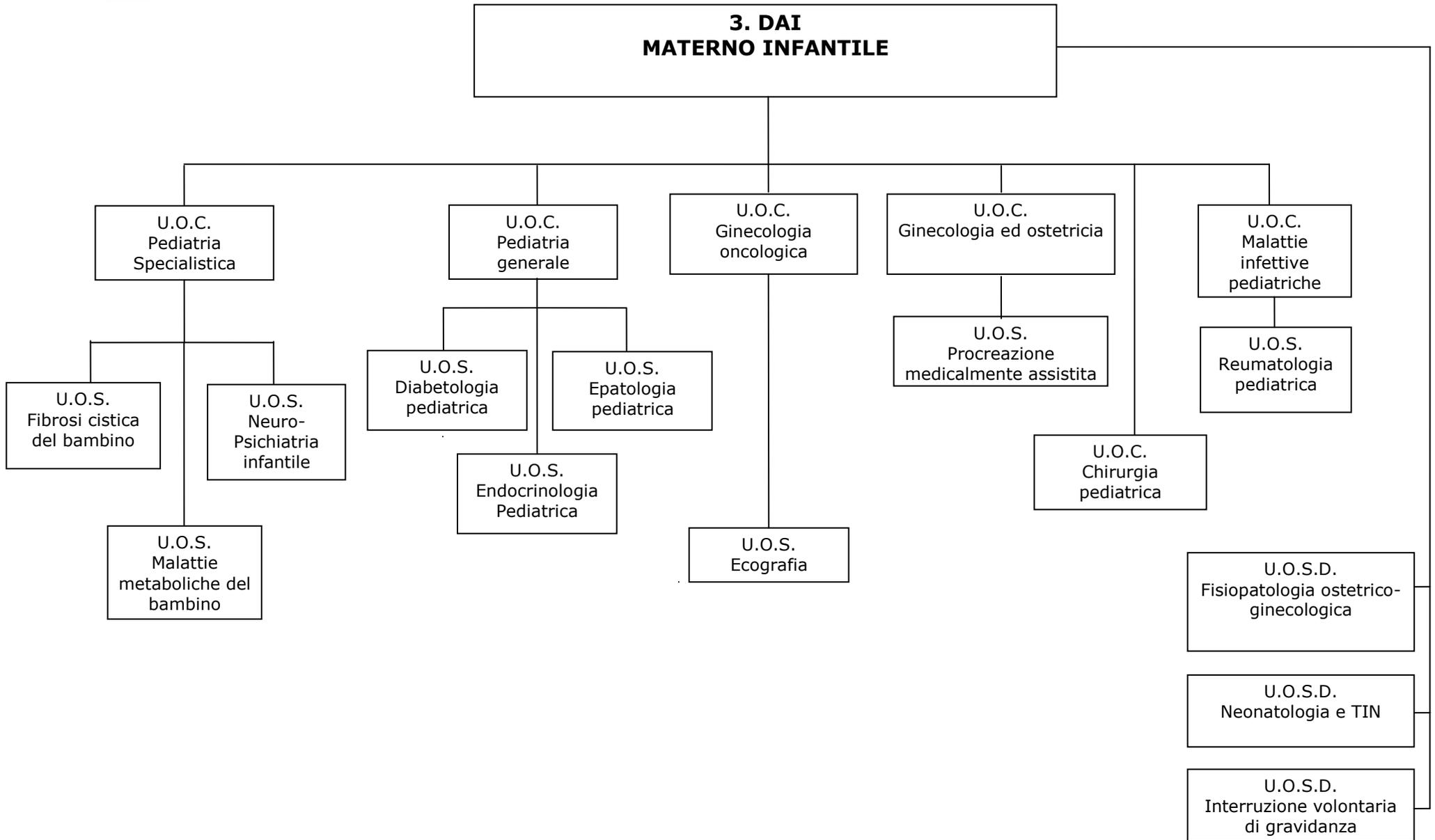
D.A.I.	UOC/U OSD	Descrizione UOC/UOSD	Descrizione UOS	PL
VASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIA MENTO	UOC	Cardiologia Riabilitativa e Centro per l'Iipertensione		12
	UOC	Cardiochirurgia	Cardiochirurgia Pediatria	20
	UOC	Geriatra		16
	UOC	Medicina clinica ad indirizzo cardio- respiratorio	Malattie metaboliche e cardiologiche Iipertensione polmonare	20
	UOC	Medicina d'urgenza		4
	UOSD	Chirurgia vascolare		10
	UOSD	Chirurgia toracica		2
	UOSD	Chirurgia dei grandi vasi		4
	UOSD	Terapia medica subintensiva		2
6. GASTROENTERO LOGIA, ENDOCRINOLOG IA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	UOC	Gastroenterologia ed Epatologia	Terapie avanzate delle malattie infiammatorie ed intestinali Terapie avanzate e sperimentali delle epatiti croniche	16
	UOC	Chirurgia endoscopica		14
	UOC	Endocrinologia	Disfunzioni endocrine e complicanze cardio vascolari Terapia molecolare delle malattie endocrine	12
	UOSD	Malattie motorie digestive		2
	UOSD	Diagnosi delle lesioni precancerose in gastroenterologia		8
	UOSD	DH endocrinologico		4
	7. CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	UOC	Chirurgia d'urgenza	
UOC		Chirurgia plastica e ricostruttiva	Chirurgia plastica dei tumori cutanei	12
UOC		Ortopedia traumatologia		8
UOC		Chirurgia epatobiliare		15

D.A.I.	UOC/U OSD	Descrizione UOC/UOSD	Descrizione UOS	PL
	UOC	Chirurgia generale, oncologica, endocrinometabolica e bariatrica		16
	UOC	Colon proctologia chirurgica		14
	UOC	Ortopedia specialistica		8
	UOSD	Ortopedia protesica		6
	UOSD	Riabilitazione motoria		2
8. MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO	UOC	Medicina interna ed angiologia	Dietoterapia nel trapianto e nell'insufficienza renale cronica	20
			Ipertensione arteriosa e prevenzione cardiovascolare	
	UOC	Medicina interna ed emo-coagulazione		18
	UOC	Nutrizione clinica	Prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità	4
	UOC	Diabetologia	Complicanze croniche nel diabete e Day - Service	8
			Percorso diagnostico terapeutico del paziente diabetico obeso ed attività di Day-Hospital	
	UOC	Reumatologia		10
	UOSD	Urgenze diabetologiche		2
	UOSD	Consulenze pneumologiche		2
	UOSD	Malattie cronico degenerative		2
UOSD	Epidemiologia clinica e medicina predittiva		0	
9. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE	UOC	Citogenetica e citogenomica		0
	UOC	Biochimica clinica ed emergenze	Emogasanalisi/Points of care testing, proteine plasmatiche ed urinarie	0
			Marcatori biochimici urinari	
UOC	Genetica medica		0	

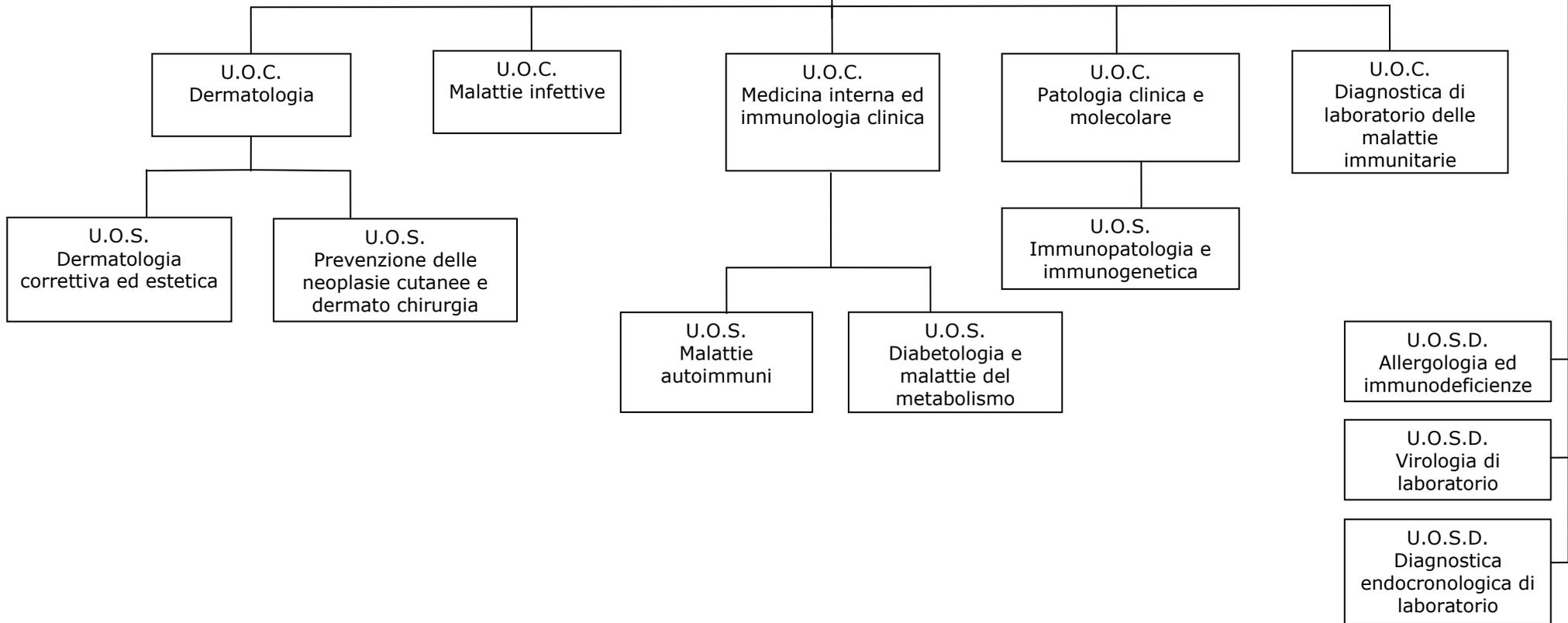
D.A.I.	UOC/U OSD	Descrizione UOC/UOSD	Descrizione UOS	PL
	UOC	Biologia molecolare clinica	Tipizzazione individuale biologica	0
	UOC	Medicina di laboratorio, ematologia ed emostasi di laboratorio, indagini speciali	Diagnostica di laboratorio di emoglobinopatie e di oncoematologia Centro Prelievi di Medicina di Laboratorio	0
	UOC	Microbiologia		0
	UOC	Medicina trasfusionale	Emaferesi - Centro Raccolta Staminali	2
	UOSD	Batteriologia e Micologia		0
10. SANITÀ PUBBLICA	UOC	Igiene	Igiene degli alimenti e della ristorazione collettiva	0
	UOC	Medicina del lavoro	Radioprotezione	2
	UOC	Farmacologia e tossicologia medica	Farmacovigilanza	0
11. NEFROUROLOGIA E CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	UOC	Nefrologia	Terapia medica del pre e post trapianto renale	20
	UOC	Urologia		20
	UOC	Urologia Andrologica		14
	UOC	Chirurgia generale e dei trapianti di rene	Chirurgia in pazienti in trattamento dialitico Tecnologie chirurgiche innovative nel trapianto di rene	18
	UOC	Anestesia e Rianimazione	Donazioni d'organo	14
	UOSD	Ipertensione nefro vascolare		8
	UOSD	Centro trapianti di rene e patologie retro peritoneali		6
	UOSD	Anestesiologia ginecologica e parto analgesia		2
TOTALE				904

