



Regione Umbria
Giunta Regionale

APPENDICE

LA CASISTICA E LE PERFORMANCE DEL SISTEMA

P.R.O.G.E.T.T.O PER LA SALUTE
PIANO SANITARIO REGIONALE **2019-2021**

Pre-adottato con deliberazione della Giunta regionale
n. 635 del 08/05/2019

Assessorato Regionale alla coesione sociale e al welfare

Elaborato da:

Walter Orlandi
Francesca Armellini
Manuela Pioppo
Enrica Ricci

Con la collaborazione di:

Roberta Antonelli
Nera Bizzarri
Angela Bravi
Giampaolo Bucaneve
Gabriella Carnio
Paola Casucci
Ombretta Checconi
Michaela Chiodini
Marcello De Giorgi
Giampaolo Di Loreto
Atanassios Dovas
Giovanni Filippini
Anna Rita Flamini
David Franchini
Gianni Giovannini
Francesca Gori
Laura Grasselli
Piero Macellari
Gabriella Madeo
Kathryn Mary Mahan

Mauro Marchesi
Carmen Maresca
Francesco Mariotti
Andrea Monsignori
Alessandro Montedori
Raffaello Morgante
Alfredo Notargiacomo
Maria Concetta Patisso
Stefania Prandini
Daniela Ranocchia
Donatella Riccardini
Mariangela Rossi
Giovanni Santoro
Angelo Sidoni
Milena Solfiti
Milena Tomassini
Anna Tosti
Maria Trani
Mauro Zampolini

ed il contributo dei componenti i 12 Tavoli tematici e di confronto:

SALUTE MENTALE, CURE PRIMARIE E MEDICINA D'INIZIATIVA E MALATTIE CRONICHE, DISABILITA' E RIABILITAZIONE, DIPENDENZE, CURE PALLIATIVE, PREVENZIONE, RETE OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA, TRAPIANTI E SANGUE, TECNOLOGIE HTA ICT, RICERCA E MEDICINA DI PRECISIONE, INFANZIA ED ETA' EVOLUTIVA

Comitato Scientifico: Federico Lega, Alessandro Montrone, Paola Pisanti

Attività di supporto alla redazione: Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica



APPENDICE

In appendice vengono riportati i principali dati di attività e le performance del sistema nei 3 LEA che sono stati analizzati per lo sviluppo delle aree di miglioramento e la definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio di vigenza del Piano Sanitario.

Per tale motivo dati e performance di seguito riportati sono relativi agli ultimi disponibili al momento dell'avvio della stesura del piano.

Una delle azioni importanti previste dal Piano è quella di produrre l'aggiornamento periodico dei dati della casistica e delle performance prodotte insieme al profilo demografico ed epidemiologico della popolazione umbra, aggiornamento che sarà pubblicato nel sito istituzionale della Regione.

Saranno oggetto di pubblicazione anche gli aggiornamenti, se realizzati, dei livelli organizzativi territoriali e ospedalieri, nonché della mappatura delle strutture sanitarie al fine di avere un quadro sempre aggiornato del contesto di riferimento, dello stato di salute della popolazione e del livello di performance garantito dal sistema.

L'attività di rendicontazione riguarderà anche gli obiettivi per i quali verrà prodotto un documento di monitoraggio e controllo, ovvero un documento contenente tutte le schede obiettivo inserite nel piano con il cronoprogramma delle azioni da realizzare e la verifica della loro reale attuazione, la definizione dei target degli indicatori e dei risultati attesi al fine di poterne misurare il livello di raggiungimento.

La realizzazione di tali attività di aggiornamento, monitoraggio e controllo potrà anche essere realizzato attraverso la collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico regionale e con la Scuola di Specializzazione di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Perugia.

LE PERFORMANCE DEL SISTEMA

Al paragrafo 1.3 si è accennato ai sistemi di valutazione, alla loro importanza e alla necessità di raggiungere livelli ottimali per garantire una sanità di qualità.

Di seguito si riporta il dettaglio dell'analisi effettuata sui risultati raggiunti dalla Regione Umbria in maniera complessiva e nelle sezioni successive di dettaglio per LEA.