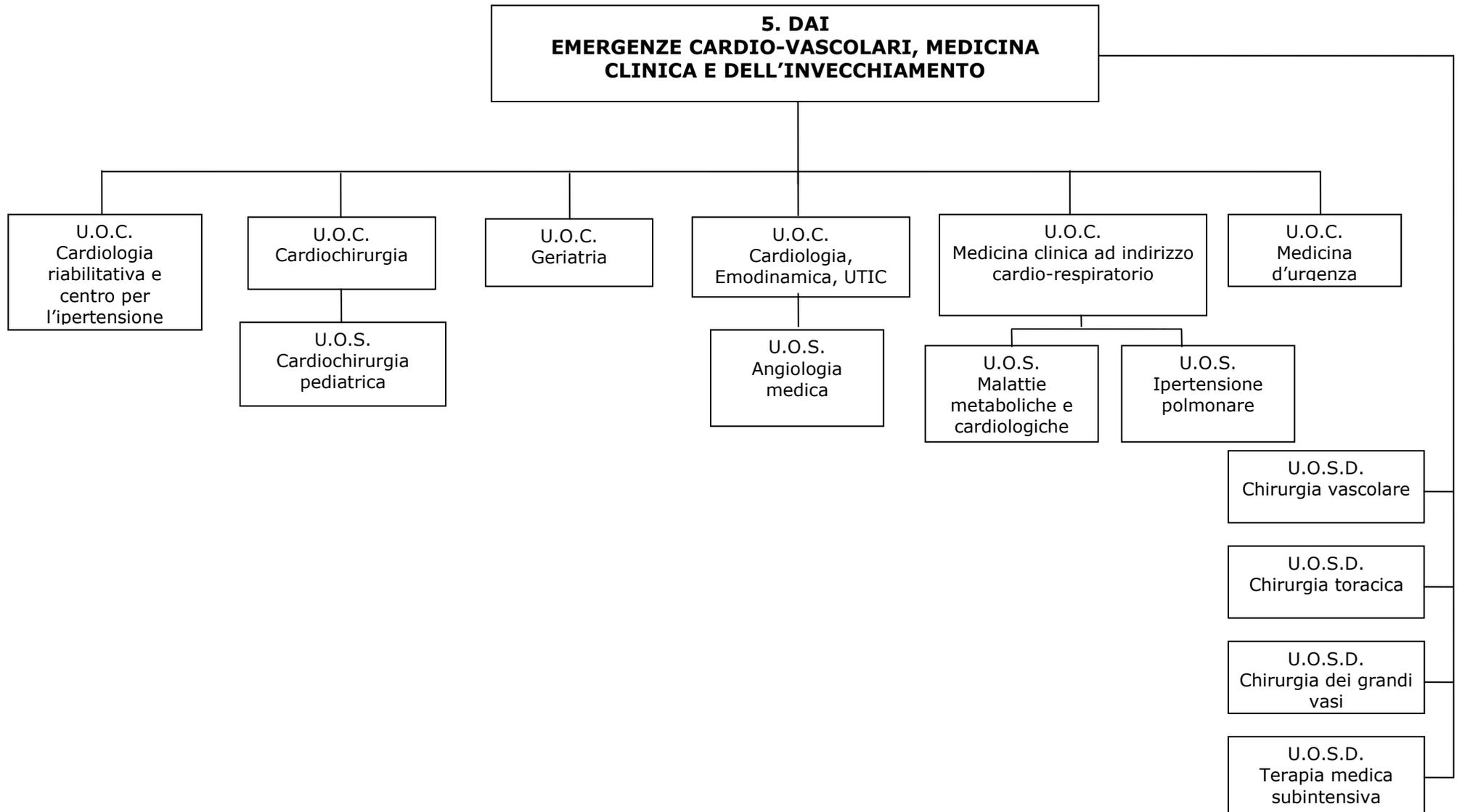


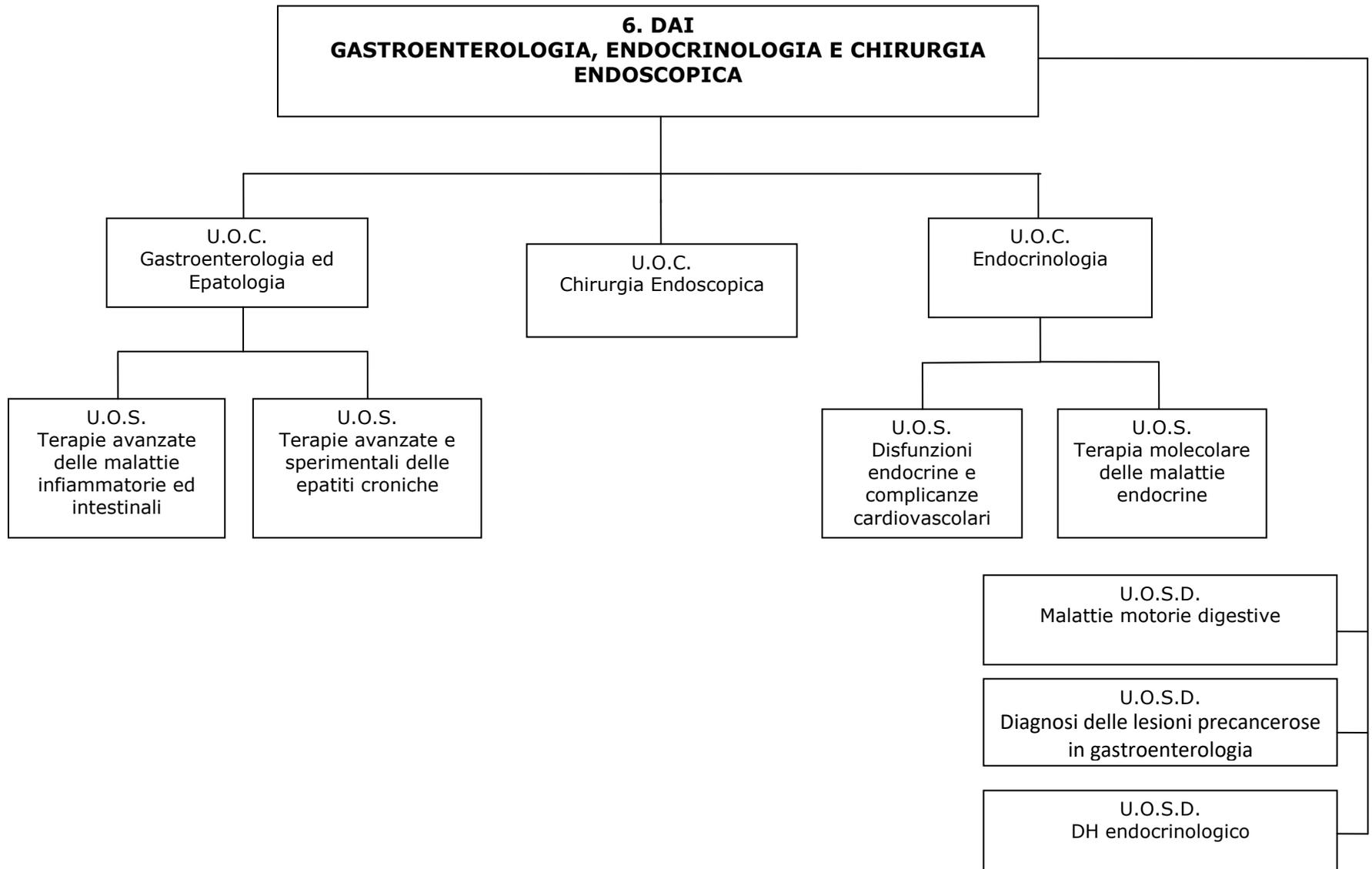


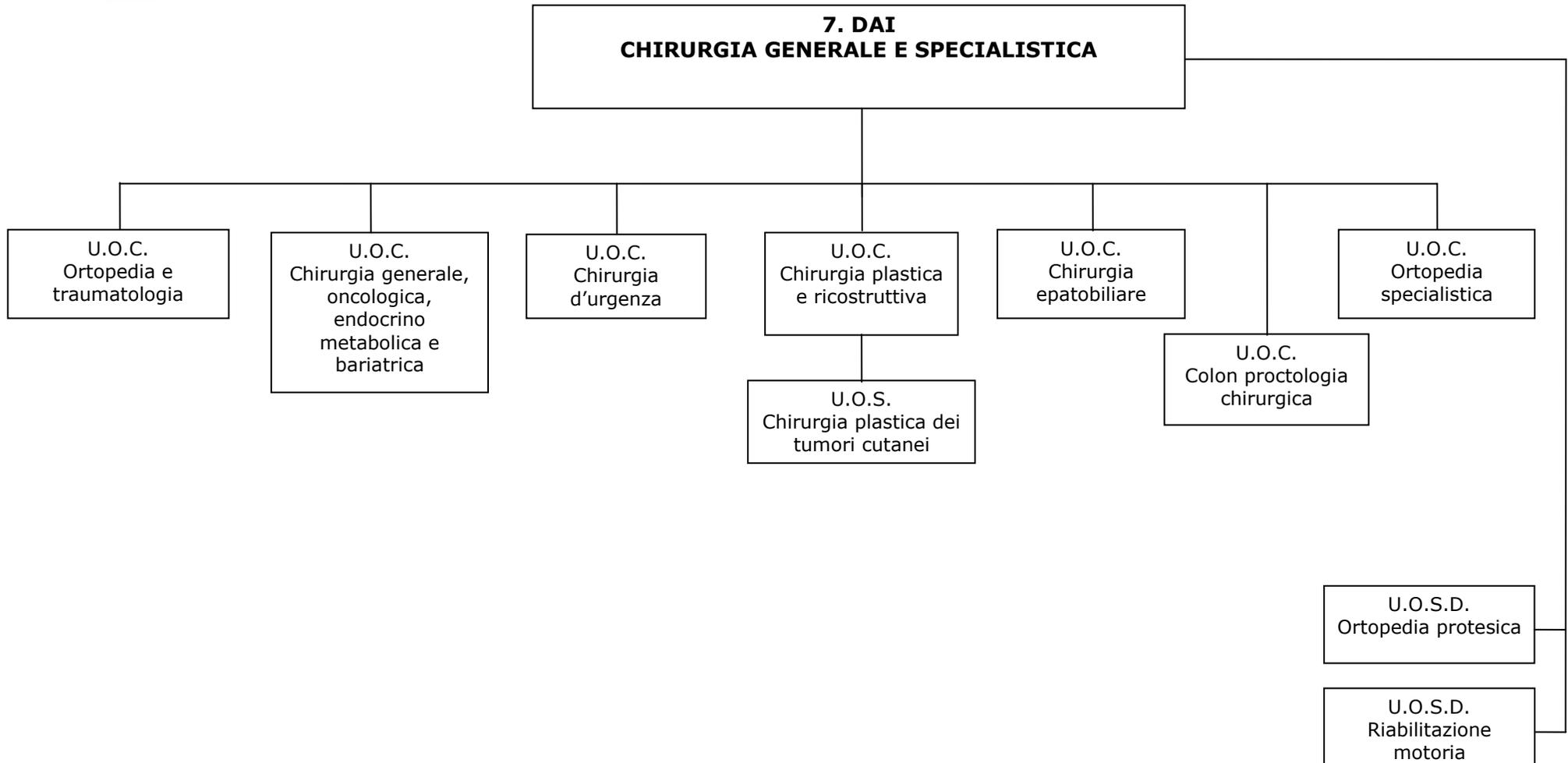


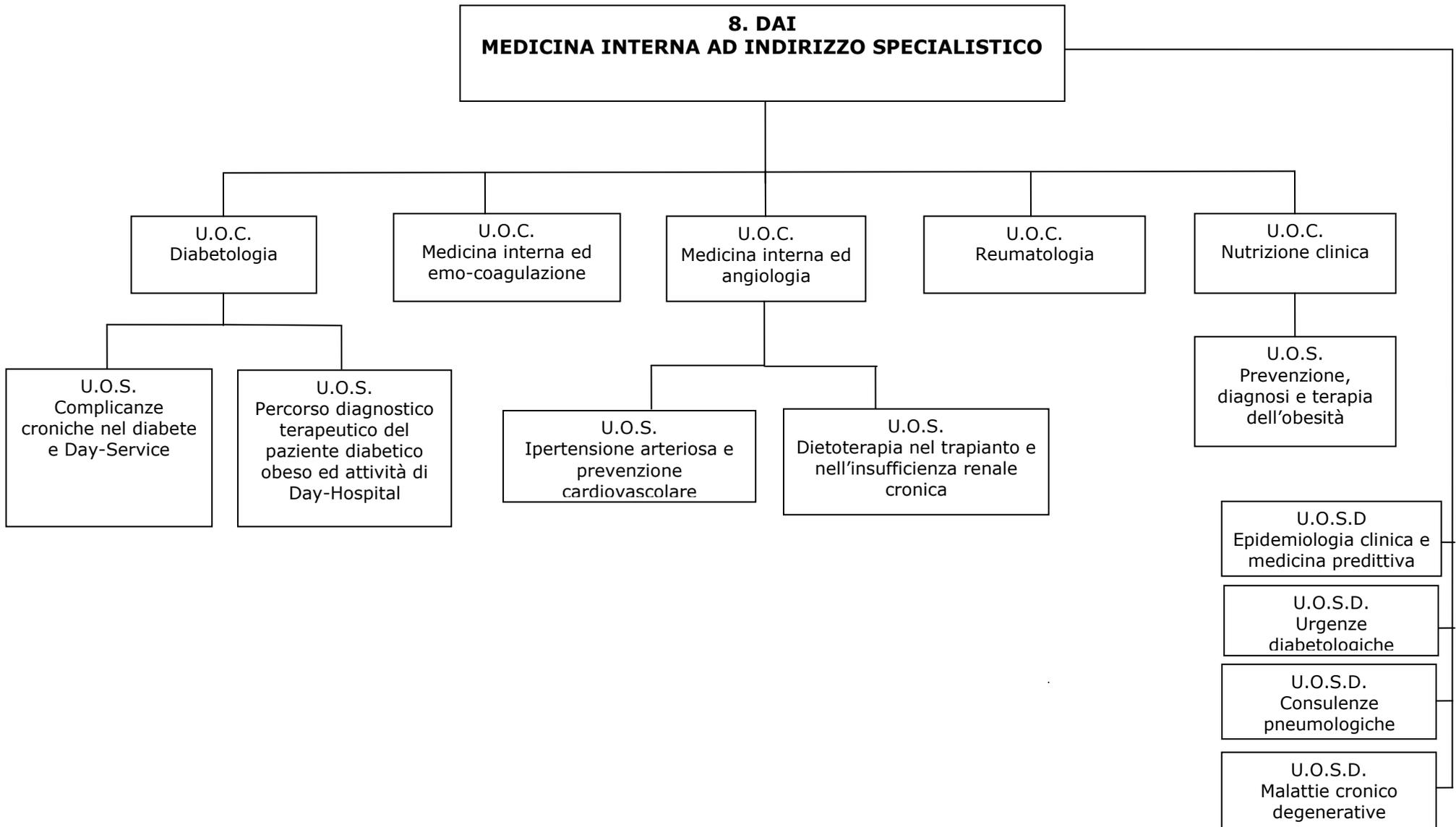
4. DAI
IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA,
MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA

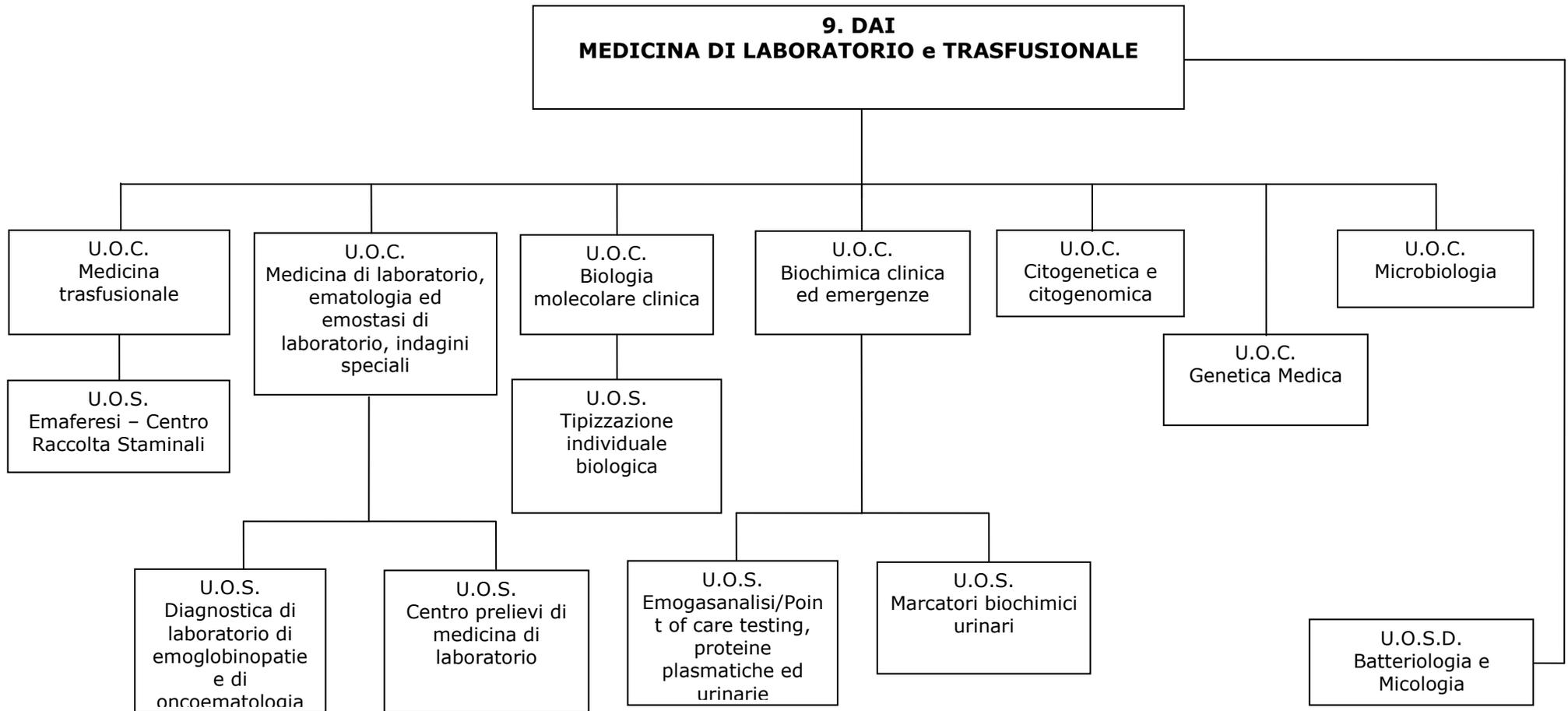


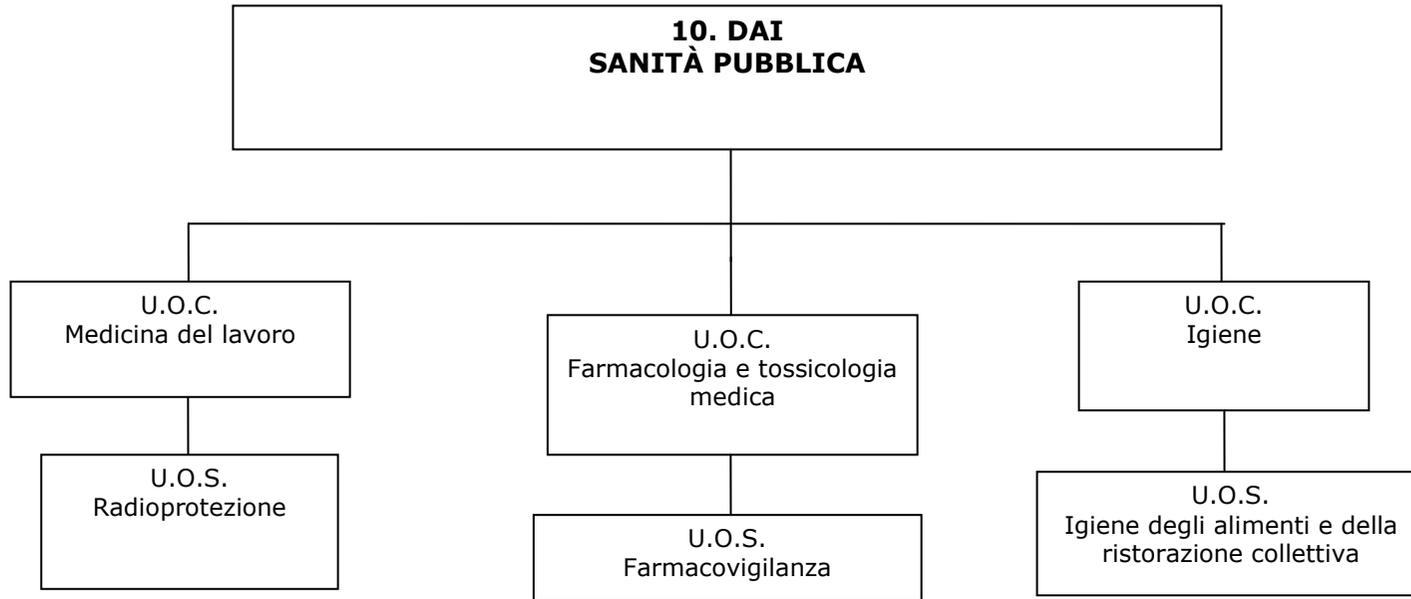


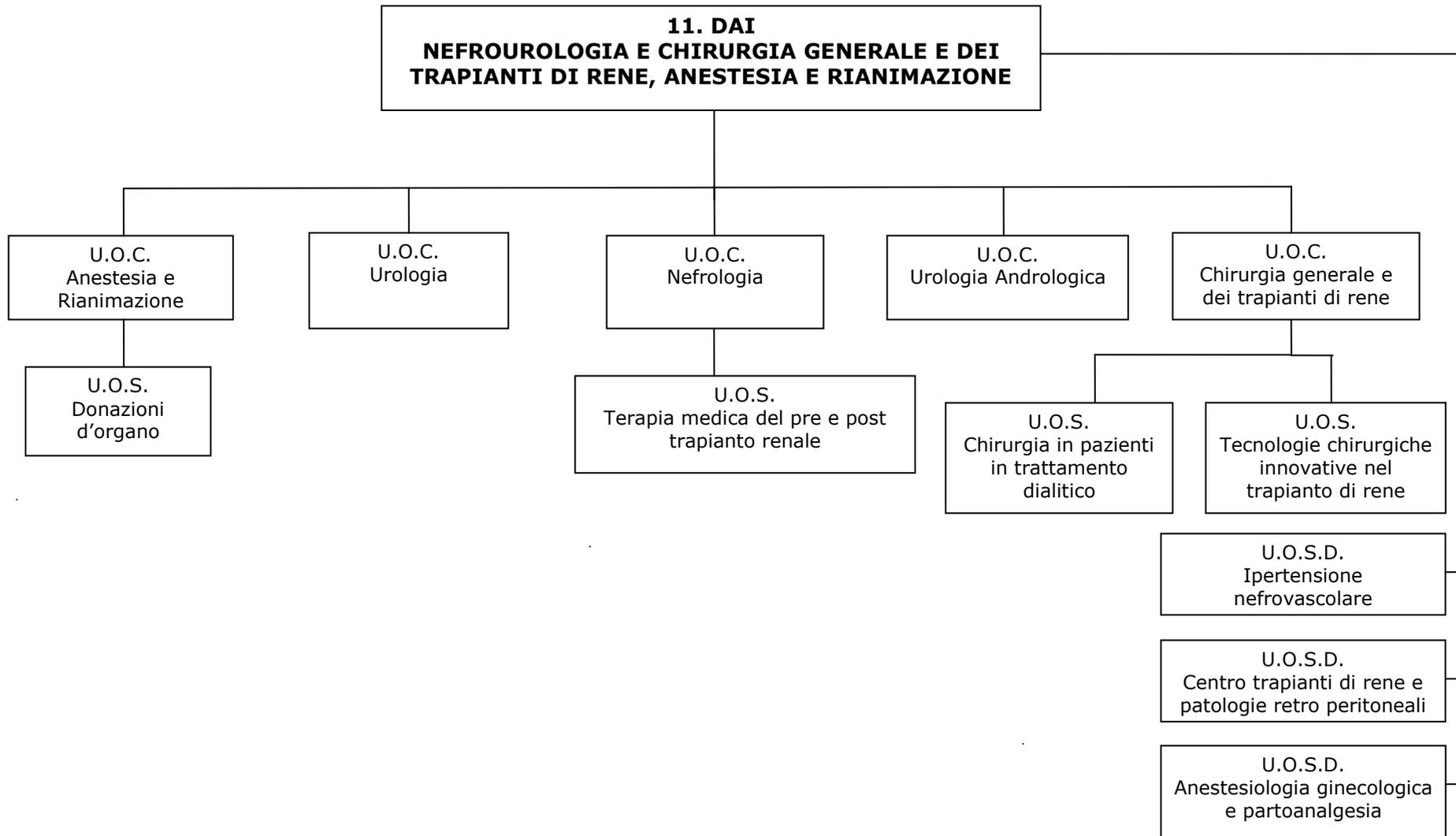












DAI EMATO-ONCOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Si caratterizza per la gestione integrata e multidisciplinare del trattamento del paziente emato-oncologico in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico e si articola in quattro fasi fondamentali, tra loro strettamente collegate: la degenza, centro trapianti, il Day Hospital (DH) e l'ambulatorio.

E' presente anche l'U.MaC.A (Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antiblastici) presso la quale vengono preparati farmaci chemioterapici per il trattamento di quasi tutte le neoplasie.

Il Centro di Trapianti di Midollo Osseo e Staminali Periferiche (UTM) è dedicato alla realizzazione delle procedure di trapianto autologo ed allogenico in linea con gli standard di accreditamento Nazionale ed Internazionali.

La Diagnostica per Immagini, garantisce la disponibilità di risorse tecnologiche adeguate alle necessità dell'attività clinica ed al passo con l'innovazione tecnologica garantendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche di qualità sempre più elevata e con il maggior grado di appropriatezza possibile utilizzando tecniche e protocolli adeguati e innovativi e coordinare l'attività diagnostica e terapeutica delle UU.OO. facenti parte del Dipartimento;

Il ruolo dell'Anatomia Patologica è centrale nel percorso diagnostico in quanto si inserisce come elemento fondamentale e spesso decisivo nell'inquadramento clinico del paziente, indirizzandone valutazioni prognostiche e scelte terapeutiche.

DAI NEFROUROLOGIA E CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Il Dipartimento di Nefrologia e Trapianti rappresenta la sintesi gestionale ed organizzativa delle attività di unità operative che si pongono l'obiettivo di ottimizzare il percorso assistenziale dei pazienti da sottoporre a trapianto d'organo solido. L'approccio multidisciplinare garantisce al Dipartimento la rete di consulenza specialistica, sia in fase di valutazione preoperatoria che in tutte le fasi del post operatorio.

L'attività si snoda nei seguenti 5 campi di azione:

- prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie mediche del rene e delle vie urinarie.
- controllo dell'insufficienza renale cronica al fine di rallentarne l'evoluzione verso l'uremia e ridurre le possibili complicanze.
- terapia sostitutiva della funzione renale nei pazienti uremici mediante trattamento con emodialisi o dialisi peritoneale.
- trapianto renale.

DAI MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO

Si caratterizza per il trattamento del paziente con patologie acute e/o cronico degenerativo nell'ambito internistico, diabetologico (diabete mellito e sue complicanze), reumatologico e stati nutrizionali patologici.

Vanno considerate infatti le attività di eccellenza svolte presso i numerosi centri di riferimento regionali, unici nella realtà regionale. In particolare: Diabetologia nell'adulto; Emocoagulopatie; Nutrizione Artificiale Domiciliare; Terapia del diabete con microinfusori; Malattie rare. Nel campo della nutrizione artificiale va evidenziata la presenza **della camera bianca**, una struttura all'avanguardia con spazi e tecnologie idonee per realizzare miscele nutrizionali per la nutrizione parenterale.

DAI IMMUNOLOGIA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE E DERMATOLOGIA

Si caratterizza per il trattamento del paziente con patologie acute e/o cronico degenerativo nell'ambito internistico con particolare indirizzo immunologico, diagnosi e trattamento delle varie forme di patologie infettive e tropicali con particolare interesse nella diagnosi e cura dei pazienti con HIV (per questi pazienti è prevista anche una ospedalizzazione domiciliare), epatite cronica e cirrosi, e di tutte le patologie emergenti. La clinica dermatologica si occupa invece del trattamento delle patologie dermatologiche, allergiche, e sessualmente trasmesse. Competenze specifiche sono state sviluppate in campo allergologico, nelle malattie autoimmuni d'organo, nelle malattie neoplastiche e nella chirurgia di esse.

DAI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

Il Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche raggruppa molteplici unità operative con professionalità diverse dedicate alla realizzazione di poli di eccellenza nella gestione dei percorsi di patologia a significativo impatto epidemiologico.

Si caratterizza per l'erogazione di prestazioni sanitarie di chirurgia generale e di chirurgia oncologica, ed ortopediche. Sono utilizzate tecniche chirurgiche innovative di comprovata efficacia quali quelle mini-invasive e video-laparoscopiche, robotica e utilizzo di materiali chirurgici innovativi. Nel DAI è presente anche l'**Anestesia la Rianimazione; l'anestesia** è caratterizzata da un insieme di interventi assistenziali integrati collegati prevalentemente al percorso terapeutico assistenziale del paziente chirurgico. Le prestazioni erogate riguardano la valutazione preoperatoria (ambulatoriale o in specifici casi durante il ricovero preoperatorio), la conduzione dell'anestesia, la gestione e il controllo del dolore postoperatorio e degli altri sintomi (Acute Pain Service), il monitoraggio del paziente nelle aree risveglio e la dimissione al reparto chirurgico di appartenenza.). La mission della **Terapia intensiva** è l'assistenza al paziente critico che necessita di un elevato livello di cura. L'assistenza comprende un insieme di interventi integrati a diversi livelli, che coinvolgono medici ed infermieri professionali. All'interno dell'UO si inserisce altresì l'attività di **terapia del dolore**. attraverso il controllo, monitoraggio e gestione del dolore postoperatorio e sintomi associati e l'attività di consulenza e monitoraggio per pazienti con dolore acuto non chirurgico o cronico.

DAI MATERNO INFANTILE

Si caratterizza per la tutela della salute della donna e del bambino a sostegno del percorso nascita, alla sua umanizzazione, alla loro globale assistenza, alla gravidanza fisiologica e patologica.

Garantisce la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alle scelte di procreazione cosciente e responsabile anche in riferimento all'interruzione volontaria della gravidanza ed alla sua prevenzione; tutela la salute della donna in età post-fertile e in ambito di prevenzione e trattamento di patologie di ginecologia oncologica ed urologica; assiste la famiglia nel desiderio di procreazione attraverso la disponibilità dei migliori strumenti tecnico-professionali; costituisce il punto di riferimento multiprofessionale per un approccio globale ai problemi pediatrici mediante l'integrazione delle competenze mediche e chirurgiche specializzate per l'età infantile; assiste e cura i neonati patologici che richiedono vari livelli di cura favorendo i successivi passaggi all'interno del Dipartimento dalla Neonatologia alla Pediatria;

L'attività assistenziale clinica si svolge in diversi settori, in particolare in pronto soccorso, nelle sale parto, nella sale operatorie, nel reparto, nel Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, nel day hospital e nei diversi ambulatori. Di particolare rilevanza è l'attività svolta dalla sala parto che si qualifica, per numero di nascite,. A questa si affianca il Centro Nascita e la Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN) direttamente collegata al Pronto Soccorso Ostetrico che, con le strutture Ostetriche, costituisce il Centro Regionale di 3° Livello di maggiori dimensioni della Regione Campania, per il numero di nati, e per la selezione di gravide a rischio.

Di rilievo sono anche in ambito ginecologico: 1) diagnosi e prevenzione e la chirurgia oncologica che tratta i tumori maligni dell'utero e degli annessi, 2) La chirurgia mininvasiva laparoscopica utilizzata per gran parte delle patologie dell'utero e degli annessi compresi i tumori in fase iniziale; 3) l'attività diagnostica e chirurgica di uro-ginecologia e della statica pelvica, che trattano i casi di prolasso genitale e incontinenza urinaria e la chirurgia delle malformazioni genitali.

DAI CARDIO-TORACICO E DELL'INVECCHIAMENTO

Il Dipartimento Cardio-toracico, fornisce servizi diagnostici e terapeutici specializzati ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari e toraco-polmonari. Il Dipartimento si distingue per la convergenza, presso un unico centro, di specialisti chirurghi, cardiologi dedicati nelle varie branche della cardiologia e cardiocirurgia. Il DAI partecipa attivamente alla gestione dell'emergenza, componendosi degli HUB di Cardiologia, Cardiocirurgia, UTIC ed Emodinamica con indirizzo ad attività interventistica al fine di poter stabilizzare il paziente più critico con metodiche interventistiche quali l'angioplastica e l'impianto di stent o intervenire sulle patologie valvolari aortiche con trattamento percutaneo. La clinica ha competenze particolari nel trattamento dell'insufficienza cardiaca acuta e nello scompenso cardiaco avanzato, nonché nella diagnostica strumentale ed aritmologica. Il laboratorio di elettrofisiologia in particolare si occupa di impianti di defibrillatori, di pacemaker.

DAI SANITÀ PUBBLICA

Si caratterizza per garantire la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita; promuovere l'importanza strategica della sanità pubblica

orientandola verso una sempre maggiore assistenza sanitaria personalizzata, anche attraverso lo studio delle interrelazioni che intervengono tra gli aspetti culturali, sociali e genetici della popolazione; sviluppa un approccio multidisciplinare integrato sui temi della tutela della salute dei cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica, di promozione di corretti stili di vita; adempie ai compiti sorveglianza sanitaria, ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n.81 e s.m.i., con particolare riferimento agli articoli 25 e 41, e delle attività connesse o conseguenti; partecipa attivamente alla determinazione delle politiche sanitarie dell'azienda in materia di prevenzione, vigilanza ed ispezione; promuove interventi di assistenza, sostegno, controllo, vigilanza, formazione ed informazione sui temi di igiene e sanità; sviluppa studi, ricerche epidemiologiche, attività di educazione sanitaria e di prevenzione sui temi dell'igiene sanitaria e la medicina valutativa; garantisce la gestione dei flussi informativi di sanità pubblica; svolge attività di sorveglianza e indagini ambientali; effettua pareri, certificazioni e accertamenti medico legali;

DAI MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

Il DAI risponde in prevalenza alle richieste di esami per i pazienti ricoverati presso l'AOU o seguiti, per continuità di cura, dagli ambulatori specialistici presenti nell'Azienda stessa. Inoltre, offre prestazioni di laboratorio agli esterni, incluse le strutture della Seconda Università di Napoli ospitate nel campus di Cappella Cangiani, attraverso un ambulatorio dedicato. Infine offre prestazioni di laboratorio per i numerosi protocolli scientifici sperimentali attivati dalle Strutture cliniche dell'Azienda. Oltre agli esami di laboratorio tradizionali "di base" (offerti anche in urgenza per i pazienti in condizioni critiche) il DAI è attivo nello sviluppo continuo e nella validazione di esami avanzati, innovativi, che abbiano dimostrato efficacia diagnostica in particolari contesti clinici, anche sulla base delle tipologie di pazienti che afferiscono alle Strutture avanzate di diagnosi e cura attivi in Azienda (es. diagnostica della celiachia, diagnostica delle patologie tromboemboliche, etc.). Inoltre, il DAI svolge una intensa attività di diagnostica delle malattie genetiche in fase pre e post natale e tutte le attività della medicina trasfusionale incluse, tra le altre, l'emaferesi, la citometria e l'immunologia cellulare e dei trapianti.

È importante segnalare che il DAI ha recentemente intrapreso un programma di automazione avanzata, che si è concretizzato con l'attivazione di una catena analitica per la Biochimica Clinica che sarà esteso, nei prossimi mesi, anche all'Ematologia di laboratorio e alla Coagulazione di base.

Le procedure di laboratorio, sono in gran parte coperte da sistemi di controllo di qualità e più in generale l'intero DAI sta ottenendo la copertura certificativa di qualità per tutte le proprie attività, e nel contempo sta adeguando agli standard internazionali le unità di misura e gli intervalli di riferimento.

Tra i programmi da potenziare, quello relativo all'appropriatezza prescrittiva, che sarà condotto in stretta sinergia con le realtà cliniche, con particolare riguardo alla valutazione dei "tempi di dimezzamento" dei diversi analiti, finalizzato a definire i tempi minimi prima dei quali non è utile il ricontrollo dei diversi analiti.

DAI GASTROENTEROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Rappresenta un riferimento per i pazienti affetti da malattie dell'apparato digerente e con malattie endocrino metaboliche. I livelli di assistenza prevedono oltre alla attività di ricovero dei pazienti con patologie gastroenterologiche acute e croniche, anche attività di Endoscopia Digestiva, di Ecografia addominale diagnostica e terapeutica e di Esplorazione Funzionale Gastrointestinale.

Si caratterizza inoltre per il trattamento di una casistica ad alto impatto socio-epidemiologico per la quale è prioritario intercettare le fughe sanitarie (Endocrinologia e Patologia Tiroidea)

DAI TESTA – COLLO

Raggruppa molteplici unità operative con professionalità diverse dedicate alla gestione dei percorsi di patologia, con particolare riferimento anche alla patologia traumatica, che frequentemente richiedono un intervento coordinato dei relativi specialisti del segmento testa collo. (la chirurgia maxillo-facciale, l'otorinolaringoiatria, l'oculistica, neurochirurgia etc).

E' inoltre presente la Stroke Unit che garantisce la gestione integrata dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente con accidenti cerebrovascolari.

4 REGOLE E MECCANISMI OPERATIVI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA

4.1 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

4.1.1 La dotazione organica

La dotazione organica dell'Azienda è rappresentata dalla sommatoria del personale assegnato ai Dipartimenti ad Attività Integrata ed ai Servizi Amministrativi ed è stabilita con provvedimento del Direttore Generale, previa informativa alle OO.SS. e alla RSU aziendale.

L'utilizzo del personale all'interno delle UU.OO. è disposto dal Direttore del Dipartimento ad attività integrata di concerto con i Direttori delle unità operative complesse.

Per la mobilità si applicano le disposizioni stabilite dai contratti di lavoro del personale (nazionale ed integrativo aziendale).

Di seguito si rappresenta l'attuale composizione della dotazione organica e il trend di dotazione organica periodo 2013 - 2016, mentre per l'analisi del fabbisogno 2016 - 2018 si rinvia al capitolo 1, paragrafo 3.

1. Dotazione organica attuale e Trend periodo 2013 - 2016

La rilevazione del personale, di ruolo e non, dell'AOU è stata articolata nei seguenti profili professionali:

- a) Dirigenti Medici
- b) Dirigenti sanitari non medici
- c) Dirigenti tecnici professionali amministrativi
- d) Infermieri
- e) Amministrativi
- f) Tecnici non sanitari
- g) Tecnici sanitari
- h) Ausiliari

La rilevazione della dotazione organica aziendale è stata effettuata con riferimento al computo del numero di "persone" (teste) in servizio e all'equivalenza dello stesso rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore (metodologia *full time equivalent*). Tale metodologia del *full time equivalent* è particolarmente significativa nel caso dell'AOU Federico II in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore il cui debito orario assistenziale è stato fissato, con Decreto Rettorale, in n. 26 ore settimanali.

La composizione dell'organico aziendale al 21.09.2016 è rappresentata per il 53,9% da universitari. Questo vuol dire che il 46,1% dell'attuale dotazione organica è a totale carico economico dell'Azienda.

Di questi ultimi, il 29,6% del personale attualmente in forza presso l'Azienda è costituito da comandati, contrattisti, convenzionati ed interinali, ovvero soggetti reclutati mediante formule contrattuali a cui normalmente si dovrebbe ricorrere per sopperire a situazioni temporanee di emergenza e non a svolgere ordinariamente attività sia sanitarie che tecnico-amministrative.

	Personale Universitario	Personale Aziendale	Elevata Professionalità	Specialisti Ambulatoriali	Contrattisti Aziendali	Contrattisti Linee Progettuali	Convenzionati	Comandati	Interinali	TOTALE
Dirigenti Medici	377	34	124	113	45	45	129	0	0	867
Dirigenti sanitari non medici	79	5	29	2	24	21	4	0	0	164
Dirigenti tecnici professionali amministrativi	14	0	1	0	0	0	0	0	0	15
Infermieri	495	77	0	0	25	27	0	128	61	813
Amministrativi	171	1	0	0	3	28	0	3	14	220
Tecnici non sanitari	75	3	0	0	5	6	6	2	11	108
Tecnici sanitari	68	6	0	0	34	12	0	24	8	152
Ausiliari	52	11	0	0	1	0	0	43	23	130
TOTALE	1331	137	154	115	137	139	139	200	117	2469

Tabella 58- Composizione organico aziendale al 21.09.2016

Analizzando il trend dell'organico aziendale nel periodo 2013 - 2016 è possibile evidenziare che lo stesso è pressoché costante nel triennio ma **fortemente in decremento rispetto alle previsioni di dotazione organica contemplate nel primo Protocollo di Intesa siglato tra Regione Campania e Università Federico II nell'anno 2003.**

PROFILO PROFESSIONALE	2013		2014		2015		2016 (al 21.09.16)	
	n. unità	FTE	n. unità	FTE	n. unità	FTE	n. unità	FTE
Dirigenti Medici	848	ND	840	592,9	844	535,1	867	633,50
Dirigenti sanitari	158	ND	160	140,00	162	132,80	164	138,40
Dirigenti tecnici-professionali-amministrativi	28	ND	24	21,70	27	24,30	15	15,00
Infermieri	779	ND	794	793,10	785	762,30	813	812,20
Tecnici sanitari	134	ND	143	137,90	142	137,50	152	148,40
Tecnici non sanitari	107	ND	101	100,90	98	97,30	108	107,60
Ausiliari	117	ND	123	123,00	116	114,70	130	130,00
Amministrativi	216	ND	204	204,20	199	201,50	220	219,50
TOTALE	2.387	ND	2.389	2113,70	2.373	2005,50	2.469	2204,60

Tabella 59 - Dotazione organica 2013 - 2016 per profilo professionale

2. Confronto dotazione organica al 21.09.2016 e previsioni dotazione del Protocollo di Intesa 2003

Preso atto della situazione attuale dell'organico aziendale, come anticipato, occorre concentrare l'attenzione sulla descrizione della composizione dell'organico in forza all'AOU "Federico II" alla data del 21/09/2016 e nell'anno 2003, anno in cui è stato siglato il primo Protocollo di Intesa tra Università degli Studi di Napoli "Federico II" e Regione Campania.

Detto Protocollo di Intesa stabiliva che l'apporto del contingente universitario da attribuire all'Azienda era pari a 3.467 "persone" corrispondenti a 2.968 FTE ed evidenziava che lo stesso contingente mostrava evidenti carenze in alcuni profili professionali.

Difatti l'art.8 del citato Protocollo recita: "Le parti riconoscono che sussistono esigenze assistenziali non coperte dalla dotazione disponibile, in relazione alle quali la pianta organica sarà ridefinita nell'atto aziendale predisposto ed approvato come previsto nel medesimo art.7 comma 1".

A tal scopo, si è proceduto a ricostruire la composizione della dotazione organica in termini di *full time equivalent* al 31/12/2003 ed al 21/09/2016.

Nella tabella che segue è riportata la dotazione organica espressa in FTE al 31/12/2003 ripartita per profilo professionale nonché la conversione in FTE del lavoro straordinario. Tali dati sono confrontati con i medesimi al 21/09/2016:

PROFILO PROFESSIONALE	2003		2003	2003	
	FTE	%	FTE straordinario	FTE complessive	%
Dirigenti Medici	543	18%	75,66	619	19%
Dirigenti sanitari	103	3%	9,21	112	3%
Dirigenti tecnici-professionali-amministrativi	121	4%	5,26	126	4%
Infermieri	1.178	40%	138,89	1.317	40%
Tecnici sanitari	275	9%	13,99	289	9%
Tecnici non sanitari	102	3%	12,93	115	4%
Ausiliari	219	7%	23,23	242	7%
Amministrativi	418	14%	18,75	437	13%
Consulenti	9	0%	-	9	0%
15 septies	-	0%	-	-	0%
TOTALE	2.968	100%	297,92	3.266	100%

Tabella 60: FTE 2003

Di seguito viene confrontato il dato 2003 con il dato di FTE 2015 comprensivo di straordinario:

PROFILO PROFESSIONALE	2003					2015			Δ 2015-2003
	FTE	%	FTE straordinario	FTE complessive	%	FTE	FTE straordinario (*)	FTE complessive	FTE complessive
Dirigenti Medici	543	18%	75,66	619	19%	535,1	86,73	621,83	3,17
Dirigenti sanitari	103	3%	9,21	112	3%	132,80	6,47	139,27	27,06
Dirigenti tecnici-professionali-amministrativi	121	4%	5,26	126	4%	24,30	-	24,30	-101,96
Infermieri	1.178	40%	138,89	1.317	40%	762,30	148,86	911,16	-405,73
Tecnici sanitari	275	9%	13,99	289	9%	137,50	9,20	146,70	-142,29
Tecnici non sanitari	102	3%	12,93	115	4%	97,30	14,64	111,94	-2,99
Ausiliari	219	7%	23,23	242	7%	114,70	24,87	139,57	-102,66
Amministrativi	418	14%	18,75	437	13%	201,50	19,98	221,48	-215,27
Consulenti	9	0%	-	9	0%	-	-	-	-9,00
15 septies	-	0%	-	-	0%	-	-	-	0,00
TOTALE	2.968	100%	297,92	3.266	100%	2.005,50	310,75	2.316,25	- 949,67

Tabella 61: FTE 2003/2015 compreso lo straordinario

(*) Non è incluso lo straordinario svolto presso strutture aziendali differenti dal Dipartimento di appartenenza (c.d. straordinario per esterni)

Dalla Tabella precedente si evince che rispetto al 2003 l'organico al 31/12/2015 ha subito un decremento di 949,67 FTE complessivo di straordinario con specifico riferimento al profilo di Infermiere, Amministrativi e Tecnici Sanitari.

Alla luce di ciò è evidente che la dotazione organica aziendale soffre dell'insufficienza di specifici profili professionali necessari a garantire l'erogazione di servizi assistenziali. Si dà atto, infatti, che a causa del blocco del *turn over*, negli ultimi anni, l'Azienda ha fronteggiato la carenza di organico strutturato mediante il reclutamento di personale con formule contrattuali atipiche (convenzionati, interinali, comandati), nonché ricorrendo al lavoro straordinario programmato che, peraltro, a seguito della Legge 161/2015, è destinato a ridursi drasticamente.



La dotazione organica dell'Azienda è rappresentata dalla sommatoria del personale assegnato ai Dipartimenti ad Attività Integrata ed ai Servizi Amministrativi ed è stabilita con provvedimento del Direttore Generale, previa informativa alle OO.SS. e alla RSU aziendale.

La rilevazione della dotazione organica aziendale è stata effettuata con riferimento al computo del numero di "persone" (teste) in servizio e all'equivalenza dello stesso rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore (metodologia *full time equivalent*). Tale metodologia del *full time equivalent* è particolarmente significativa nel caso dell'AOU Federico II in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore il cui debito orario assistenziale è stato fissato, con Decreto Rettorale, in n. 26 ore settimanali.

Alla data del 21/09/2016 la dotazione organica dell'AOU è costituita da n. 2.469 teste, corrispondenti a n. 2.204,60 full

time equivalent. Il 46,1% dell'attuale dotazione organica è a totale carico economico dell'Azienda. Di questi ultimi, il 29,6% del personale attualmente in forza presso l'Azienda è costituito da comandati, contrattisti, convenzionati ed interinali.

4.1.2 Il rapporto di lavoro

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del vigente Protocollo d'Intesa Regione/Università, per l'espletamento delle proprie attività istituzionali si avvale:

- a) del personale universitario docente e ricercatore, di cui all'allegato elenco B), afferente alla Scuola di Medicina e che svolge anche attività assistenziale da data anteriore al 31.03.2013 e alla data di sottoscrizione del presente Protocollo, come risultante dai provvedimenti di attribuzione dell'attività assistenziale, adottati dal Direttore Generale;
- b) del personale universitario tecnico amministrativo, di cui all'allegato elenco C), utilizzato anche per le esigenze dell'Azienda alla data di sottoscrizione del Protocollo;
- c) del personale di cui all'allegato elenco D), assunto dall'Università in categoria D ed EP per conto dell'Azienda e per soli fini assistenziali, a totale carico del finanziamento regionale;
- d) del personale di cui all'allegato elenco E), dipendente delle aziende del SSR, comandato presso l'AOU;
- e) personale di cui all'allegato elenco F) assunto autonomamente dall'Azienda a tempo determinato o indeterminato".

Il personale universitario di cui alle lett. a, b, c, dovrà essere utilizzato nel pieno rispetto dello stato giuridico ed in relazione alla categoria di inquadramento e al profilo funzionale corrispondente di cui alla relativa tabella approvata con Deliberazione del Direttore Generale dell'AUP n. 688 del 26.09.1996 e successive modificazioni ed integrazioni."

Per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, l'Azienda si avvale anche di altro personale (ad esempio anestesisti reclutati in regime di convenzionamento da altre Aziende del SSR) al fine di sopperire alle gravi carenze di organico.

Il rapporto di lavoro del personale con l'Azienda è disciplinato in conformità dei contratti stipulati per il comparto della sanità in sede nazionale in applicazione del D. Lgs. 165/2001, ove applicabile.

In materia disciplinare si applica la normativa stabilita nei CCNL (di Comparto e di area dirigenziale), salvo quanto previsto dal D. Lgs. 165/2001, e del D.lgs. 517/99 per il personale docente e dall'art 8, c.4, lett.c) del vigente Protocollo d'intesa.

Con specifico regolamento l'Azienda detta le disposizioni attuative del procedimento disciplinare.



L'Azienda, per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, si avvale:

- a) del personale universitario docente e ricercatore,;**
- b) del personale universitario tecnico amministrativo;**
- c) del personale assunto dall'Università in categoria D ed EP per conto dell'Azienda e per soli fini assistenziali, a totale carico del finanziamento regionale;**
- d) del personale dipendente delle aziende del SSR, comandato presso l'AOU;**
- e) personale assunto autonomamente dall'Azienda a tempo determinato o indeterminato.**

Per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, l'Azienda si avvale anche di altro personale (ad esempio anestesisti reclutati in regime di convenzionamento da altre Aziende del SSR) al fine di sopperire alle gravi carenze di organico.

Il rapporto di lavoro del personale con l'Azienda è disciplinato in conformità dei contratti stipulati per il comparto della sanità in sede nazionale in applicazione del D. Lgs. 165/2001, ove applicabile.

4.1.3 La progressione di carriera

Al personale è assicurato un sistema di progressione all'interno del sistema classificatorio, nell'ambito dei posti disponibili dalla dotazione organica di ciascuna categoria e dei relativi profili. I passaggi possono avvenire da una categoria inferiore a una categoria superiore (progressione verticale) e all'interno delle categorie tra profili diversi della stessa categoria e livello (progressione orizzontale). I criteri e le procedure per i passaggi tra categorie e tra profili diversi della stessa categoria sono disciplinati dal CCNL di Comparto e dal contratto integrativo aziendale e dalle disposizioni regionali in materia. Nell'ottica dello sviluppo dei propri servizi l'Azienda definisce inoltre, di volta in volta, le nuove professionalità necessarie e organizza, previa consultazione con le OO.SS. e la RSU aziendale, corsi formativi a numero chiuso ai quali il personale può partecipare volontariamente.

Le politiche di gestione del personale sono finalizzate a valorizzare il contributo di responsabilità organizzativa e professionale di tutto il personale dipendente; allo scopo, sono distinti i percorsi di sviluppo professionale da quelli di responsabilità organizzativa e gestionale. Ai sensi del c. 11, dell'art. 10 del vigente Protocollo d'intesa il Direttore Generale, acquisita l'intesa con il Rettore, individua i criteri per la graduazione delle funzioni e del conferimento degli incarichi per il personale universitario docente e ricercatore; per il restante personale i suddetti criteri ed il conferimento degli incarichi sono definiti dal Direttore Generale. All'Organismo Indipendente di Valutazione è demandata la validazione del sistema di graduazione delle funzioni e i criteri di valutazione del raggiungimento degli obiettivi attribuiti ai dirigenti.



Al personale è assicurato un sistema di progressione all'interno del sistema classificatorio. I passaggi possono avvenire da una categoria inferiore a una categoria superiore (progressione verticale) e all'interno delle categorie tra profili diversi della stessa categoria e livello (progressione orizzontale). I criteri e le procedure per i passaggi tra categorie e tra profili diversi della stessa categoria sono disciplinati dal CCNL di Comparto e dal contratto integrativo aziendale e dalle disposizioni regionali in materia. L'Azienda definisce inoltre, di volta in volta, le nuove professionalità necessarie e organizza, previa consultazione con le OO.SS. e la RSU aziendale, corsi formativi a numero chiuso ai quali il personale può partecipare volontariamente.

4.1.4 Posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento per il personale di comparto

Il personale del comparto, di qualsiasi ruolo, appartenente alle categorie D e Ds svolge attività di raccordo tra la Dirigenza e il restante personale partecipando ai processi aziendali anche mediante assunzione di specifiche responsabilità di natura professionale e/o gestionale per gli incarichi affidati.

Sulla base di quanto previsto nel CCNL Sanità per il quadriennio 2002-2005, il Direttore Generale, con provvedimento scritto e motivato, può conferire al personale del Comparto anche "posizioni organizzative" quando lo stesso sia stato incaricato di svolgere funzioni di direzione di articolazioni, ovvero funzioni che richiedano un elevato grado di professionalità e di specializzazione.

Agli operatori del Comparto possono, inoltre, essere conferiti incarichi di coordinamento nell'ambito dei servizi ai quali sono assegnati.

Al personale al quale è stata conferita una posizione organizzativa ovvero un incarico di coordinamento, viene corrisposta, per tutto il periodo di durata dell'incarico, una indennità di funzione il cui ammontare è graduato secondo criteri concordati e definiti in sede di contrattazione decentrata.

La revoca dell'incarico comporta la perdita dell'indennità di funzione di cui al punto precedente.



Il personale del comparto, di qualsiasi ruolo, appartenente alle categorie D e Ds svolge attività di raccordo tra la Dirigenza e il restante personale partecipando ai processi aziendali anche mediante assunzione di specifiche responsabilità di natura professionale e/o gestionale per gli incarichi affidati.

Il Direttore Generale, con provvedimento scritto e motivato, può conferire al personale del Comparto anche "posizioni organizzative" quando lo stesso sia stato incaricato di svolgere funzioni di direzione di articolazioni, ovvero funzioni che richiedano un elevato grado di professionalità e di specializzazione.

Agli operatori del Comparto possono, inoltre, essere conferiti incarichi di coordinamento nell'ambito dei servizi ai quali sono assegnati.