Verifica adempimenti LEA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 affida la Verifica degli Adempimenti, cui sono tenute le regioni, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle regioni coinvolte (sono escluse: la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle regioni attraverso un questionario ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già disponibili presso il Ministero della Salute e Aifa. La certificazione è effettuata dai componenti del Comitato LEA che stabiliscono annualmente gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero, Aifa e Agenas, competenti nelle materie degli adempimenti e successivamente esaminato e convalidato dai componenti del Comitato LEA. Prima della conclusione dell'intera procedura, è previsto un confronto interattivo con i rappresentanti regionali.

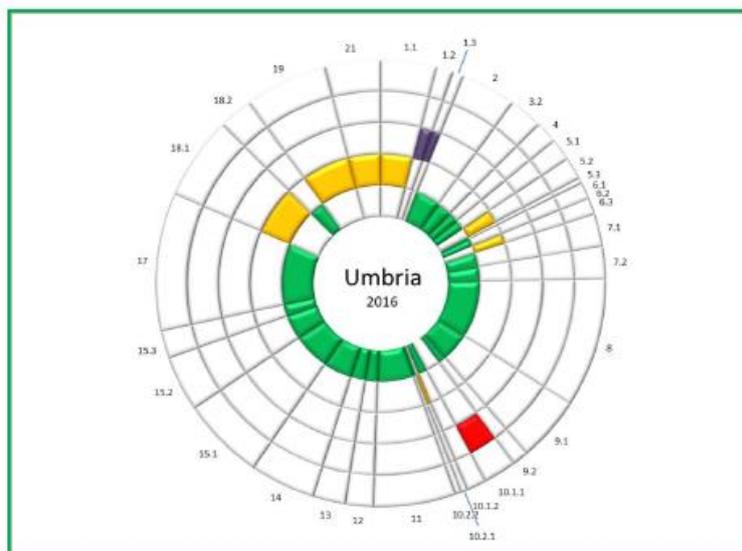
Nello specifico, la certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. Griglia LEA) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La Griglia LEA si propone pertanto come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall'altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatiche sia del livello nazionale, che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore efficacia.

Allo stato attuale, nelle more dell'aggiornamento del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), la Griglia LeA rappresenta lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale². Nel documento pubblicato dal Ministero della Salute per l'anno 2016 vengono illustrati gli indicatori utilizzati, la metodologia di valutazione complessiva e sintetica dell'insieme degli indicatori ed i risultati raggiunti nell'anno 2016 dalle singole regioni, questi ultimi rappresentati nelle apposite schede regionali.

Si riporta di seguito il livello raggiunto dalla Regione Umbria nell'anno 2016.

Griglia LEA – Regione Umbria - anno 2016



Gli Indicatori vengono valutati in base al valore raggiunto e al livello di scostamento dal valore normale e a seconda del valore raggiunto vengono assegnati i seguenti punteggi:

- Valore normale= 9
- Scostamento minimo=6
- Scostamento rilevante ma in miglioramento=3
- Scostamento non accettabile=0

Nel “rosone dell’Umbria sono rilevabili:

■ **Valore normale – ben 22 indicatori su 32 hanno totalizzato 9 punti, attestandosi al centro del rosone (69%) = di cui 6 sono del livello della PREVENZIONE, 11 dell’ASSISTENZA DISTRETTUALE e 5 dell’ASSISTENZA OSPEDALIERA**

■ **6 indicatori hanno totalizzato 6 punti cadauno, (scostamenti minimi dal valore normale), attestandosi nella fascia gialla del rosone =**

- **PREVENZIONE (3):**
 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib),
 - MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi, nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie,
 - CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992);

percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti.

- **ASSISTENZA DISTRETTUALE (1):**
 - Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti.

- **ASSISTENZA OSPEDALIERA (2):**
 - Percentuale parti cesarei primari.
 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

- **EMERGENZA (1):**
 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti).

3 indicatori hanno totalizzato 3 punti, (scostamenti rilevanti dal valore normale ma in miglioramento), attestandosi nella fascia viola del rosone tutti del livello di PREVENZIONE:

- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni).
- CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95).

un solo indicatore ha totalizzato 0 punti, (scostamento non accettabile dal valore normale), attestandosi nella fascia rossa del rosone relativo all'ASSISTENZA DISTRETTUALE

- Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti).