4.1.5 La posizione organizzativa

L'istituto della posizione organizzativa si inserisce nel processo di trasformazione del modello organizzativo della P.A. L'istituto nasce dalla consapevolezza che per alcune funzioni, pur non rientranti in quelle dirigenziali, ai fini del processo di trasformazione delle pubbliche amministrazioni, in cui il requisito della conoscenza ha un ruolo strategico, fosse necessario introdurre elementi di maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività e di predominante orientamento al risultato.

L'istituzione delle posizioni organizzative deriva dall'art.45 del D.Lgs. n.29/93, mod. dai D.Lgs n.396/97, n.80/98, n.397/98, il quale testualmente recita "per le figure professionali che, in posizione di elevata responsabilità, svolgono compiti di direzione o che comportano iscrizioni in albi oppure tecnico scientifici, sono stabilite discipline separate nell'ambito dei contratti collettivi di comparto".

Tale norma, oltre a riconoscere la necessità di disciplinare in modo separato dall'ordinamento del personale delle aree i "professionisti dipendenti", in altri termini le categorie di dipendenti pubblici che svolgono le funzioni che richiedono iscrizione ad albi professionali e quelle professionalità, necessarie all'amministrazione, di rilevante contenuto professionale per lo svolgimento di funzioni specifiche, si riferisce anche alla necessità di distinguere dal sistema della classificazione del personale per aree quei funzionari che svolgono attività di rilevante responsabilità, ai quali sono imputabili una serie di attività sia pure non autonome, ma di rilevante contenuto professionale.



L'istituto della posizione organizzativa nasce dalla consapevolezza che per alcune funzioni, ai fini del processo di trasformazione delle pubbliche amministrazioni, fosse necessario introdurre elementi di maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività e di predominante orientamento al risultato.

L'istituzione delle posizioni organizzative riconoscere la necessità di disciplinare le categorie di dipendenti pubblici che svolgono le funzioni che richiedono iscrizione ad albi professionali e quelle professionalità, necessarie all'amministrazione, di rilevante contenuto professionale per lo svolgimento di funzioni specifiche.

4.1.6 Istituzione delle posizioni organizzative

Per il comparto sanità si fa riferimento all'art.20 del CCNL 7.4.1999, in cui è precisato che le aziende ed enti, sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, istituiscono posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità che, a titolo esemplificativo, possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità "caratterizzate da un grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione".

L'Azienda deve tenere conto dei seguenti elementi:

- a) livello di autonomia e responsabilità della posizione, anche in relazione all'effettiva presenza di posizioni dirigenziali sovraordinate;
- b) grado di specializzazione richiesta per i compiti affidati;
- c) valenza strategica della posizione rispetto agli obiettivi aziendali
- d) entità delle risorse gestite.

Gli incarichi di posizioni organizzative presuppongono inoltre che l'Azienda abbia realizzato effettive innovazioni organizzative strutturali, quali il servizio di controllo interno, la definizione delle strutture organizzative e la dotazione della pianta organica, l'attuazione dei principi di razionalizzazione previsti dal D.Lgs. n.29/93, le determinazioni organizzative per assicurare funzionalità, efficienza, efficacia, economicità, flessibilità, imparzialità, trasparenza, parità di trattamento nella gestione delle risorse umane, controllo della spesa.



Nell'istituzione delle posizioni organizzative, l'Azienda deve tenere conto dei seguenti elementi:

- a) livello di autonomia e responsabilità della posizione;**
- b) grado di specializzazione richiesta per i compiti affidati;**
- c) valenza strategica della posizione rispetto agli obiettivi aziendali;**
- d) entità delle risorse gestite.**

Gli incarichi di posizioni organizzative presuppongono inoltre che l'Azienda abbia realizzato effettive innovazioni organizzative strutturali.

4.1.7 L'attribuzione degli incarichi

Le posizioni organizzative non costituiscono posti di dotazione organica e sono modificabili per effetto di una successiva diversa organizzazione interna. Il conferimento dell'incarico non comporta né progressioni interne di carriera, né differenze retributive tabellari, ma unicamente il diritto alla corresponsione della indennità di funzione.

A tale scopo, l'Azienda deve individuare le risorse da destinare esclusivamente al finanziamento dell'indennità in questione. L'Incarico, che dura cinque anni, viene conferito con provvedimento scritto e motivato e con valutazione annuale.

Esso deve contenere: a) l'attribuzione di funzioni; b) il risultato da realizzare; c) la retribuzione prevista; d) i termini di esecuzione; e) il conferimento delle risorse assegnate; f) la definizione del programma di massima e le relative modalità di esecuzione al fine di renderne oggettivamente valutabile l'attività in itinere.

L'indennità è corrisposta per la durata dell'incarico e assorbe i compensi per lavoro straordinario.



Le posizioni organizzative non costituiscono posti di dotazione organica e sono modificabili per effetto di una successiva diversa organizzazione interna. Il conferimento dell'incarico non comporta né progressioni interne di carriera, né differenze retributive tabellari, ma unicamente il diritto alla corresponsione della indennità di funzione. L'Incarico, che dura cinque anni, viene conferito con provvedimento scritto e motivato e con valutazione annuale.

4.1.8 Graduazione delle funzioni

Preventivamente all'assegnazione degli incarichi di responsabilità per le posizioni organizzative, l'Azienda definisce la graduazione delle funzioni attraverso l'individuazione di fattori di pesatura degli incarichi (fattori):

- Fattore strutturale: complessità organizzativa
- Fattore professionale: a) autonomia-responsabilità anche in relazione all'eventuale presenza di posizioni dirigenziali sovraordinate; b) livello di specializzazione richiesto; c) complessità delle competenze attribuite;
- Fattore economico: entità delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e strumentali direttamente gestite
- Fattore Strategico: valenza strategica delle posizioni rispetto agli obiettivi aziendali.

L'attribuzione di un "peso" rispetto a ciascun fattore verrà stabilito in sede di regolamentazione.



Preventivamente all'assegnazione degli incarichi di responsabilità per le posizioni organizzative, l'Azienda definisce la graduazione delle funzioni attraverso l'individuazione di fattori di pesatura degli incarichi (fattori):

- **Fattore strutturale**
- **Fattore professionale**
- **Fattore economico**
- **Fattore Strategico**

L'attribuzione di un "peso" rispetto a ciascun fattore verrà stabilito in sede di regolamentazione.

4.1.9 Responsabilità degli incarichi

Il dipendente, al quale è conferito incarico di posizione organizzativa svolge le relative funzioni con assunzione diretta di responsabilità in ordine alla realizzazione dei programmi e dei progetti affidatigli.

Lo stesso è tenuto annualmente a presentare al Responsabile della Struttura complessa una dettagliata relazione sull'attività svolta nell'anno precedente con la specificazione dei risultati conseguiti, delle risorse utilizzate, dei tempi di definizione dei procedimenti amministrativi, dei rapporti con l'utenza, della collaborazione fornita ad altre unità operative o da queste ultime ricevuta, della razionalizzazione delle procedure avviate.

Copia di detta relazione va inviata anche al Direttore Generale, all'OIV e, per quanto di competenza al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario.

Gli incarichi sono soggetti a revisione annuale ed alla scadenza sono rinnovabili previa valutazione dei risultati ottenuti.



Il dipendente, al quale è conferito incarico di posizione organizzativa svolge le relative funzioni con assunzione diretta di responsabilità in ordine alla realizzazione dei programmi e dei progetti affidatigli.

Lo stesso è tenuto annualmente a presentare al Responsabile della Struttura complessa una dettagliata relazione sull'attività svolta nell'anno precedente.

4.1.10 Valutazione degli incaricati

La valutazione viene effettuata dal responsabile dell'unità operativa di appartenenza del dipendente. Quindi l'OIV validerà il processo di valutazione seguito ed emetterà il giudizio finale.

In caso di valutazione negativa l'OIV acquisisce in contraddittorio le considerazioni del dipendente che può farsi assistere da persona di fiducia.

In caso di valutazione negativa, l'incarico è revocato con perdita dell'indennità di funzione da parte del titolare che resta inquadrato nella categoria di appartenenza e restituito alle funzioni del proprio profilo.

Gli incarichi di posizioni organizzative, comunque, possono essere revocati anche prima della scadenza, in caso di accertata grave inosservanza delle direttive impartite o con il venir meno della funzione a seguito di soppressione del servizio.

La revoca anticipata avviene con provvedimento motivato del Direttore Generale.



La valutazione viene effettuata dal responsabile dell'unità operativa di appartenenza del dipendente.

In caso di valutazione negativa, l'incarico è revocato con perdita dell'indennità di funzione da parte del titolare che resta inquadrato nella categoria di appartenenza e restituito alle funzioni del proprio profilo.

4.1.11 Conferimento nuovi incarichi di funzioni di coordinamento

La natura delle funzioni di coordinamento si inquadra in una funzione direttiva ed organizzativa che ha come caratteristica principale quella di realizzare la concreta sinergia e integrazione dei vari interventi necessari all'andamento delle attività dei servizi di assegnazione, intendendo con ciò la funzione di coordinamento come azione di organizzare in modo più appropriato e funzionale per l'efficiente ed efficace andamento delle attività sanitarie.

Ciò comporta non solo la pianificazione degli interventi necessari, ma anche il coordinamento del personale chiamato a realizzare tali interventi, in modo sistematico e con una visione che garantisca la flessibilità operativa e l'interscambiabilità delle funzioni.

Già il contratto 1998/2001, area comparto e di seguito il contratto integrativo del 20 settembre 2001 hanno evidenziato figure professionali che accanto alle funzioni prettamente assistenziali svolgono funzioni organizzative e manageriali. La caratteristica del coordinatore è la specifica funzione manageriale cui è correlata l'indennità economica prevista dalle norme contrattuali.

Pertanto, in conformità a quanto previsto dall'ordinamento degli studio dei corsi universitari, per i profili delle professioni sanitarie può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi e maggiori costi a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'art.7 della Legge n.251/2000, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti: master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'art.3, c.8, del regolamento di cui al D.M. 3 novembre 1999, n.509 del MIUR e dell'art.3, c.9, del regolamento di cui al D.M. 22 ottobre 2004, n.270 del MIUR, nonché esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, di cui all'art.6, c.5, della L.43/2006, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido ai fini dell'affidamento delle funzioni di coordinamento.



La natura delle funzioni di coordinamento si inquadra in una funzione direttiva ed organizzativa.

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti: master di primo livello in management nonché esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

4.1.12 Procedura di assegnazione degli incarichi

Per l'assegnazione degli incarichi si procede con un avviso interno nel quale deve essere indicato:

- a) l'individuazione del servizio di assegnazione
- b) le attività del servizio che devono essere coordinate
- c) l'organico operante nel servizio
- d) i requisiti richiesti
- e) i termini per la presentazione delle domande
- f) i criteri per la selezione.

La selezione va fatta da una Commissione, nominata dal Direttore Generale, composta da tre membri, di cui uno proposto dal Direttore del DAI ove deve essere conferito l'incarico di coordinamento.

A tutti i dipendenti con funzioni di coordinamento spetta l'indennità di funzione di coordinamento.



Per l'assegnazione degli incarichi, si procede con un avviso interno. La selezione viene fatta da una Commissione, nominata dal Direttore Generale.

Gli incarichi di funzioni di coordinamento sono conferiti per la durata di anni cinque ed alla scadenza sono rinnovabili previa valutazione dei risultati ottenuti.

4.1.13 Criteri per la graduazione delle funzioni

L'Azienda definisce la complessità dei compiti di ciascun coordinamento, graduando le relative funzioni, procedendo a:

- a) individuare i fattori di valutazione
- b) attribuire un punteggio per ogni fattore

I fattori di valutazione sono dati dalla complessità del servizio da coordinare, dalla complessità delle tecnologie di cui è dotato il servizio, nonché dall'organico operante all'interno del servizio.

I punteggi attribuibili ad ogni fattore sono:

- giudizio basso corrispondente al range da 0 a 3 punti
- giudizio medio corrispondente al range da 4 a 6 punti
- giudizio alto corrispondente al range da 7 a 10 punti.

I criteri di valutazione della complessità organizzativa sono dati da numerosi parametri, che qui di seguito si elencano.

Numero delle strutture: Strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale, per unificazione di attività fra loro omologhe o complementari, per carenze organiche o strutturali, per coerenza di percorsi diagnostici-terapeutici o riduzione

delle prestazioni erogate possono essere soggette ad integrazione o accorpamenti, mantenendo le proprie attività, ma unificando la gestione delle risorse a loro assegnate.

Complessità specialistica: Con tale indice si misura la frammentazione della struttura di riferimento in settori specialistici che compongono una realtà di fatto multidisciplinare con evidenti difficoltà nella gestione delle variabili organizzative e hanno un elevato fabbisogno di risorse.

Numero profili operatori: All'interno di ciascuna unità operativa il ciclo operativo viene completato con l'apporto di diverse figure professionali del comparto. La conoscenza delle specifiche attribuzioni in ambiti operativi costituisce una complessità proporzionale al loro numero.

Sede di tirocinio studenti. In molti casi lo sforzo organizzativo e formativo, nonché la gestione degli aspetti relativi all'accoglienza e all'inserimento degli studenti costituisce parametro di valutazione.

Livello di integrazione di processi e relazioni con le altre strutture aziendali. Diverso impegno spetta a coloro che coordinano un servizio che per la sua collocazione nella struttura operativa si trova in un sistema a rete fittamente interconnesso. E' il caso dei servizi diagnostici che prevedono un ruolo di coordinamento esteso e non riferito all'esclusiva complessità delle relazioni interne, ma anche rivolto alla conoscenza di aspetti della complessità assistenziale dei relativi utilizzatori dell'outcome.

Tipologia della turnistica e orari di apertura del servizio. Le organizzazioni complesse richiedono un maggiore fabbisogno di risorse; va da sé che un servizio articolato su più turni porti con sé una maggiore complessità in termini di gestione delle risorse umane.

Consistenza e complessità delle attrezzature. E' necessario considerare la modalità prevalente nello svolgimento delle attività assistenziali, la tipologia delle attrezzature, l'eventuale dotazione di una tecnologia analitica integrata che presidi tutte le fasi del ciclo analitico, la consistenza del sistema informatico nella sua integrazione con le apparecchiature e i flussi di lavoro e con i reparti afferenti (prenotazione, validazione analitica e refertazione on line).

Struttura Servizio Certificato E' maggiore l'impegno richiesto nel dare evidenza di gestione e governo per la tenuta sotto controllo dei processi produttivi che rispondono alla valutazione di conformità rispetto ai requisiti stabiliti per il conseguimento, l'implementazione e il mantenimento di un sistema di qualità, sulla base della norma di riferimento adottata (es. UNI EN ISO 9001:2000 – Sistema di Gestione di qualità-requisiti), in termini di stesura, revisione e aggiornamento continuo delle procedure e loro archiviazione; puntuali, chiare e precise registrazioni delle attività svolte in termini di pianificazione ed esecuzione delle stesse; tenuta sotto controllo delle non conformità di processo, prodotto, servizio per l'attuazione di opportune azioni correttive e preventive; elaborazione dei dati raccolti per la valutazione dell'efficacia ed efficienza degli standards adottati attraverso l'uso di opportuni indicatori per la formulazione di obiettivi di miglioramento, nonché alla preparazione sistematica e periodica degli audit di verifica ispettiva interna ed esterna.



L'Azienda definisce la complessità dei compiti di ciascun coordinamento, graduando le relative funzioni e procedendo a:

- a) individuare i fattori di valutazione**
- b) attribuire un punteggio per ogni fattore.**

I criteri di valutazione della complessità organizzativa sono dati da numerosi parametri quali numero delle strutture, complessità specialistica, numero profili operatori, sede di tirocinio studenti, livello di integrazione di processi e relazioni con le altre strutture aziendali, tipologia della turnistica e orari di apertura del servizio, struttura Servizio Certificato, consistenza e complessità delle attrezzature.

4.1.14 Durata e revoca degli incarichi

Gli incarichi di funzioni di coordinamento sono conferiti per la durata di anni cinque ed alla scadenza sono rinnovabili previa valutazione dei risultati ottenuti. Gli incarichi di coordinamento, comunque, possono essere revocati anche prima della scadenza, in caso di accertata grave inosservanza delle direttive impartite o con il venir meno della funzione a seguito di soppressione del servizio. La revoca anticipata avviene con provvedimento motivato del Direttore Generale su proposta del Direttore del DAI di afferenza.



Gli incarichi di funzioni di coordinamento sono conferiti per la durata di anni cinque ed alla scadenza sono rinnovabili previa valutazione dei risultati ottenuti.

4.2 La Valutazione

4.2.1 La valutazione dei dirigenti

La procedura di valutazione dei Dirigenti è mirata alla ricerca del miglioramento delle "performance" nonché alla verifica dei risultati delle attività e della gestione degli stessi. E' improntata alla trasparenza dei criteri e dei risultati, alla informazione e alla partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio, nonché alla diretta conoscenza dello stesso valutato da parte del soggetto che ne effettua la valutazione.

La valutazione dei dirigenti avviene con cadenza annuale, triennale, quinquennale e a scadenza incarico. Essa ha lo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati e il contributo professionale reso. A supporto delle suddette valutazioni può essere previsto un monitoraggio anche con cadenza inferiore all'anno. Gli organi che provvedono alla valutazione si avvalgono del supporto tecnico delle strutture organizzative di staff alla Direzione Generale.

Al fine di rendere il sistema valutativo incentivante e motivante, i giudizi conseguiti e condivisi dai dirigenti costituiscono elementi per la conferma o per il conferimento degli incarichi. In particolare:

- L'esito positivo della valutazione annuale comporta l'attribuzione al Dirigente della retribuzione di risultato (*valutazione di risultato*);
- L'esito positivo della valutazione triennale, quinquennale o alla scadenza dell'incarico è condizione per la conferma o per il conferimento di incarichi di maggiore rilievo professionali o gestionali (*valutazione di posizione*);
- L'esito negativo della valutazione comporta:
 - a) la perdita della retribuzione di risultato in tutto o in parte per la valutazione di risultato (annuale);
 - b) la revoca dell'incarico e affidamento di incarico di valore economico inferiore per la valutazione di posizione (triennale, quinquennale o alla scadenza dell'incarico).

La procedura di valutazione costituisce presupposto per l'applicazione delle misure di cui all'articolo 21, commi 1 e 2 del decreto n° 29/93 e successive modifiche ed integrazioni, in materia di responsabilità dirigenziale. Qualora prima della scadenza annuale emerga il rischio di un risultato negativo, il procedimento di valutazione può essere effettuato anche anticipatamente.

Sulla base delle previsioni dell'art. 7 del D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, all'interno dell'AOU Federico II, i soggetti coinvolti nel sistema di misurazione e valutazione delle *performance* sono i seguenti:

1. Il Dipendente da valutare;
2. Il Referente Valutatore, nelle persone qui di seguito indicate:
 - Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, congiuntamente o individualmente, secondo le competenze e le modalità di intervento appresso disciplinate;
 - I Direttori dei DAI;
 - I Direttori delle UOC;
3. L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance di cui all'articolo 14 dello stesso decreto(OIV);
4. Il Direttore Generale, secondo le competenze e le modalità di intervento disciplinate nel Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione delle Performance adottato dall'Azienda.

Nel caso della valutazione collegata al rinnovo dell'incarico o al conferimento di nuovo incarico (valutazione di posizione), i soggetti coinvolti sono: il Comitato dei Garanti, il Collegio Tecnico e i Collegi tecnici specialistici, l'OIV. In particolare, la valutazione dei Dirigenti ai fini del rinnovo degli incarichi è effettuata dal Collegio tecnico sentiti i rispettivi Collegi tecnici di specialità. Per la metodologia della valutazione viene adottato apposito regolamento.



La valutazione dei dirigenti avviene con cadenza annuale, triennale, quinquennale e a scadenza incarico.

Essa ha lo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati e il contributo professionale reso.

La procedura di valutazione costituisce presupposto in materia di responsabilità dirigenziale.

I soggetti coinvolti nel sistema di misurazione e valutazione delle performance sono i seguenti:

1. Il Dipendente da valutare;
2. Il Referente Valutatore, nelle persone qui di seguito indicate:
 - Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo
 - I Direttori dei DAI

- I Direttori delle UOC
- 3. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- 4. Il Direttore Generale.

4.2.2 La valutazione del personale di comparto

L'Azienda valuta il personale del comparto di cat. D al quale sono stati attribuiti incarichi di funzioni, ovvero ai fini dell'attribuzione di incarichi di funzioni, con procedimento analogo a quello previsto per la dirigenza, anche sulla base di criteri che verranno determinati dall'Azienda previa consultazione con le OO.SS. e la RSU aziendale.

I criteri e le procedure per la valutazione sono previsti nel contratto integrativo aziendale del comparto ovvero disciplinate nel Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione delle Performance adottato dall'Azienda, previa contrattazione con le OO.SS. e la RSU aziendale.

Il personale di cat. D al quale non sono state attribuite funzioni e il restante personale del comparto sono valutati dal Dirigente della struttura organizzativa in base a criteri successivamente definiti previa consultazione con le OO.SS. e la RSU aziendale.



L'Azienda valuta il personale del comparto di cat. D al quale sono stati attribuiti incarichi di funzioni con procedimento analogo a quello previsto per la dirigenza.

I criteri e le procedure per la valutazione sono previsti nel contratto integrativo aziendale del comparto ovvero disciplinate nel Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione delle Performance adottato dall'Azienda.

Il personale di cat. D al quale non sono state attribuite funzioni e il restante personale del comparto sono valutati dal Dirigente della struttura organizzativa.

4.2.3 La metodologia di valutazione del personale

Il processo di misurazione e valutazione della *performance* individuale interessa tutto il personale dipendente dell'AOU e, secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs. 150/09, si snoda in diverse fasi, tutte fondate sull'utilizzo dei due seguenti parametri:

- a) modalità di svolgimento, caratteristiche quali-quantitative ed efficienza della prestazione lavorativa (*performance* individuale);
- b) efficienza della struttura organizzativa di appartenenza, intesa come percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati (*performance* organizzativa).

Tali parametri incidono sulla valutazione complessiva del singolo dipendente in maniera differenziata, a seconda del grado di responsabilità e di autonomia del dipendente stesso: il parametro sub a), infatti, incide in misura inversamente proporzionale al livello della posizione gerarchica del dipendente da valutare, mentre il parametro sub b) incide in misura direttamente proporzionale al predetto livello della posizione gerarchica.

Il responsabile della valutazione è il soggetto che ha in carico il dipendente e che per tal motivo costituisce la figura gerarchica di riferimento. Nel caso ritenga insufficienti le conoscenze tratte dalla sua personale e diretta osservazione, il predetto referente valutatore può avvalersi del contributo informativo e del giudizio di altri soggetti, sia interni che esterni alla attuale o pregressa struttura di appartenenza, per documentarsi il più esaurientemente possibile sull'operato del Valutato. Qualora, durante l'anno, la persona da valutare abbia svolto la propria attività in diverse unità organizzative, alla valutazione provvede il Responsabile della struttura presso la quale l'operatore ha prestato la sua attività in maniera prevalente e, in questo caso, vengono acquisite anche le valutazioni dei responsabili delle altre strutture.

Sulla base delle previsioni del comma 4, art. 14 del D. Lgs. 150/2009, l'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV) istituito all'interno dell'AOU Federico II, svolge le funzioni previste dal decreto stesso, con la collaborazione di una Struttura Tecnica di Supporto costituita con Deliberazione del Direttore Generale ed avvalendosi dell'apporto tecnico-professionale della P.O. Controllo di Gestione.

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia *la performance* individuale, sia quella organizzativa. Ciascuno di tali valori viene espresso con separato punteggio, alla cui somma viene commisurata la retribuzione premiale da corrispondere a ciascun avente diritto.

La valutazione annuale ha rilevanza, oltre che ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, anche ai fini dell'affidamento o del rinnovo di incarichi e delle progressioni di carriera e per ogni altra finalità prevista dal D.Lgs. 150/2009.

Nell'applicazione del Sistema di Valutazione, i soggetti coinvolti si attengono a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro e dalla normativa vigente e, in particolare, dall'art. 5, co. 2, del D.Lgs. 286/99, ai sensi del quale *"La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente conto dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione. La valutazione ha periodicità annuale. Il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del Valutato da parte dell'Organismo proponente o Valutatore di prima istanza, della approvazione o verifica della valutazione da parte dell'Organismo competente o Valutatore di seconda istanza, della partecipazione al procedimento del Valutato."*

Il processo di valutazione, l'iter procedimentale ed il tentativo di conciliazione sono dettagliati nel Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance adottato con Deliberazione del Direttore Generale.



Il processo di misurazione e valutazione della *performance* individuale interessa tutto il personale dipendente dell'AOU e si snoda in diverse fasi:

- a) modalità di svolgimento, caratteristiche quali-quantitative ed efficienza della prestazione lavorativa (*performance* individuale);**
- b) efficienza della struttura organizzativa di appartenenza, intesa come percentuale di raggiungimento degli obiettivi**

assegnati (*performance* organizzativa).

Il responsabile della valutazione è il soggetto che ha in carico il dipendente e che per tal motivo costituisce la figura gerarchica di riferimento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV) svolge le funzioni previste dalle norme di riferimento, con la collaborazione di una Struttura Tecnica di Supporto ed avvalendosi dell'apporto tecnico-professionale della P.O. Controllo di Gestione.

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia *la performance individuale*, sia quella organizzativa.

Il processo di valutazione, l'iter procedimentale ed il tentativo di conciliazione sono dettagliati nel Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance adottato con Deliberazione del Direttore Generale.

4.3 LA GESTIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE

4.3.1 Principi generali

Il personale della Dirigenza opera nelle seguenti aree:

- a) area sanitaria medica;
- b) area sanitaria non medica;
- c) area professionale, tecnica e amministrativa.

Nell'ambito di ciascuna area, la dirigenza è assegnata ad un unico livello e i dirigenti si differenziano in relazione agli incarichi conferiti. La costituzione del rapporto di lavoro avviene mediante stipula di contratto individuale. Il rapporto di lavoro dei dirigenti è disciplinato dai CCNL di area nonché dal contratto individuale. Con i dirigenti possono essere stipulati anche contratti di lavoro e incarichi conferiti a tempo determinato nei casi previsti dalla legge e dai CCNL. In particolare, per il personale docente dell'area sanitaria medica e non, si richiama quanto disposto dal D.lgs 517/99.



Il personale della Dirigenza opera nelle seguenti aree:

- a) area sanitaria medica;**
- b) area sanitaria non medica;**
- c) area professionale, tecnica e amministrativa.**

Nell'ambito di ciascuna area, la dirigenza è assegnata ad un unico livello e i dirigenti si differenziano in relazione agli incarichi conferiti.

4.3.2 Tipologie degli incarichi

A ciascun Dirigente viene conferito un incarico che può essere di natura gestionale o professionale. La tipologia degli incarichi che possono essere conferiti ai Dirigenti è la seguente:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;

- b) incarico di direzione di struttura semplice, a valenza dipartimentale o incluse in una struttura complessa;
- c) incarico professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- d) incarico professionale conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio;

Ai Dirigenti del ruolo sanitario con meno di cinque anni di attività nella posizione sono conferibili esclusivamente incarichi di natura professionale di base. Con riferimento alle lettere a) e b) del precedente elenco valgono le seguenti considerazioni:

Gli incarichi di direzione di struttura complessa ai dirigenti dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale sono conferiti, con riferimento alle tipologie e nel limite del numero stabilito nel presente documento, dal Direttore Generale, sentito il Direttore Sanitario e Direttore amministrativo, sulla base di criteri definiti per il solo personale universitario docente e ricercatore, d'intesa con il Rettore e che sono di seguito indicati:

- la specifica esperienza professionale maturata nell'area di destinazione;
- la specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- le specifiche attitudini dimostrate nell'esercizio delle funzioni dirigenziali, con particolare riferimento alle capacità di dirigere e coordinare gruppi di lavoro;
- le altre concrete esperienze di lavoro.

I medesimi criteri sono utilizzati anche per gli incarichi al restante personale.

Analogamente si procede per gli incarichi di direzione di struttura semplice da attribuire ai dirigenti del ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionale su proposta scritta, motivata e non vincolante del Direttore del DAI nel limite del numero di strutture semplici stabilite nel presente documento.

Con riferimento alle lettere c) e d) del precedente elenco valgono le seguenti considerazioni.

Ai dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali possono essere affidati incarichi di natura professionale con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile di struttura complessa o del direttore del dipartimento.

Gli incarichi professionali di cui alla lettera c) sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta scritta, motivata e non vincolante del Direttore del Dipartimento, nel limite massimo del numero di strutture complesse presenti nel Dipartimento. Gli incarichi professionali di cui alla lettera d) sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta scritta, motivata e non vincolante del Direttore del Dipartimento, in relazione alla natura ed alle caratteristiche dei programmi da realizzare nonché alle attitudini ed alle capacità professionali del singolo dirigente.

Nell'esercizio delle funzioni, i dirigenti con incarico di natura professionale sono responsabili:

- dei risultati conseguiti;
- della corretta applicazione delle direttive impartite dal dirigente responsabile di struttura complessa o del Direttore del DAI;
- dell'operato proprio e dei propri collaboratori;
- della correttezza del processo e delle procedure amministrative.

Infine, agli incarichi, sia di titolarità di struttura che di responsabilità professionale, viene attribuito un "valore economico" ai fini della determinazione della retribuzione di posizione aziendale del Dirigente. Tale "valore economico" viene graduato in relazione all'importanza organizzativa e/o strategica della struttura ovvero in relazione al contenuto professionale dell'incarico.

L'attribuzione del "valore economico" all'incarico dirigenziale è effettuato dall'Azienda sulla base dei criteri stabiliti in sede di contrattazione collettiva decentrata per ciascuna area dirigenziale.

Per quanto concerne il personale docente e ricercatore, il Direttore generale provvede a confermare o a modificare la graduazione delle funzioni per la definizione delle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico e della graduazione del trattamento economico aggiuntivo.

All'atto della prima assunzione sono conferibili incarichi di natura professionale delimitati da precisi ambiti di autonomia e nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura di appartenenza; tali incarichi sono conferiti, decorso il periodo di prova, con atto scritto e motivato ad integrazione del contratto individuale di lavoro.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area sanitaria possono essere conferiti, ai sensi dell'Art. 15/bis del D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e dall'Art.27 del CCNL 98/2001, solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e con almeno 5 anni di anzianità, previa verifica delle attività professionali svolte nell'ultimo quinquennio e dei risultati conseguiti.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area amministrativa e tecnico-professionale possono essere conferiti solo ai dirigenti con almeno 3 anni di anzianità, previa verifica delle attività professionali svolte nel triennio precedente e dei risultati conseguiti. Il conferimento di tutti gli incarichi dirigenziali è di competenza del Direttore Generale fermo restando le modalità previste dal Protocollo d'Intesa Regione-Università.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono a tempo determinato e la durata degli stessi è definita dal contratto individuale. La revoca degli incarichi avviene con atto scritto e motivato secondo le procedure e nei casi previsti dalle disposizioni vigenti, dai contratti collettivi nazionali e da quanto previsto negli atti dispositivi negoziati con le Organizzazioni Sindacali in sede di contrattazione integrativa.

I provvedimenti conseguenti alla valutazione negativa relativi a docenti universitari devono essere concordati tra il Direttore Generale ed il Rettore.

Sono riservati al Direttore Generale le funzioni di indirizzo strategico e la definizione degli obiettivi, delle priorità, dei piani, dei programmi e la elaborazione delle direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione, nonché il potere di delega ai Dirigenti. Questi ultimi esercitano i poteri di spesa nei limiti della quota di bilancio assegnata, gestiscono le risorse umane e strumentali assegnate, adottano atti di organizzazione e gestione del personale, definiscono l'orario, propongono al Direttore generale eventuali modifiche all'orario di servizio e all'orario di apertura al pubblico in relazione alle esigenze funzionali delle strutture cui sono preposti. I Dirigenti, nei limiti definiti dalle direttive generali, propongono i trattamenti economici accessori compresa la gestione del sistema premiante, esercitano i controlli ed attivano eventuali procedimenti disciplinari; adottano, sempre nel

rispetto delle direttive generali, gli atti di gestione amministrativa, tecnica e finanziaria che discendono dall'applicazione vincolante di norme, regolamenti e deleghe del Direttore Generale così come disposto dal D.lgs. n.29 del 1993 e successive modifiche.

Sono, inoltre, responsabili dei compiti e degli incarichi loro affidati sulla base di specifiche deleghe del Direttore Generale (partecipazioni a comitati, commissioni etc.), della trasparenza e della speditezza dei procedimenti amministrativi, della legittimità degli atti che sottoscrivono e rispondono dei risultati conseguiti e della gestione delle risorse loro affidate.



La tipologia degli incarichi che possono essere conferiti ai Dirigenti è la seguente:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;**
- b) incarico di direzione di struttura semplice, a valenza dipartimentale o incluse in una struttura complessa;**
- c) incarico professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;**
- d) incarico professionale conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio.**

Ai dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali possono essere affidati incarichi di natura professionale con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile di struttura complessa o del direttore del dipartimento.

L'attribuzione del "valore economico" all'incarico dirigenziale è effettuato dall'Azienda sulla base dei criteri stabiliti in sede di contrattazione collettiva decentrata per ciascuna area dirigenziale.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area sanitaria possono essere conferiti solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e con almeno 5 anni di anzianità.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area amministrativa e tecnico-professionale possono essere conferiti solo ai dirigenti con almeno 3 anni di anzianità.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono a tempo determinato e la durata degli stessi è definita dal contratto individuale.

4.3.3 L'Attività Libero professionale dei Dirigenti

Per attività libero-professionale si intende l'attività che il personale medico e le altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercitano al di fuori dell'orario di lavoro, in regime ambulatoriale o di ricovero, in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri economici a completo carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi (art. 17 Legge 662/96). Tanto ai sensi della normativa vigente e soprattutto della Legge 03.08.2007, n.120, della recente L. 08.11.2012, n.189 nonché del D.M. Salute del 21.02.2013.

Il cittadino può quindi, pagandole prestazioni, rivolgersi ad uno specifico specialista dipendente, in modo diretto e personale stabilendo con lo stesso un rapporto fiduciario di libera scelta. Possono svolgere attività in libera professione i dirigenti medici e sanitari, nel rispetto della normativa vigente e delle finalità istituzionali di ricerca e didattica. La disciplina della Libera professione è contenuta in apposito regolamento da adottarsi entro 30 giorni dalla adozione del presente Atto aziendale



Per attività libero-professionale si intende l'attività che il personale medico e le altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercitano al di fuori dell' orario di lavoro, in regime ambulatoriale o di ricovero, con oneri economici a completo carico dell' assistito.

Possono svolgere attività in libera professione i dirigenti medici e sanitari, nel rispetto della normativa vigente e delle finalità istituzionali di ricerca e didattica.

4.3.4 Tirocini volontari, stage, progetti formativi universitari

L'Azienda consente a giovani laureandi e laureati di effettuare presso le proprie strutture tirocinio volontario, stage e progetti formativi nelle varie discipline sanitarie, professionali, tecniche e amministrative.

Le modalità di autorizzazione e di svolgimento del tirocinio sono disciplinate da apposito regolamento aziendale



L'Azienda consente a giovani laureandi e laureati di effettuare presso le proprie strutture tirocinio volontario, stage e progetti formativi nelle varie discipline sanitarie, professionali, tecniche e amministrative.

4.4 I MECCANISMI OPERATIVI A SUPPORTO DELLA GESTIONE

4.4.1 Il processo di Programmazione e Controllo

L'AOU implementa il processo di budget per definire e coordinare gli obiettivi propri di ogni CDR (centro di responsabilità) e le risorse correlate al loro perseguimento, per il conseguimento degli obiettivi generali d'azienda. L'AOU intende avviare processi di budget con obiettivi non solo di natura quantitativa, ma anche qualitativa, implementando allo scopo specifici indicatori ed una opportuna reportistica periodica.

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Aziendale e responsabili dei Centri di Responsabilità (Direttori di Dipartimento e Responsabili delle UOC

amministrative) e, quindi, vengono comunicati dal responsabile del Centro di Responsabilità a tutto il personale afferente al Centro di Responsabilità stesso.

Per la negoziazione degli obiettivi è possibile prevedere un preliminare incontro in un'unica seduta plenaria, tra Comitato di Budget/Direzione Aziendale e tutti i Responsabili dei Centri di Responsabilità oppure un incontro tra Comitato di Budget/Direzione Aziendale e singoli Centri di Responsabilità. In tale sede, verranno presentati gli obiettivi che la Direzione Aziendale, in linea con quelli definiti a livello nazionale e regionale, ha individuato per l'Azienda e gli strumenti alla base del Processo di Budget, ossia la Scheda di Budget e la Scheda Obiettivi.

Il numero di incontri di negoziazione con ciascun Centro di Responsabilità varia da due a tre a seconda degli esiti di ciascun incontro.

Gli incontri di negoziazione sono verbalizzati a cura del Controllo di Gestione e trasmessi ai Responsabili dei Centri di Responsabilità e agli altri componenti del Comitato Budget.

Il Comitato Budget è composto da: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, 3 Direttori di DAI possibilmente rappresentativi delle aree medica, chirurgica e dei servizi intermedi, scelti dal Direttore Generale il Responsabile del Controllo di Gestione, 3 Responsabili dell'area amministrativa, tecnica e sanitaria I componenti del Comitato Budget sono nominati dal Direttore Generale.

Il processo di negoziazione del budget si compone delle seguenti fasi:

1. Avvio del processo: determinazione degli indirizzi programmatici e degli obiettivi, indicatori e target da assegnare ai Centri di Responsabilità.
2. Invio schede budget: il CdG predispone le schede di budget, sulla base delle indicazioni della Direzione, e le invia ai CDR, fornendo dati storici necessari e supportando i Centri di Responsabilità nella loro analisi.
3. Formulazione proposte da parte dei Dipartimenti: il CDR definisce le modalità con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, elabora proprie proposte di obiettivi e programma le risorse necessarie, comunicandole al Controllo di Gestione. Il Controllo di Gestione verifica le compatibilità generali delle proposte avanzate e segnala gli effetti delle proposte dei CDR.
4. Lettura tecnica delle proposte: la Direzione Aziendale, supportata dal CdG ricerca le compatibilità tra le proposte dei CDR e gli obiettivi aziendali. Il Comitato Budget svolge funzione di razionalizzazione/integrazione delle proposte.
5. Negoziazione e decisioni di budget: la Direzione Aziendale promuove e governa il processo di negoziazione. I CDR si fanno carico di verificare la fattibilità delle proposte con i livelli gerarchici inferiori.
6. Approvazione e firma: la Direzione Aziendale approva formalmente i documenti tecnici ed i CDR firmano le proprie schede budget.

La programmazione si completa con il controllo periodico dell'andamento della gestione:

1. Reporting: il CdG predispone trimestralmente la reportistica, per il confronto, a livello di CDR, dei risultati rilevati con lo storico e con gli obiettivi negoziati.
2. Discussione della reportistica: il CdG invia alla Direzione Aziendale ed ai CDR le proprie analisi circa gli scostamenti. Supporta inoltre i CDR nell'analisi delle cause degli scostamenti attraverso la discussione sistematica della reportistica.
3. Eventuale rinegoziazione: la Direzione Aziendale sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi, se opportuna, qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile.

4. **Valutazione:** in seno al Comitato budget, alla chiusura dell'anno, si discute il livello di raggiungimento degli obiettivi da parte dei CDR con l'obiettivo di valutare la performance dei dirigenti e di pervenire ad una nuova programmazione.



L'AOU implementa il processo di budget per definire e coordinare gli obiettivi propri di ogni CDR (centro di responsabilità) e le risorse correlate al loro perseguimento, per il conseguimento degli obiettivi generali d'azienda.

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Aziendale e responsabili dei Centri di Responsabilità.

Il processo di negoziazione del budget si compone delle seguenti fasi:

- **Avvio del processo**
- **Invio schede budget**
- **Formulazione proposte da parte dei Dipartimenti**
- **Lettura tecnica delle proposte**
- **Approvazione e firma**
- **Negoziazione e decisioni di budget.**

La programmazione si completa con il controllo periodico dell'andamento della gestione e si svolge mediante le seguenti fasi:

- **Reporting**
- **Discussione della reportistica**
- **Eventuale rinegoziazione**
- **Valutazione**

4.4.2 La Contabilità analitica

Il sistema di contabilità analitica è uno strumento attraverso il quale gli organi di governo e di direzione Aziendale possono verificare, in modo sia preventivo che consuntivo, le condizioni di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione. In particolare, si tratta di una rilevazione delle singole operazioni poste in essere dai diversi Centri di Responsabilità dalle quali si rilevano i ricavi, i costi e i risultati economici conseguiti al fine di disporre di informazioni utili per prendere migliori decisioni in condizioni di incertezza e complessità.

4.4.3 I Percorso Attuativi di Certificabilità di bilancio (PAC)

L'articolo 1, comma 291 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha disposto, per la prima volta nel nostro Paese, la definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Dopo poco più di un anno la Corte Costituzionale (Sentenza n. 121 del 21 marzo 2007) sanciva che la certificazione dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario nazionale trovasse il suo fondamento giuridico nell'esigenza di garantire la chiarezza, la veridicità e la correttezza dei bilanci medesimi e che pertanto l'intervento normativo fosse da ascrivere alla materia concorrente dell'armonizzazione dei bilanci pubblici e del coordinamento della finanza pubblica. Il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 interviene in maniera organica sulla materia disciplinando al Titolo II, i "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", elaborando nuovi schemi tipo di Stato

Patrimoniale e di Conto Economico, e introducendo regole per superare le asimmetrie informative fra i bilanci delle aziende sanitarie e i bilanci delle regioni introducendo le gestioni sanitarie accentrate. La normativa acquisisce concretezza con il Decreto Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 1° marzo 2013, che sancisce la Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC), fissando specifici standard organizzativi, contabili e procedurali per le aziende, che dovrebbero consentire di prevenire eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti nella redazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Il Decreto assegna inoltre alle Regioni il compito di coordinare i percorsi di certificabilità interni alle aziende individuando quelle azioni utili a raccogliere e divulgare leggi e regolamenti in materia di bilancio; programmare, gestire e controllare su base periodica le operazioni aziendali; potenziare i sistemi informativi per consentire alle aziende la gestione ottimale dei dati contabili e, da ultimo, la formazione delle voci di bilancio. Alle Regioni viene assegnato inoltre il compito di riferire al Ministero competente una relazione periodica di accompagnamento al PAC per ciascuna azienda del suo Servizio Sanitario Regionale (SSR), sulla struttura organizzativa, sull'ambiente informatico, sulla produzione di report periodici, sulla protezione fisica e la gestione del software di base e infine sulle procedure operative per l'elaborazione dati. In conseguenza di ciò tutte le aziende hanno dovuto programmare un crono programma per attuare le azioni previste dai PAC, che dovranno essere completati entro il 31 dicembre 2017.

Pertanto, conseguentemente all'impianto delle norme sui percorsi di certificabilità, le area amministrativa e finanziaria dell'AOU dovranno, entro il 2017, intervenire in modo organico sull'organizzazione aziendale e sull'impianto contabile a presidio delle principali aree di bilancio, ed in particolare con riferimento a:

1. area Generale e Sistemi di Controllo;
2. area Immobilizzazioni;
3. area Rimanenze;
4. area Disponibilità Liquide;
5. area Crediti e Ricavi;
6. area Patrimonio Netto;
7. area Debiti e Costi.

Attraverso i percorsi attuativi di certificabilità del bilancio, l'AOU può rafforzare il modello di controllo e intervenendo sulle funzioni, sui processi contabili e gestionali e sull'organizzazione interna.

I singoli adempimenti previsti dai PAC potranno individuarsi, all'interno dell'azienda, in alcune più ampie azioni metodologiche da avviare quali:

1. una fase iniziale di design del Sistema Manageriale di Controllo;
2. una fase di implementazione organizzativa che interverrà sulle strutture-funzioni aziendali più critiche, sui sistemi contabili e amministrativi, e sui processi maggiormente a rischio di compliance rispetto allo standard PAC;
3. una pianificazione e realizzazione di un'attività di vigilanza, aggiornamento e mantenimento del modello capace di risolvere le aree di potenziale conflitto tra attori del sistema sanitario e attori del sistema amministrativo introducendo routine operative semplificatrici del lavoro dei sanitari impegnati sui controlli e al contempo completare tutti i task nei tempi previsti, lasciando traccia documentale dei controlli operati.