Di seguito si riporta la valutazione finale delle regioni per l'anno di Verifica 2016, il punteggio della Griglia LEA raggiunto dall'Umbria nel confronto con le altre Regioni.

Tabella punteggi LEA – Confronto Regioni - anno 2016

Regione	2012	2013	2014	2015	2016
Veneto	193	190	189	202	209
Toscana	193	214	217	212	208
Piemonte	186	201	200	205	207
Emilia R.	210	204	204	205	205
Umbria	171	179	190	189	199
Lombardia	184	187	193	196	198
Liguria	176	187	194	194	196
Marche	165	191	192	190	192
Abruzzo	145	152	163	182	189
Lazio	167	152	168	176	179
Basilicata	169	146	177	170	173
Puglia	140	134	162	155	169
Molise	146	140	159	156	164
Sicilia	157	165	170	153	163
Calabria	133	136	137	147	144
Campania	117	136	139	106	124
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195	199
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160	162

La valutazione finale per il 2016 si attesta per la Regione Umbria su un punteggio pari a 199 che, secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato Lea (positivo a 160), risulta ampiamente positivo e in crescita dal 2012.

Nel complesso la Regione raggiunge valori adeguati, entro i parametri di riferimento, per gran parte degli indicatori relativi ai tre livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e ospedaliera). Nei capitoli dedicati verranno individuate le azioni di miglioramento per gli indicatori che presentano scostamento dal valore normale.

Programma Nazionale Esiti

Il **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Gli indicatori utilizzati da PNE sono 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 ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito delle cure, le valutazioni di PNE riguardano:

- le funzioni di produzione, attribuendo i pazienti/trattamenti all'ospedale o servizio di cura, definito con criteri specifici per ciascun indicatore;
- le funzioni di tutela e committenza attribuendo i pazienti/trattamenti all'area di residenza.

I risultati del PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell’ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale.

Le misure del PNE sono, quindi, strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell’efficacia e dell’equità nel SSN.

PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi.

Nella sezione “Treemap” è possibile consultare le rappresentazioni grafiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere italiane. I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