Il Decreto Ministro della Salute del 1° marzo 2013 sancisce la Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) fissando specifici standard organizzativi, contabili e procedurali per le aziende, che dovrebbero consentire di prevenire eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti nella redazione dei bilanci delle aziende sanitarie.

Le area amministrativa e finanziaria dell'AOU dovranno, entro il 2017, intervenire in modo organico sull'organizzazione aziendale e sull'impianto contabile a presidio delle principali aree di bilancio, ed in particolare con riferimento a:

- 1. area Generale e Sistemi di Controllo;**
- 2. area Immobilizzazioni;**
- 3. area Rimanenze;**
- 4. area Disponibilità Liquide;**
- 5. area Crediti e Ricavi;**
- 6. area Patrimonio Netto;**
- 7. area Debiti e Costi.**

4.4.4 Trasparenza, partecipazione e anticorruzione

La legge 190/2012 affida alla "trasparenza" dell'attività amministrativa un ruolo decisivo per la lotta alla corruzione e all'illegalità nella pubblica amministrazione.

La trasparenza costituisce "livello essenziale" delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, comma 2 lett. m Cost.1 ed è assicurata "mediante la pubblicazione sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione" (art. 1, comma 15 L. 190/2012).

In attuazione della delega, il Governo ha adottato il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 recante il "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il Decreto stabilisce che "tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici".

Il Decreto Madia, ha modificato l'art 1, comma primo, del Decreto Trasparenza stabilendo espressamente che al fine di *tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa* deve essere garantita l'accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle PA, dunque non limitando l'accessibilità alle sole "informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle PA".

Inoltre, il Decreto 33/2013 - che ha in parte modificato la disciplina contenuta all'art. 11 del d.lgs. n. 150 del 2009 - prevede che "ogni amministrazione", sentite le associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, adotta un "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" (PTTI), da aggiornare annualmente (entro il 31 gennaio) (comma 1).

Il PTTI è altresì strettamente connesso con il Piano della Performance in quanto la promozione della trasparenza viene a costituire "un'area strategica di ogni amministrazione", da tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali (art. 10, comma 3).

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e ai sensi delle normative suddette e provvede alla designazione di un responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed alla designazione di un

responsabile della privacy; provvede altresì alla redazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e la prevenzione della corruzione ai sensi dell'art. 9 del citato D.L. da aggiornare, promuovendo il migliore accesso possibile alle informazioni che devono essere rese pubbliche.



Il Decreto 33/2013 - che ha in parte modificato la disciplina contenuta all'art. 11 del d.lgs. n. 150 del 2009 - prevede che "ogni amministrazione", sentite le associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, adotta un "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" (PTTI), da aggiornare annualmente (entro il 31 gennaio). L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e ai sensi delle normative suddette e provvede alla designazione di un responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed alla designazione di un responsabile della privacy.

4.4.5 La carta dei servizi

La Carta dei servizi è il documento attraverso il quale l' Azienda assume impegni di garanzia di qualità e fornisce agli utenti tutte le informazioni sui servizi erogati dalla struttura, per facilitare l' accesso e l' utilizzo. Il suo contenuto rappresenta un impegno che l'Azienda prende nei confronti di chi usufruisce dei propri servizi, costituendo anche uno strumento di tutela del diritto alla salute poiché attribuisce al cittadino/utente ed alle Associazioni di Volontariato la possibilità di effettuare un controllo effettivo sui servizi erogati e sulla loro qualità.

La Carta dei servizi dell'AOU "Federico II" è composta da due sezioni.

La prima è denominata "Parte Generale" e si articola in:

- presentazione dell'Azienda;
- la sua missione e i principi ispiratori;
- servizi e prestazioni sanitarie e relativi criteri di accesso;
- impegni assunti dall'Azienda per un miglioramento della qualità assistenziale;
- organismi di tutela degli utenti;
- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;

La seconda sezione invece è composta da opuscoli dipartimentali illustrativi dedicati alle singole strutture assistenziali e alle loro specificità e finalizzate ad illustrare in maniera più capillare i principali elementi costitutivi ed i riferimenti utili al fine di facilitare l'orientamento e la scelta degli utenti.



La Carta dei servizi è il documento attraverso il quale l' Azienda assume impegni di garanzia di qualità e fornisce agli utenti tutte le informazioni sui servizi erogati dalla struttura, per facilitare l' accesso e l' utilizzo.

La Carta dei servizi dell'AOU è composta da due sezioni.

- **Prima sezione su "Parte Generale" (presentazione dell'Azienda, missione e i principi ispiratori, servizi e prestazioni sanitarie e relativi criteri di accesso, impegni assunti dall'Azienda per un miglioramento della qualità assistenziale, organismi di tutela degli utenti,**

imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi);
Seconda sezione composta da opuscoli dipartimentali illustrativi dedicati alle singole strutture assistenziali e alle loro specificità.

5. DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Per quanto non espressamente previsto e normato dal presente Atto aziendale si rinvia al Protocollo d'Intesa e alla normativa vigente

5 APPENDICE

5.1 Monitoraggio PNE

❖ Chirurgia Generale

Tabella 62: Monitoraggio PNE Chirurgia Generale

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
Colecistectomia laparoscopica Deg Post-operatoria < 3 gg	66,6	61,4	5,2
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche	93,3	92,5	0,8

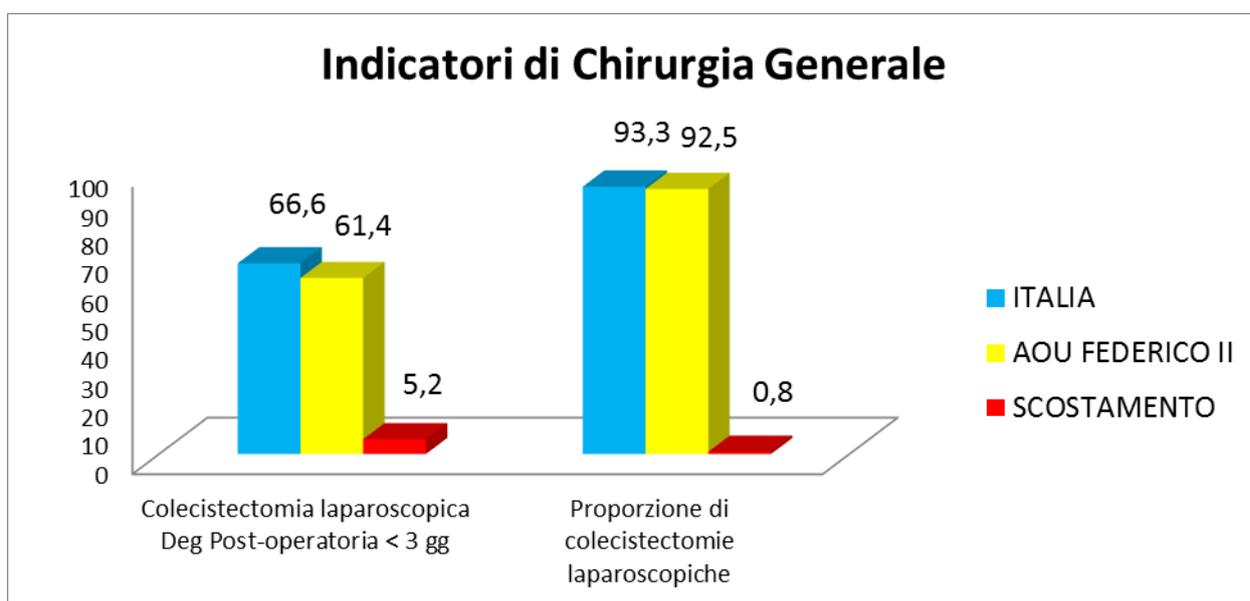


Figura 29: Monitoraggio PNE Chirurgia Generale

❖ Chirurgia Ortopedica

Tabella 63: Monitoraggio PNE Chirurgia Ortopedica

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
Intervento chirurgico per frattura di femore entro 2 gg	49,94	37,5	12,44
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	1,29	1,44	0,15

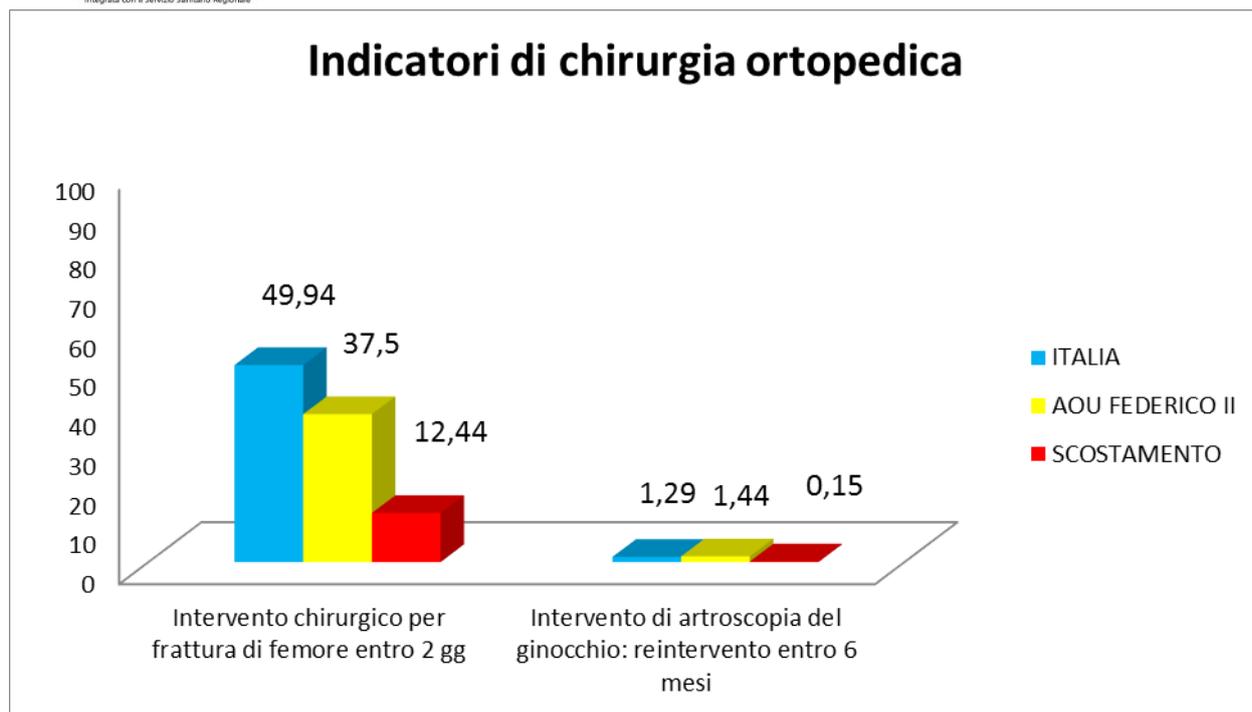


Figura 30: Monitoraggio PNE chirurgia ortopedica

❖ Cardiovascolare

Tabella 64: MonitoraggioPNE Cardiovascolare

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
By-Pass aortocoronarico mortalità a 30 gg	2,3	3,8	1,5
Valvuloplastica isolata mortalità a 30 gg	2,8	11,5	8,7
IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	41,4	52,4	11,0
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,2	14,3	5,1
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	14,8	9,4	5,4

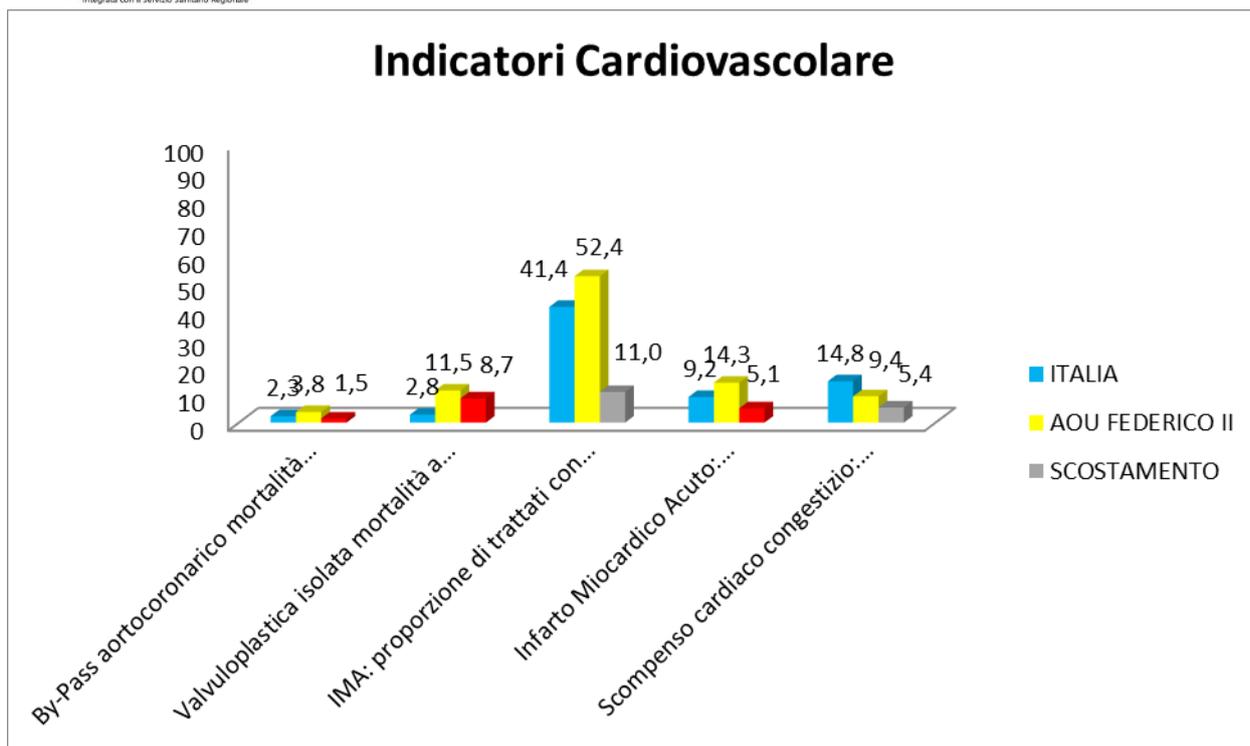


Figura 31: Monitoraggio PNE Cardiovascolare

❖ Neurologia e Neurochirurgia

Tabella 65: Monitoraggio PNE Neurologia e Neurochirurgia

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 gg	2,6	1,0	1,6
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,3	4,0	7,3

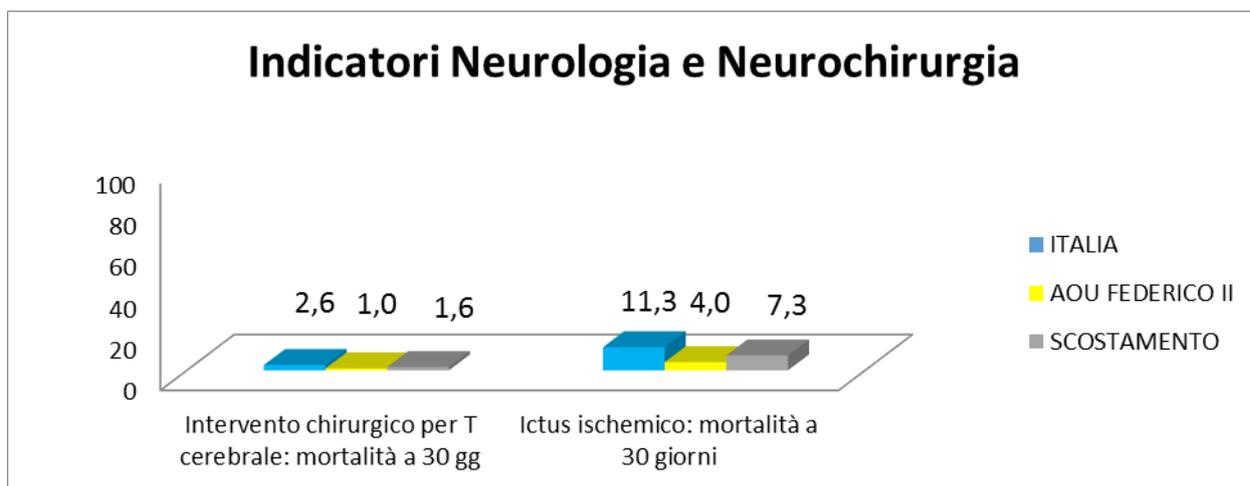


Figura 32: Monitoraggio PNE Neurologia e Neurochirurgia

❖ Nefrologia

Tabella 66: Monitoraggio PNE Nefrologia

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
IRC: mortalità a 30 giorni dal ricovero	11,49	8,65	2,84

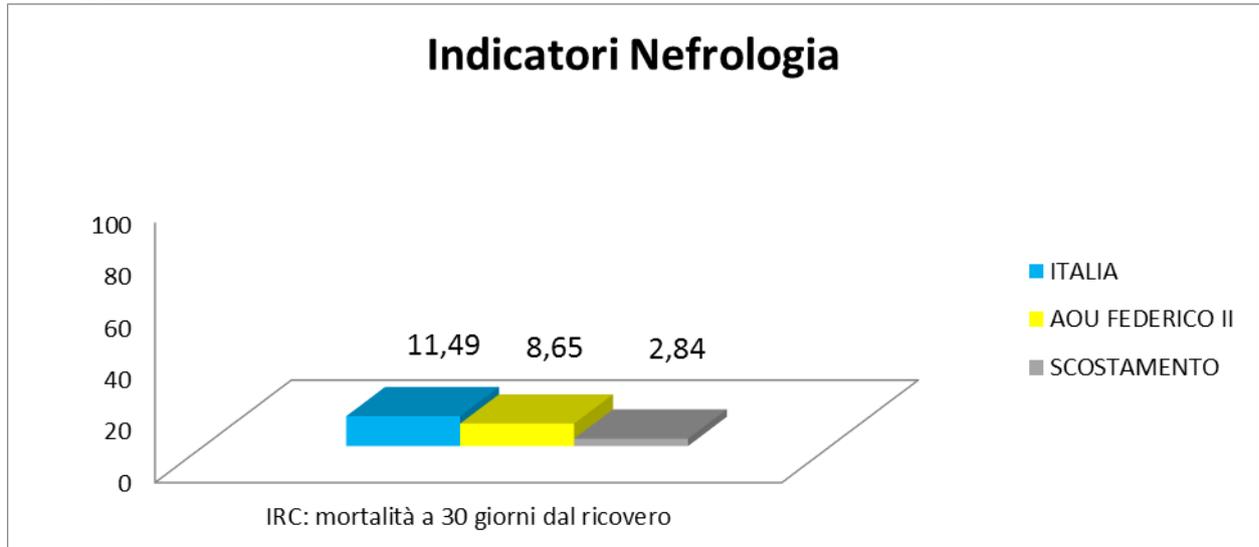


Figura 33: Monitoraggio PNE Nefrologia

❖ Ostetricia e ginecologia

Tabella 67: Monitoraggio PNE Ginecologia

Indicatore	ITALIA	AOU FEDERICO II	SCOSTAMENTO
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,7	44,9	19,2
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,6	0,3	0,2

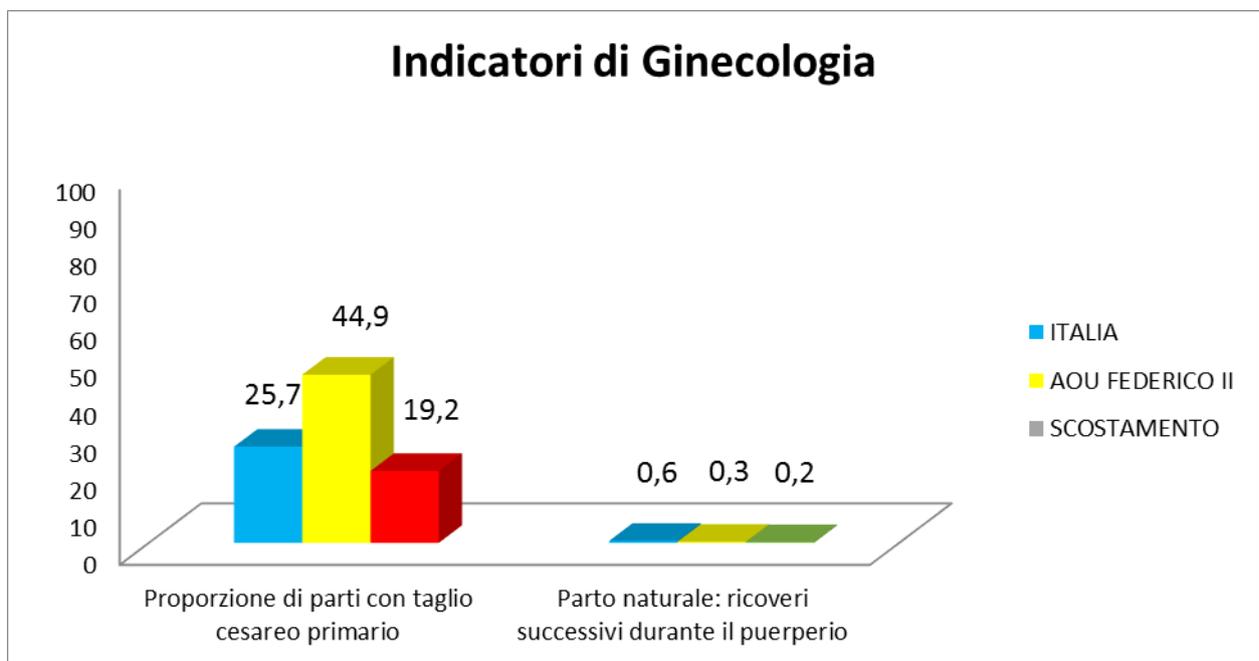


Figura 34: Monitoraggio PNE Ginecologia

5.2 Tabelle Mobilità Passiva

Tabella 68: Principali MDC per Regione, anno 2013

Regione	Casi
LAZIO	24.084
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	3.411
Malattie e disturbi sistema nervoso	2.395

Regione	Casi
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	1.907
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.838
Malattie e disturbi apparato digerente	1.789
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.543
LOMBARDIA	9.829
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.600
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	1.511
Malattie e disturbi sistema nervoso	987
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	569
Malattie e disturbi apparato respiratorio	463
Malattie e disturbi apparato digerente	455
MOLISE	8.353
Malattie e disturbi sistema nervoso	2.250
Malattie e disturbi occhio	1.261
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1.213
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	1.097
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	495
Malattie e disturbi apparato digerente	301
EMILIA ROMAGNA	7.637
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.424
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	960
Malattie e disturbi sistema nervoso	499
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	462
Malattie e disturbi apparato digerente	406
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	387
TOSCANA	7.445
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1.186
Malattie e disturbi mentali	791
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	780
Malattie e disturbi sistema nervoso	777
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	657
BASILICATA	6.550
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.262
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1.194
Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.015

Tabella 69: dettaglio per istituto di ricovero

Denominazione Struttura	REGIONE	Casi	Rimborso (€)
BAMBIN GESU'	LAZIO	6.345	14.346.384
POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	LAZIO	4.083	13.744.182
NEUROMED	MOLISE	3.227	14.555.946
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.CARLO	BASILICATA	3.075	10.572.389
CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	PUGLIA	2.635	9.347.646
C.R.O.B. - I.R.C.C.S.	BASILICATA	1.683	5.880.826
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE	TOSCANA	1.674	5.902.168
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA	TOSCANA	1.613	8.123.187

Denominazione Struttura	REGIONE	Casi	Rimborso (€)
PISANA			
POLICLINICO U. I	LAZIO	1.561	5.148.945
COMPLESSO OSPEDALIERO ISERNIA	MOLISE	1.447	4.308.951
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	EMILIA ROMAGNA	1.256	5.045.408
P.O. S. FRANCESCO CARACCILO ASL N.1	MOLISE	1.169	5.944.676
IST.G.GASLINI	LIGURIA	1.150	2.655.373
"ISTITUTO CLINICO ""HUMANITAS"" ROZZANO"	LOMBARDIA	1.005	5.801.224
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOL	EMILIA ROMAGNA	964	5.584.780
IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	LOMBARDIA	895	6.556.503
OSPEDALE S. SCOLASTICA CASSINO	LAZIO	799	1.563.096
PRESIDIO OSPEDALIERO SUD	LAZIO	797	1.920.343
PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	MOLISE	774	2.166.475
POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	LAZIO	773	2.238.114
AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI	TOSCANA	700	3.007.550
OSPEDALI UNIFICATI DEL LAGONEGRESE	BASILICATA	685	1.165.345
ISTIT CHIR ORTOP TRAUMATOLOGICO	LAZIO	680	3.128.854

Tabella 70: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per MDC

Desc MDC	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
Malattie e disturbi sistema nervoso	877	1.682.331
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	761	1.480.022
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	638	1.775.897
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	504	1.208.871
Malattie e disturbi mentali	491	421.816
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	474	448.028
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	376	244.103
Malattie e disturbi apparato respiratorio	293	980.726
Malattie e disturbi occhio	291	395.909
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	270	1.153.375
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	269	166.422
Malattie e disturbi apparato digerente	213	360.302
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	213	437.313
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	187	466.661
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. Immunitario	187	180.106
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	131	135.965

Desc MDC	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
Malattie infettive e parassitarie	65	129.507
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	47	61.336
Pre-MDC	23	2.476.462
Malattie e disturbi periodo perinatale	23	119.877
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	10	9.579
(vuoto)	1	4.391
NA-Non Attribuibile	1	7.386
TOTALE	6.345	14.346.384

Tabella 71: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per DRG

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
Malattie e disturbi sistema nervoso	009-Malattie e traumatismi del midollo spinale	341	701.538
	026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	197	186.158
	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	126	90.548
	012-Malattie degenerative del sistema nervoso	82	287.287
	013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	29	69.247
	563-Convulsioni, età > 17 anni senza CC	21	8.365
	034-Altre malattie del sistema nervoso con CC	19	100.207
	011-Neoplasie del sistema nervoso senza CC	17	25.939
	008-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	6	20.752
	010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	5	30.581
	019-Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	5	1.365
	532-Interventi sul midollo spinale senza CC	4	27.850
	003-Craniotomia, età < 18 anni	4	59.035
	017-Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	4	9.311
	015-Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	3	6.816
	023-Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3	9.330
	033-Commozione cerebrale, età < 18	3	1.284

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	anni		
	002-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	2	22.291
	018-Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	1	1.121
	007-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	1	11.436
	561-Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	1	5.133
	016-Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	1	4.492
	027-Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1	723
	030-Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1	1.522
Malattie e disturbi sistema nervoso Totale		877	1.682.331
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	333-Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	342	190.316

NA-Non Attribuibile	1	7.386
TOTALE	6.345	14.346.384

Tabella 72: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per DRG

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
Malattie e disturbi sistema nervoso	009-Malattie e traumatismi del midollo spinale	341	701.538
	026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	197	186.158
	035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	126	90.548
	012-Malattie degenerative del sistema nervoso	82	287.287
	013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	29	69.247
	563-Convulsioni, età > 17 anni senza CC	21	8.365
	034-Altre malattie del sistema nervoso con CC	19	100.207
	011-Neoplasie del sistema nervoso senza CC	17	25.939
	008-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	6	20.752
	010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	5	30.581
	019-Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	5	1.365
	532-Interventi sul midollo spinale senza CC	4	27.850
	003-Craniotomia, età < 18 anni	4	59.035
017-Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	4	9.311	

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	015-Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	3	6.816
	023-Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3	9.330
	033-Commozione cerebrale, età < 18 anni	3	1.284
	002-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	2	22.291
	018-Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	1	1.121
	007-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	1	11.436
	561-Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	1	5.133
	016-Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	1	4.492
	027-Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1	723
	030-Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1	1.522
Malattie e disturbi sistema nervoso Totale		877	1.682.331
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	333-Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	342	190.316
	316-Insufficienza renale	95	144.616
	327-Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	68	25.276
	332-Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	50	17.465
	305-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	42	289.042
	322-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	31	13.990
	311-Interventi per via transuretrale senza CC	24	62.884
	324-Calcolosi urinaria senza CC	24	10.444
	314-Interventi sull'uretra, età < 18 anni	22	70.403
	317-Ricovero per dialisi renale	7	17.984
	315-Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6	59.155
	310-Interventi per via transuretrale con CC	6	30.056
	304-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	6	61.997
	331-Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	5	1.435
	323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	5	11.227
	326-Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	5	1.506
	302-Trapianto renale	5	379.261
	330-Stenosi uretrale, età < 18 anni	3	3.469
	573-Interventi maggiori sulla vescica	3	43.163
	308-Interventi minori sulla vescica con CC	2	15.078
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	2	16.110	
329-Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	2	551	

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	321-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1	267
	325-Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1	343
	318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	1	4.412
	309-Interventi minori sulla vescica senza CC	1	4.335
	320-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	1	282
	319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	1	4.954
Malattie e disturbi rene e vie urinarie Totale		761	1.480.022
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	137-Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	207	192.147
	145-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	116	57.126
	136-Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	91	34.655
	144-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	34	68.278
	108-Altri interventi cardiotoracici	22	550.078
	139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	20	20.146
	135-Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	18	8.319
	518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	17	130.251
	142-Sincope e collasso senza CC	16	6.522
	134-Ipertensione	16	4.077
	131-Malattie vascolari periferiche senza CC	13	5.977
	125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	10	35.894
	105-Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	9	247.621
	120-Altri interventi sull'apparato circolatorio	9	78.883
	110-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	7	125.028
	111-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	6	63.360
	138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	4	8.493
	133-Aterosclerosi senza CC	4	996
	140-Angina pectoris	2	8.049
	117-Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	2	13.904
555-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	2	24.904	

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborsio (€)
	124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2	16.516
	127-Insufficienza cardiaca e shock	2	544
	132-Aterosclerosi con CC	2	3.744
	554-Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2	16.522
	128-Tromboflebite delle vene profonde	1	2.840
	552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1	9.905
	104-Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	1	36.315
	129-Arresto cardiaco senza causa apparente	1	4.364
	143-Dolore toracico	1	436
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio Totale		638	1.775.897
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	160	66.219
	241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	106	42.745
	225-Interventi sul piede	37	118.269
	246-Artropatie non specifiche	20	46.178
	234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	20	92.822
	538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	17	43.667
	546-Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	17	352.023
	243-Affezioni mediche del dorso	16	4.294
	212-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	16	125.031
	245-Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	13	5.659
	244-Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	11	27.757
	226-Interventi sui tessuti molli con CC	8	52.228
	240-Malattie del tessuto connettivo con CC	8	40.827
	229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	6	9.891
	247-Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	6	5.395
	227-Interventi sui tessuti molli senza CC	6	14.127
	217-Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	5	36.307
249-Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4	1.370	

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	230-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	4	13.176
	238-Osteomielite	4	9.866
	216-Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3	20.140
	220-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3	10.523
	239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3	2.485
	210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	3	32.457
	503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2	4.785
	218-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	1	8.061
	537-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	1	4.451
	255-Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1	1.706
	252-Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	1	892
	248-Tendinite, miosite e borsite	1	11.162
	242-Artrite settica	1	4.357
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo Totale		504	1.208.871
Malattie e disturbi mentali	429-Disturbi organici e ritardo mentale	243	135.693
	431-Disturbi mentali dell'infanzia	202	168.695
	430-Psicosi	13	36.119
	432-Altre diagnosi relative a disturbi mentali	11	12.849
	428-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	9	24.536
	425-Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	6	8.325
	427-Nevrosi eccetto nevrosi depressive	4	1.553
	424-Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	3	34.048
Malattie e disturbi mentali Totale		491	421.816
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	186-Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	187	64.207
	074-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	143	56.532
	052-Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	24	72.639
	060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	24	17.602
	187-Estrazioni e riparazioni dentali	19	7.849
	169-Interventi sulla bocca senza CC	16	43.295
	055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	11	31.196

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	073-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	9	2.844
	063-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	9	36.359
	070-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	7	5.194
	054-Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	6	17.179
	062-Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	4	5.489
	056-Rinoplastica	3	6.709
	058-Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	2	3.562
	049-Interventi maggiori sul capo e sul collo	2	62.235
	069-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	2	489
	072-Traumatismi e deformità del naso	2	753
	061-Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1	2.401
	064-Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	1	4.270
	168-Interventi sulla bocca con CC	1	3.791
	050-Sialoadenectomia	1	3.433
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola Totale		474	448.028
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	e 298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	151	104.606
	e 299-Difetti congeniti del metabolismo	95	46.516
	e 301-Malattie endocrine senza CC	63	20.283
	e 295-Diabete, età < 36 anni	41	12.678
	e 297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	8	7.112
	e 300-Malattie endocrine con CC	7	21.146
	e 291-Interventi sul dotto tiroglossa	6	10.143
	e 296-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	3	4.083
	e 286-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	2	17.535
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali Totale		376	244.103
Malattie e disturbi apparato respiratorio	e 100-Segni e sintomi respiratori senza CC	46	13.201
	e 081-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	45	85.196
	e 098-Bronchite e asma, età < 18 anni	43	26.709
	e 087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	33	185.248
	e 080-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	32	20.809
	e 088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	15	8.661
	e 565-Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita > 96 ore	13	301.575
	e 101-Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	11	5.870

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	075-Interventi maggiori sul torace	11	153.393
	102-Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	8	6.795
	079-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	7	50.452
	091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	7	17.772
	566-Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6	35.850
	092-Malattia polmonare interstiziale con CC	3	15.852
	099-Segni e sintomi respiratori con CC	3	8.176
	085-Versamento pleurico con CC	2	10.022
	077-Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2	7.232
	093-Malattia polmonare interstiziale senza CC	2	6.748
	089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	2	8.069
	082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	1	4.117
	076-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	1	8.977
Malattie e disturbi apparato respiratorio Totale		293	980.726
Malattie e disturbi occhio	041-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	235	311.504
	039-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	19	21.480
	048-Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	15	13.058
	040-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	7	9.948
	042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	6	14.744
	038-Interventi primari sull'iride	3	5.968
	037-Interventi sull'orbita	2	10.458
	036-Interventi sulla retina	2	5.780
	045-Malattie neurologiche dell'occhio	1	2.719
044-Infezioni acute maggiori dell'occhio	1	250	
Malattie e disturbi occhio Totale		291	395.909
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	77	232.319
	492-Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	69	555.282
	405-Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	45	179.304
	404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	40	15.118
	411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	14	5.271
	403-Linfoma e leucemia non acuta con CC	8	34.202
	409-Radioterapia	7	32.638
	473-Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	3	29.939

Desc MDC	DRG_descrizione	Somma di n. Casi	Somma di Rimborso (€)
	408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	2	24.919
	414-Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2	8.051
	407-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	1	6.323
	539-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	1	24.644
	402-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	1	5.366
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate Totale		270	1.153.375

5.3 Tabelle Liste di attesa

5.3.1 Tabelle Prestazioni ambulatoriali

Tabella 73: Simulazione prima disponibilità in date indice

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIA NTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
1	89.7	Visita Cardiologica	21/03/2016	20/04/2016	30/05/2016	29/06/2016	27/07/2016	31/08/2016	21/09/2016
		Visita Cardiologica pediatrica	22/03/2016	19/04/2016	26/05/2016	28/06/2016	28/07/2016	01/09/2016	20/09/2016
2	89.7	Visita Chirurgia Vascolare	19/03/2016	19/04/2016	26/05/2016	25/06/2016	27/07/2016	23/08/2016	15/09/2016
3	89.7	Visita Endocrinologica	18/05/2016	26/04/2016	08/08/2016	30/09/2016	24/10/2016	08/09/2016	25/11/2016
		Visita Endocrinologica pediatrica	13/09/2016	13/12/2016	26/05/2016	30/06/2016	22/12/2016	09/02/2017	23/03/2017
4	89.13	Visita Neurologica	26/05/2016	22/06/2016	08/08/2016	06/10/2016	09/08/2016	21/10/2016	25/11/2016
		Visita Neurologica pediatrica	11/10/2016	22/11/2016	07/06/2016	28/06/2016	10/01/2017	17/01/2016	31/01/2017
5	95.02	Visita Oculistica	09/06/2015	05/07/2016	13/09/2016	17/10/2016	22/11/2016	16/08/2016	13/12/2016
		Visita	14/12/2016	26/04/2016	26/05/2016	14/03/2017	06/04/2017	13/04/2016	26/04/2017

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
		Oculistica pediatrica						4	
6	89.7	Visita Ortopedica	25/05/2016	29/06/2016	01/09/2016	06/07/2016	19/10/2016	02/11/2016	30/11/2016
		Visita Ortopedica pediatrica	29/04/2016	26/04/2016	10/06/2016	27/06/2016	29/07/2016	09/09/2016	04/10/2016
7	89.26	Visita Ginecologica	21/03/2016	18/04/2016	26/05/2016	27/06/2016	27/07/2016	17/08/2016	15/09/2016
8	89.7	Visita Otorinolaringoiatrica	25/03/2016	22/04/2016	27/05/2016	01/0/2016	29/07/2016	19/08/2016	16/09/2016
9	89.7	Visita Urologica (M/F)	04/11/2016	02/12/2016	13/06/2016	19/07/2016	11/11/2016	20/12/2016	03/02/2017
		Visita Urologica (F)		11/07/2016	26/09/2016	24/10/2016	07/11/2016	12/12/2016	19/12/2016
		Visita Urologica pediatrica	22/03/2016	19/04/2016	31/05/2016	28/06/2016	06/09/2016	06/09/2016	20/09/2016
10	89.7	Visita Dermatologica	21/03/2016	20/04/2016	26/05/2016	28/06/2016	27/07/2016	06/09/2016	20/09/2016
11	89.7	Visita Fisiatrica	21/03/2016	18/04/2016	10/06/2016	27/06/2016	27/07/2016	16/08/2016	16/09/2016
12	89.7	Visita	17/05/2016	27/04/2016	26/07/2016	21/09/2016	18/10/2016	07/11/2016	23/11/2016

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
		Gastroenterologica						6	
		Visita Gastroenterologica pediatrica	09/05/2016	20/04/2016	08/06/2016	08/07/2016	27/07/2016	14/09/2016	04/10/2016
13	89.7	Visita Oncologica	08/04/2016	22/04/2016	10/06/2016	24/06/2016	05/08/2016	16/09/2016	07/10/2016
14	89.7	Visita Pneumologica	22/03/2016	18/04/2016	29/06/2016	22/07/2016	07/11/2016	14/11/2016	15/11/2016
15	87.3 7.1 - 87.3 7.2	Mammografia	21/03/2016	18/04/2016	26/05/2016	27/06/2016	27/07/2016	12/08/2016	15/09/2016
16	87.4 1 - 87.4 1.1	Tac Torace con e senza contrasto	19/03/2016 senza mezzo di contrasto	23/04/2016 senza mezzo di contrasto	28/05/2016 senza mezzo di contrasto	25/06/2016	30/07/2016 senza mezzo di contrasto	03/09/2016 senza mezzo di contrasto	17/09/2016 senza mezzo di contrasto
17	88.0 1.2 - 88.0 1.1	TC Addome Superiore con e senza contrasto	19/03/2016 senza mezzo di contrasto	23/04/2016 senza mezzo di contrasto	28/05/2016 senza mezzo di contrasto	25/06/2016 senza mezzo di contrasto	30/07/2016 senza mezzo di contrasto	03/09/2016 senza mezzo di contrasto	17/09/2016 senza mezzo di contrasto
18	88.0 1.4 -	TC Addome inferiore con	19/03/2016 senza	23/04/2016 senza	28/05/2016 senza	25/06/2016 senza	30/07/2016 senza	03/09/2016 senza	17/09/2016 senza

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
	88.01.3	e senza contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto	mezzo di contrasto
19	88.01.6 - 88.01.5	TC Addome Completo con e senza contrasto	19/03/2016 senza mezzo di contrasto	23/04/2016 senza mezzo di contrasto	28/05/2016 senza mezzo di contrasto	25/06/2016 senza mezzo di contrasto	30/07/2016 senza mezzo di contrasto	03/09/2016 senza mezzo di contrasto	17/09/2016 senza mezzo di contrasto
20	87.03 - 87.03.1	TC Capo con e senza contrasto	30/03/2016	20/04/2016	01/06/2016	13/07/2016	03/08/2016	14/09/2016	21/09/2016
21	88.38.2 - 88.38.1	TC Rachide e Speco Vertebrale con e senza contrasto	30/03/2016	27/04/2016	01/06/2016	13/07/2016	03/08/2016	14/09/2016	21/09/2016
22	88.38.5	TC Bacino con e senza contrasto	19/03/2016 senza mezzo di contrasto	23/04/2016	28/05/2016 senza mezzo di contrasto	25/06/2016 senza mezzo di contrasto	30/07/2016 senza mezzo di contrasto	03/09/2016 senza mezzo di contrasto	17/09/2016
23	88.91.1 - 88.91.2	RMN Cervello e Tronco Encefalico	21/03/2016	11/06/2016	06/07/2016	23/07/2016 senza mezzo di contrasto	16/08/2016	17/09/2016 senza mezzo di contrasto	24/09/2016 senza mezzo di contrasto
						02/08/2016 con mezzo		21/09/2016 con mezzo	29/09/2016 con mezzo

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
						di contrasto		mezzo di contrasto	di contrasto
24	88.9 5.4 - 88.9 5.5	RMN Pelvi, Prostata e Vescica	05/04/2016	17/05/2016	07/06/2016	05/08/2016 senza mezzo di contrasto	10/10/2016	12/10/2016	28/10/2016
						05/08/2016 con mezzo di contrasto			
25	88.9 4.1 - 88.9 4.2	RMN Muscoloscheletrica	27/09/2016	27/09/2016	07/06/2016	15/11/2016 senza mezzo di contrasto	15/11/2016	06/12/2016	20/12/2016
						15/11/2016 con mezzo di contrasto			
26	88.9 3 - 88.9 3.1	RMN colonna Vertebrale	21/03/2016	11/06/2016	06/07/2016	23/07/2016 senza mezzo di contrasto	16/08/2016	17/09/2016 senza mezzo di contrasto	24/09/2016 senza mezzo di contrasto
						02/08/2016 con mezzo di contrasto			21/09/2016 con mezzo di contrasto
27	88.7 1.4	Ecografia Capo e Collo	11/05/2016	01/06/2016	22/06/2016	06/07/2016	27/07/2016	14/09/2016	05/10/2016
		Ecografia Capo e Collo		18/04/2016	26/05/2015	27/06/2016	27/07/2016	29/08/2016	15/09/2016

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
		pediatria							
28	88.72.3	Ecocolordoppler cardiaca	04/05/2016	17/05/2016	27/05/2016	01/07/2016	29/07/2016	23/08/2016	30/09/2016
29	88.73.5	Ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici	19/03/2016	18/04/2016	26/05/2016	25/06/2016	27/07/2016	17/08/2016	21/09/2016
30	88.77.2	Ecocolodoppler dei vasi periferici	24/03/2016	18/04/2016	30/05/2016	25/06/2016	27/07/2016	23/08/2016	22/09/2016
31	88.74.1 -	Ecografia Addome	07/06/2016	21/06/2016	12/07/2016	06/09/2016	06/09/2016	27/09/2016	13/01/2017
	88.75.1 - 88.76.1	Ecografia Addome pediatria		18/04/2016	26/05/2016	27/06/2016	27/07/2016	29/08/2016	15/09/2016
32	88.73.1 -	Ecografia Mammella	21/03/2016	20/04/2016	26/05/2016	27/06/2016	27/07/2016	29/08/2016	15/09/2016
33	88.78 -	Ecografia Ostetrica - GInecologica	non prenotabile dal CUP	non prenotabile dal CUP	26/05/2016 non prenotabile dal CUP	27/06/2016	27/07/2016	16/08/2016	15/09/2016
	88.78.2								
34	45.23 -	Colonscopia	04/07/2016	03/08/2016	30/09/2016	09/11/2016	09/12/2016	23/12/2016	17/02/2016
	45.2								

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
	5 - 45.42								
35	45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	non prenotabile	non prenotabile dal CUP	non prenotabile dal CUP				
36	45.13 - 45.16	Esofagogastroduodenoscopia	10/05/2016	13/06/2016	28/07/2016	23/08/2016	12/10/2016	26/10/2016	15/11/2016
37	89.52	Elettrocardiogramma	21/03/2016	20/04/2016	30/05/2016	29/06/2016	27/07/2016	31/08/2016	21/09/2016
38	89.50	Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	23/03/2016	28/04/2016	13/06/2016	01/07/2016	29/07/2016	31/08/2016	16/09/2016
39	89.41 - 89.43	Elettrocardiogramma da sforzo	22/03/2013	18/04/2016	26/05/2016	28/06/2016	28/07/2016	16/08/2016	15/09/2016
40	95.41.1	Audiometria	prenotabile in pacchetti	prenotabile in pacchetti	prenotabile in pacchetti	prenotabile in pacchetti	prenotabile in pacchetti		prenotabile in pacchetti
41	89.37.1 - 89.3	Spirometria	21/03/2016	18/04/2016	26/05/2016	28/06/2016	26/07/2016	01/09/2016	15/09/2016