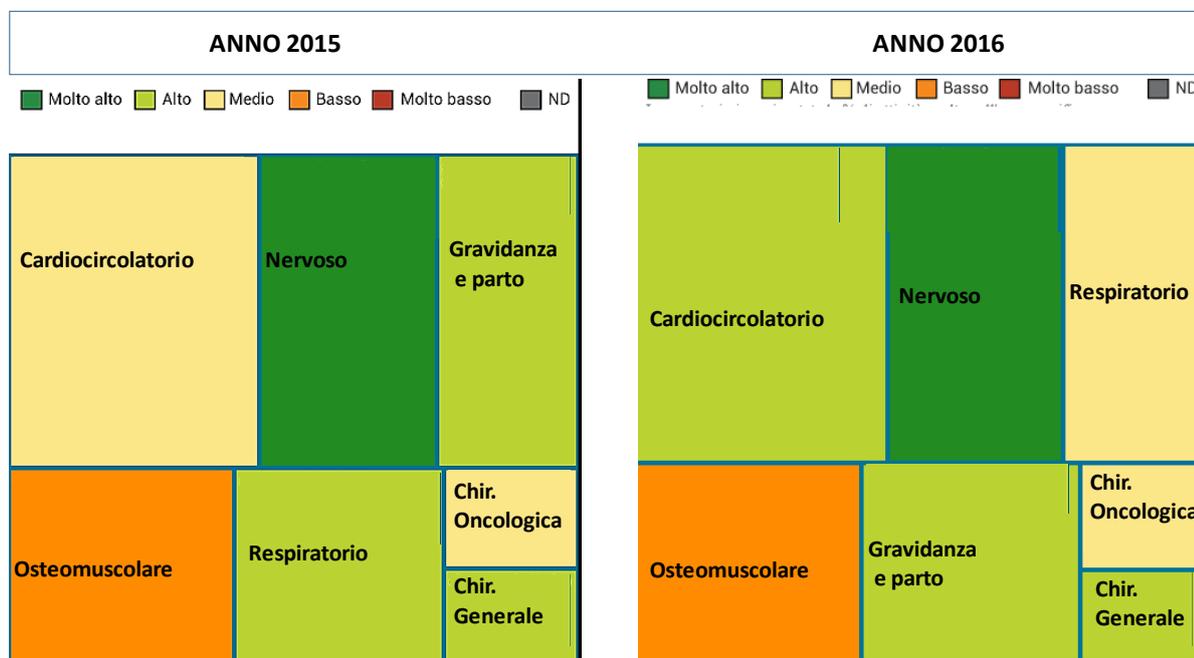
Treemap – Livelli di aderenza

Livello di aderenza a standard di qualità



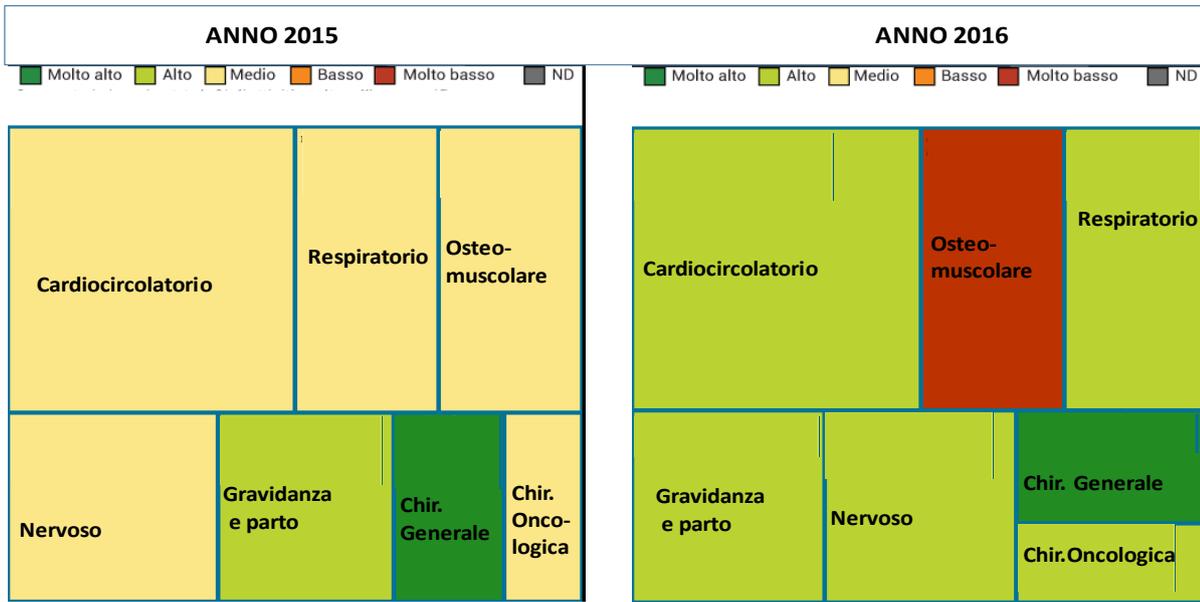
Di seguito si riportano le treemap degli ospedali sede di DEA di II livello e sede di DEA di I Livello nel confronto 2015-2016 (non risulta ancora pubblicato il 2017 nel PNE) che mostrano miglioramenti del grado di aderenza agli standard di qualità in diverse aree in tutti gli ospedali. Non sono riportate le treemap degli ospedali di base in quanto la casistica trattata, è prevalentemente di tipo medico.