Nr. Prog. PRESTAZIONI TRACCIANTI (a)	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	PRIMA DISPONIBILITA' 17 Febbraio 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 17 APRILE 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 25 MAGGIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 24 GIUGNO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 26 LUGLIO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 12 AGOSTO 2016	PRIMA DISPONIBILITA' 14 SETTEMBRE 2016
	7.2								
42	95.09.01	Fondo Oculare	06/06/2016	17/07/2016	08/06/2016	31/10/2016	05/10/2016	09/01/2017	30/01/2017
43	93.08.1	Elettromiografia							

Tabella 74: Tempo di attesa effettivo

Nr. Prog. Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
1	89.0 7.00	Visita Cardiologica	31,3	30,9	27,1	27,2	26,3	23,8	35,4	28,9
		Visita Cardiologica pediatrica								
2	89.0 7.00	Visita Chirurgia Vascolare	12,6	7,2	15,4	8,3	11,9	10,1	14,1	11,4
3	89.0 7.00	Visita Endocrinologica	35	40,3	35,28	50	52,8	59,4	53,8	41,8
		Visita Endocrinologica pediatrica								
4	89.1 3.00	Visita Neurologica	48,6	48,6	50,9	51	62	67,5	63,2	56,0
		Visita Neurologica pediatrica								
5	95.0 2.00	Visita Oculistica	119,7	128,6	102,8	96,2	86,9	99	118,2	107,3
		Visita Oculistica pediatrica								
6	89.0 7.00	Visita Ortopedica	48,6	47,7	45,8	45,7	52,5	36,5	45,4	46,0
		Visita Ortopedica pediatrica								
7	89.2 6.00	Visita Ginecologica	11,1	12,5	8,4	9	10,7	14,6	27,9	13,5
8	89.0 7.00	Visita Otorinolaringoiatrica	84	77	47,3	52,9	64	41,1	66,2	61,8
9	89.0 7.00	Visita Urologica (M/F)	83,7	84,3	77	111,3	77	71	100,5	86,4
		Visita Urologica (F)								
		Visita Urologica pediatrica								
10	89.0	Visita	6,4	7,3	7,1	7,1	6	9,3	22,1	9,3

Nr. Prog. Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
	7.00	Dermatologica								
11	89.0 7.00	Visita Fisiatrica	8,6	7,8	4,5	15,6	13,8	3	24,8	11,2
12	89.0 7.00	Visita Gastroenterologica	89,7	28,7	31	32,3	41	44,7	54,5	46,0
		Visita Gastroenterologica pediatrica								
13	89.0 7.00	Visita Oncologica	21,7	64	6,7	3,9	7,4	13,3	27	20,6
14	89.0 7.00	Visita Pneumologica	103,3	76,2	46	40,6	41,2	80,7	86,7	67,8
15	87.3 7.1 - 87.3 7.2	Mammografia	18,1	20	10,1	7,6	9	8,7	21,2	13,5
16	87.4 1 - 87.4 1.1	Tac Torace con e senza contrasto	18,2	39,1	26,6	15,4	24,9	22,1	28,5	25,0
17	88.0 1.2 - 88.0 1.1	TC Addome Superiore con e senza contrasto	85							85,0
18	88.0 1.4 - 88.0 1.3	TC Addome inferiore con e senza contrasto					1			1,0
19	88.0 1.6 - 88.0 1.5	TC Addome Completo con e senza contrasto	18,6	18,2	24,8	23,2	14,3	20,8	33,2	21,9
20	87.0 3 - 87.0	TC Capo con e senza contrasto	31,3	18,9	13,4	20,3	13,5	21	36,3	22,1

Nr. Prog. Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
	3.1									
21	88.3 8.2 - 88.3 8.1	TC Rachide e Speco Vertebrale con e senza contrasto	9	12,7	7				26	13,7
22	88.3 8.05	TC Bacino con e senza contrasto				1		8		4,5
23	88.9 1.1 - 88.9 1.2	RMN Cervello e Tronco Encefalico	103,5	64,5	59,5	51,5	57,4	46,6	154	76,7
24	88.9 5.4 - 88.9 5.5	RMN Pelvi, Prostata e Vescica	31	41	40	32,3		89,3	83,6	52,9
25	88.9 4.1 - 88.9 4.2	RMN Muscoloscheletrica	104	201	160	69,6	56,6		101,6	115,5
26	88.9 3 - 88.9 3.1	RMN colonna Vertebrale	56	51	42,6	43	29,8		61,5	47,3
27	88.7 1.4	Ecografia Capo e Collo	91,8	87,4	59,6	78,1	68,9	76,8	54,8	73,9
		Ecografia Capo e Collo pediatria								
28	88.7 2.3	Ecocolordoppler cardiaca	54,6	62,6	56,4	50,7	44,6	44,3	26,6	48,5
29	88.7 3.5	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	61,2	44,4	61,2	64,9	78,7	75,9	47,6	62,0
30	88.7 7.2	Ecocolodoppler dei vasi periferici	53,2	31,1	37,7	35,4	54,5	48,2	24,6	40,7

Nr. Prog. Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
31	88.7 4.1 -	Ecografia Addome	65,4	77,5	71,7	34,3	66,4	41,9	69	60,9
	88.7 5.1 - 88.7 6.1	Ecografia Addome pediatria								
32	88.7 3.1 - 88.7 3.2	Ecografia Mammella	21,9	18,5	25,3	12,2	17,2	5,1	20,9	17,3
33	88.7 8 - 88.7 8.2	Ecografia Ostetrica - GInecologica	67,2	7,8	7	7	9,3	7		17,6
34	45.2 3 - 45.2 5 - 45.4 2	Colonscopia	94,4	104,7	101,1	101,1	123,7	100,3	102,3	103,9
35	45.2 4.00	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	107	89.03 .00		89,5		153		88,3
36	45.1 3 - 45.1 6	Esofagogastroduodenoscopia	34,4	47,4	38,8	39,5	41,4	48,1	51	42,9
37	89.5 2.00	Elettrocardiogramma	57,4	50	60,9	70,6	75	64,9	45,8	60,7
38	89.5 0.00	Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	15,6	17,4	14,5	20,6	10	30,6	6	16,4
39	89.4 1 - 89.4 3	Elettrocardiogramma da sforzo	26,4	22	57,6	18,5	17	35	40,8	31,0
40	95.4 1.01	Audiometria	73,9	120,5	99,8	104,8	92	48,7	89,4	89,9
41	89.3 7.1 - 89.3 7.2	Spirometria	13,2	41,9	18,3	65,3	21,6	30,9	35,6	32,4

Nr. Prog. Pres traccianti	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Media
42	95.0 9.01	Fondo Oculare	70,1	80,4	95,6	100,3	117,9	134,7	120,8	102,8
43	93.0 8.01	Elettromiografia								

5.3.2 Tabelle Prestazioni di ricovero

Tabella 75: % di sforamento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG in regime ordinario- ricovero programmato

DRG	% sforamento
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	100,00%
NO sforamento	80,14%
SI sforamento	19,86%
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	100,00%
NO sforamento	93,26%
SI sforamento	6,74%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	100,00%
NO sforamento	97,31%
SI sforamento	2,69%
371-Parto cesareo senza CC	100,00%
NO sforamento	83,85%
SI sforamento	16,15%
290-Interventi sulla tiroide	100,00%
NO sforamento	60,93%
SI sforamento	39,07%
316-Insufficienza renale	100,00%
NO sforamento	96,26%
SI sforamento	3,74%
341-Interventi sul pene	100,00%
NO sforamento	87,75%
SI sforamento	12,25%
409-Radioterapia	100,00%
NO sforamento	86,12%
SI sforamento	13,88%
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	100,00%
NO sforamento	84,50%
SI sforamento	15,50%
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	100,00%
NO sforamento	95,11%
SI sforamento	4,89%
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	100,00%

<i>DRG</i>	<i>% sforamento</i>
NO sforamento	72,65%
SI sforamento	27,35%
158-Interventi su ano e stoma senza CC	100,00%
NO sforamento	87,62%
SI sforamento	12,38%
119-Legatura e stripping di vene	100,00%
NO sforamento	59,90%
SI sforamento	40,10%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	100,00%
NO sforamento	82,72%
SI sforamento	17,28%
202-Cirrosi e epatite alcolica	100,00%
NO sforamento	92,11%
SI sforamento	7,89%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	100,00%
NO sforamento	49,74%
SI sforamento	50,26%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	100,00%
NO sforamento	72,04%
SI sforamento	27,96%
037-Interventi sull'orbita	100,00%
NO sforamento	94,83%
SI sforamento	5,17%
169-Interventi sulla bocca senza CC	100,00%
NO sforamento	69,36%
SI sforamento	30,64%
300-Malattie endocrine con CC	100,00%
NO sforamento	79,17%
SI sforamento	20,83%
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	100,00%
NO sforamento	93,98%
SI sforamento	6,02%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	100,00%
NO sforamento	88,96%
SI sforamento	11,04%
450-Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	100,00%
NO sforamento	99,34%
SI sforamento	0,66%
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	100,00%
NO sforamento	87,84%
SI sforamento	12,16%
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	100,00%

DRG	% sforamento
NO sforamento	61,81%
SI sforamento	38,19%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	100,00%
NO sforamento	76,98%
SI sforamento	23,02%
240-Malattie del tessuto connettivo con CC	100,00%
NO sforamento	94,70%
SI sforamento	5,30%
301-Malattie endocrine senza CC	100,00%
NO sforamento	82,17%
SI sforamento	17,83%
296-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	100,00%
NO sforamento	93,04%
SI sforamento	6,96%
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	100,00%
NO sforamento	98,23%
SI sforamento	1,77%

Tabella 76: Primi DRG con maggior numero di casi con sforamento soglia classe priorità

DRG_descrizione	N. casi
290-Interventi sulla tiroide	152
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	137
311-Interventi per via transuretrale senza CC	95
119-Legatura e stripping di vene	81
371-Parto cesareo senza CC	68
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	61
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	55
169-Interventi sulla bocca senza CC	53
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	52
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	42
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	39
409-Radioterapia	39
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	39
341-Interventi sul pene	37
300-Malattie endocrine con CC	35
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	34
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	33
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	32
360-Interventi su vagina, cervice e vulva	29

DRG_descrizione	N. casi
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	28

Tabella 77: % di sfioramento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG DH/DS

DRG	% Sforamento
316-Insufficienza renale	100,00%
NO sfioramento	99,41%
SI sfioramento	0,59%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	100,00%
NO sfioramento	99,33%
SI sfioramento	0,67%
013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	100,00%
NO sfioramento	96,09%
SI sfioramento	3,91%
047-Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	100,00%
NO sfioramento	93,82%
SI sfioramento	6,18%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	100,00%
NO sfioramento	87,03%
SI sfioramento	12,97%
301-Malattie endocrine senza CC	100,00%
NO sfioramento	83,73%
SI sfioramento	16,27%
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	100,00%
NO sfioramento	93,48%
SI sfioramento	6,52%
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	100,00%
NO sfioramento	96,07%
SI sfioramento	3,93%
169-Interventi sulla bocca senza CC	100,00%
NO sfioramento	80,74%
SI sfioramento	19,26%
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	100,00%
NO sfioramento	99,38%
SI sfioramento	0,62%
184-Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	100,00%
NO sfioramento	89,08%
SI sfioramento	10,92%
429-Disturbi organici e ritardo mentale	100,00%

DRG	% Sforamento
NO sfornamento	88,06%
SI sfornamento	11,94%
294-Diabete, età > 35 anni	100,00%
NO sfornamento	93,59%
SI sfornamento	6,41%
241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	100,00%
NO sfornamento	91,31%
SI sfornamento	8,69%
390-Neonati con altre affezioni significative	100,00%
NO sfornamento	94,88%
SI sfornamento	5,12%
297-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	100,00%
NO sfornamento	95,40%
SI sfornamento	4,60%
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	100,00%
NO sfornamento	89,32%
SI sfornamento	10,68%
295-Diabete, età < 36 anni	100,00%
NO sfornamento	90,24%
SI sfornamento	9,76%
134-Ipertensione	100,00%
NO sfornamento	95,92%
SI sfornamento	4,08%
461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	100,00%
NO sfornamento	99,76%
SI sfornamento	0,24%
040-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	100,00%
NO sfornamento	95,83%
SI sfornamento	4,17%
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	100,00%
NO sfornamento	86,32%
SI sfornamento	13,68%
299-Difetti congeniti del metabolismo	100,00%
NO sfornamento	86,08%
SI sfornamento	13,92%
399-Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	100,00%
NO sfornamento	94,03%
SI sfornamento	5,97%
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	100,00%
NO sfornamento	86,21%
SI sfornamento	13,79%
323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	100,00%

DRG	% Sforamento
NO sforamento	70,46%
SI sforamento	29,54%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	100,00%
NO sforamento	97,88%
SI sforamento	2,12%
284-Malattie minori della pelle senza CC	100,00%
NO sforamento	92,92%
SI sforamento	7,08%
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	100,00%
NO sforamento	89,72%
SI sforamento	10,28%
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	100,00%
NO sforamento	85,31%
SI sforamento	14,69%

Tabella 78: primi DRG DH/DS con maggior numero di casi con sforamento soglia classe priorità

DRG	N. casi con sforamento
301-Malattie endocrine senza CC	135
169-Interventi sulla bocca senza CC	130
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	118
323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	109
429-Disturbi organici e ritardo mentale	67
047-Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	66
184-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	65
013-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	63
397-Disturbi della coagulazione	61
299-Difetti congeniti del metabolismo	55
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	55
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	52
187-Estrazioni e riparazioni dentali	49
179-Malattie infiammatorie dell'intestino	49
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	48
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	47
324-Calcolosi urinaria senza CC	45
241-Malattie del tessuto connettivo senza CC	45
295-Diabete, età < 36 anni	44
300-Malattie endocrine con CC	41
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	41
409-Radioterapia	40

DRG	N. casi con sforamento
035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	40
423-Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	37
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	36
294-Diabete, età > 35 anni	35
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	35
206-Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	35
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	33
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	31

6 Indice delle tabelle e delle figure

TABELLE

Tabella 1: Schema di sintesi razionale nuovo assetto organizzativo	6
Tabella 2: Monitoraggio LEA	11
Tabella 3: Indicatori PNE calcolati per l'AOU Federico II vs Media Nazionale	14
Tabella 4: Fenomeno della mobilità in Italia - acuti in regime ordinario anno 2014/19	
Tabella 5: Dati di mobilità, Ministero della Salute	20
Tabella 6: Numero di dimessi per provincia di residenza	21
Tabella 7: Valore economico rimborsi DRG	22
Tabella 8: Numerosità di casi per MDC, Regione Campania anno 2013	23
Tabella 9: Casi Pre-MDC.....	23
Tabella 10: Dettaglio per istituto di ricovero dei 475 casi relativi a PRE-MDC.....	24
Tabella 11: Mobilità passiva verso regione Lazio.....	25
Tabella 12: PI da protocollo di intesa 2011-2013 e pl da PO 2016.....	26
Tabella 13: Misurazione delta posti letto.....	29
Tabella 14: ripartizione posti letto da piano ospedaliero RO e DH	37
Tabella 15: Variazione posti letto	39
Tabella 16: Centri di riferimento regionali.....	43
Tabella 17: mobilità attiva intra-regionale	56
Tabella 18: mobilità attiva infra-regionale: dettaglio disciplina di dimissione	57
Tabella 19: Mobilità attiva infra-regionale per MDC.....	58
Tabella 20: Mobilità attiva intra-regionale per MDC, reparto di dimissione PEDIATRIA.	59
Tabella 21: Mobilità attiva intra-regionale per MDC, reparto di dimissione CHIRURGIA GENERALE.....	60
Tabella 22: ricoveri ordinari day hospital/day surgery anno 2015	61
Tabella 23: Il fenomeno della mobilità attiva in regione Campania.....	62
Tabella 24 Mobilità attiva extra-regionale: regione di residenza.....	62
Tabella 25: Mobilità attiva extra-regionale per disciplina	63
Tabella 26: Mobilità attiva extra-regionale per MDC.....	64
Tabella 27: Mobilità attiva, disciplina pediatrica.....	65
Tabella 28: mobilità attiva per le principali discipline con dettaglio DRG	65
Tabella 29: Simulazione prima disponibilità in date indice.....	70
Tabella 30: Tempo di attesa effettivo.....	71
Tabella 31: Monitoraggio stati prestazioni.....	72
Tabella 32: Prestazioni traccianti in RO	73
Tabella 33: Prestazioni traccianti in DH	73
Tabella 34: tempi di attesa prestazioni traccianti RO.....	74
Tabella 35: Classi di priorità prestazioni di ricovero	74
Tabella 36: tempi di attesa in riferimento alle classi di priorità prestazioni traccianti RO	75
Tabella 37: % di sfornamento prestazioni traccianti RO	76
Tabella 38: riepilogo sfornamento prestazioni traccianti RO	77
Tabella 39: Tempi di attesa prestazioni traccianti DH	78
Tabella 40: tempi di attesa in riferimento alle classi di priorità prestazioni traccianti DH/DS	78
Tabella 41: percentuale di sfornamento prestazioni traccianti DH/DS.....	79
Tabella 42: riepilogo sfornamento prestazioni traccianti DH/DS.....	80

Tabella 43: tempi di attesa per classi di priorità primi 50 DRG in regime ordinario, ricovero programmato	81
Tabella 44: tempi di attesa per classi di priorità i primi 50 DRG DH/DS	82
Tabella 45 - Dotazione organica al 21/09/2016 per profilo professionale	88
Tabella 46 - Dotazione organica al 21/09/2016 per tipologia contrattuale	89
Tabella 47 - Pensionamenti al 31/12/2018.....	90
Tabella 48 - Trend dotazione organica/pensionamenti triennio 2016 - 2018	91
Tabella 49 - Fabbisogno standard per n. 829 PL in applicazione DCA n. 67/2016 ..	96
Tabella 50 - Riepilogo fabbisogno standard per n. 829 PL_DCA n. 67/2016.....	97
Tabella 51 - Confronto fabbisogno standard in relazione a n. 904 PL e a n. 829 PL	98
Tabella 52 - Benchmarking rapporto Dotazione Organica su Posti Letto	99
Tabella 53 - Composizione dotazione organica AOU Federico II e AOU SMM di Udine	100
Tabella 54: Benchmarking composizione della tipologia contrattuale anno 2014 .	102
Tabella 55: Composizione spesa del personale anno 2014	106
Tabella 56: Matrice di responsabilità del DAI.....	157
Tabella 57: Macrostruttura organizzativa DAI.....	159
Tabella 58- Composizione organico aziendale al 21.09.2016	181
Tabella 59 - Dotazione organica 2013 - 2016 per profilo professionale	181
Tabella 60: FTE 2003	182
Tabella 61: FTE 2003/2015 compreso lo straordinario	183
Tabella 62: Monitoraggio PNE Chirurgia Generale	209
Tabella 63: Monitoraggio PNE Chirurgia Ortopedica	209
Tabella 64: MonitoraggioPNE Cardiovascolare	210
Tabella 65: Monitoraggio PNE Neurologia e Neurochirurgia	211
Tabella 66: Monitoraggio PNE Nefrologia	211
Tabella 67: Monitoraggio PNE Ginecologia	212
Tabella 68: Principali MDC per Regione, anno 2013	212
Tabella 69: dettaglio per istituto di ricovero	213
Tabella 70: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per MDC ...	214
Tabella 71: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per DRG....	215
Tabella 72: Mobilità passiva verso Ospedale Bambin Gesù: dettaglio per DRG....	216
Tabella 73: Simulazione prima disponibilità in date indice.....	224
Tabella 74: Tempo di attesa effettivo	232
Tabella 75: % di sfioramento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG in regime ordinario- ricovero programmato.....	236
Tabella 76: Primi DRG con maggior numero di casi con sfioramento soglia classe priorità.....	238
Tabella 77: % di sfioramento rispetto alla classe di priorità primi 30 DRG DH/DS	239
Tabella 78: primi DRG DH/DS con maggior numero di casi con sfioramento soglia classe priorità	241

FIGURE

Figura 1: Monitoraggio indicatori PNE vs Media Nazionale	15
Figura 2: Nomogramma di Barber	36
Figura 3: DRG 172-173	47
Figura 4: DRG 274-275	47
Figura 5: DRG 257-258-259-260	48
Figura 6: DRG 366-364	48
Figura 7: Leucemie e Linfomi	49

Figura 8: DRG 410	49
Figura 9: DRG 409	50
Figura 10: MDC 18	51
Figura 11: DRG 488-489-490.....	51
Figura 12: MDC 10	52
Figura 13: DRG 286.....	53
Figura 14: DRG 290.....	53
Figura 15: mobilità attiva infra-regionale.....	56
Figura 16: Totale prestazioni traccianti RO	77
Figura 17: % di sfioramento prestazioni traccianti DH.....	80
Figura 18 - Dotazione Organica/Posti Letto	99
Figura 19: % dotazione organica per profilo professionale sul totale dotazione organica.....	101
Figura 20: Composizione della tipologia contrattuale anno 2014.....	103
Figura 21: Composizione spesa per il personale anno 2014	106
Figura 22: Matrice per la definizione dei percorsi clinico-organizzativi	117
Figura 23: Percorso Oncologico	118
Figura 24: Percorso Ematologico	119
Figura 25: Organigramma- legenda	129
Figura 26: La Macro Struttura Organizzativa	130
Figura 27: La struttura organizzativa dell'Area Amministrativa	132
Figura 28: La struttura organizzativa dell'area sanitaria	143
Figura 29: Monitoraggio PNE Chirurgia Generale	209
Figura 30: Monitoraggio PNE chirurgia ortopedica.....	210
Figura 31: Monitoraggio PNE Cardiovascolare.....	211
Figura 32: Monitoraggio PNE Neurologia e Neurochirurgia	211
Figura 33: Monitoraggio PNE Nefrologia	212
Figura 34: Monitoraggio PNE Ginecologia.....	212