Treemap – Azienda Ospedaliera di Perugia – Confronto Anni 2015 – 2016



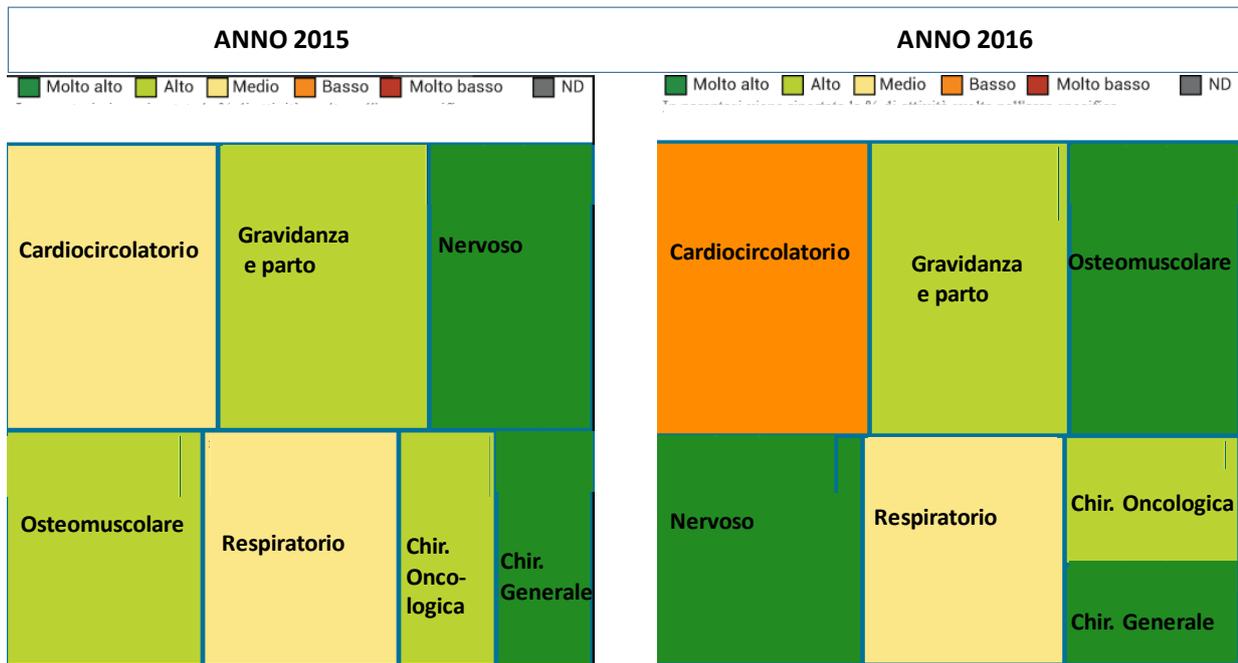
Si registra un miglioramento nell’area clinica del cardiocircolatorio e una flessione in quella del respiratorio.

Treemap – Azienda Ospedaliera di Terni - Confronto Anni 2015 – 2016



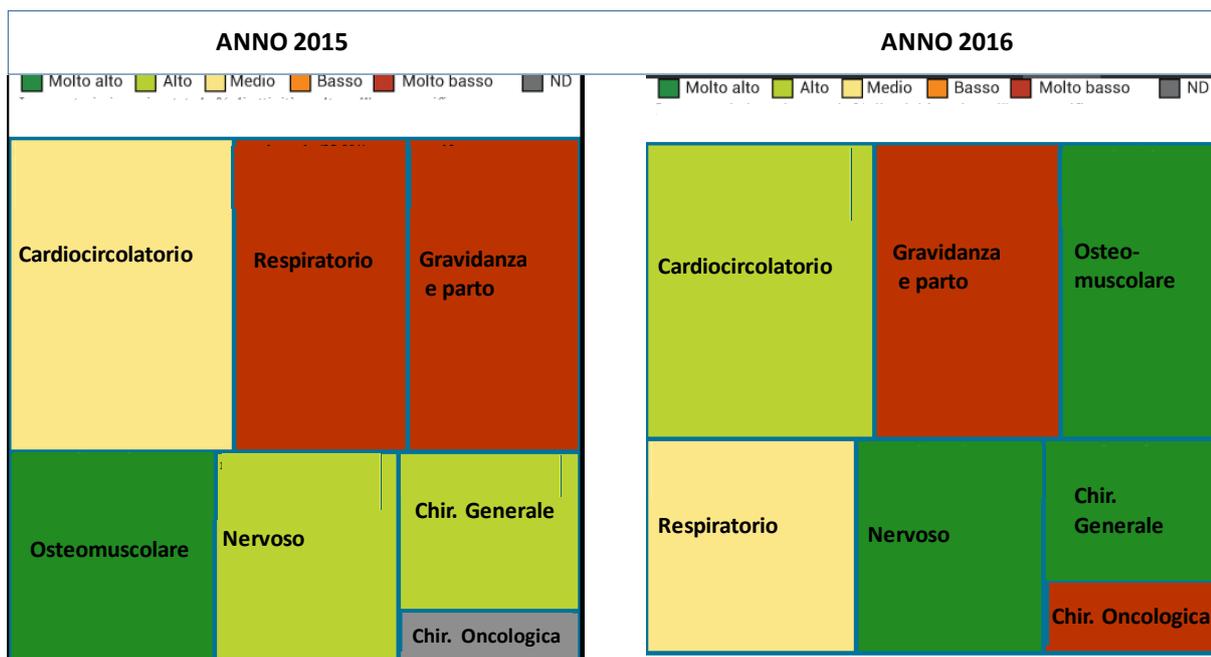
Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del cardiocircolatorio, respiratorio e nervoso, mentre vi è peggioramento in quella osteomuscolare.

Treemap – Ospedale di Città di Castello - Confronto Anni 2015 – 2016



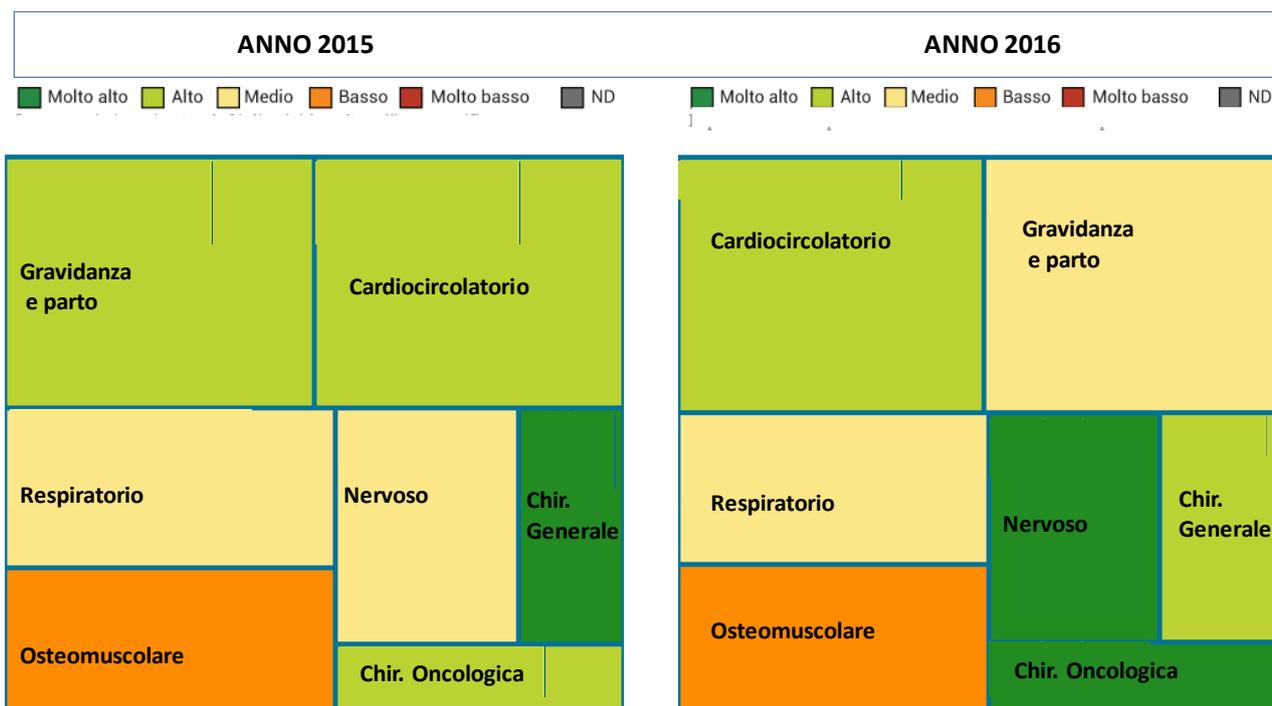
Si registra un miglioramento nell'area clinica osteomuscolare, mentre vi è peggioramento in quella del cardiocircolatorio.

Treemap – Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino - Confronto Anni 2015 – 2016



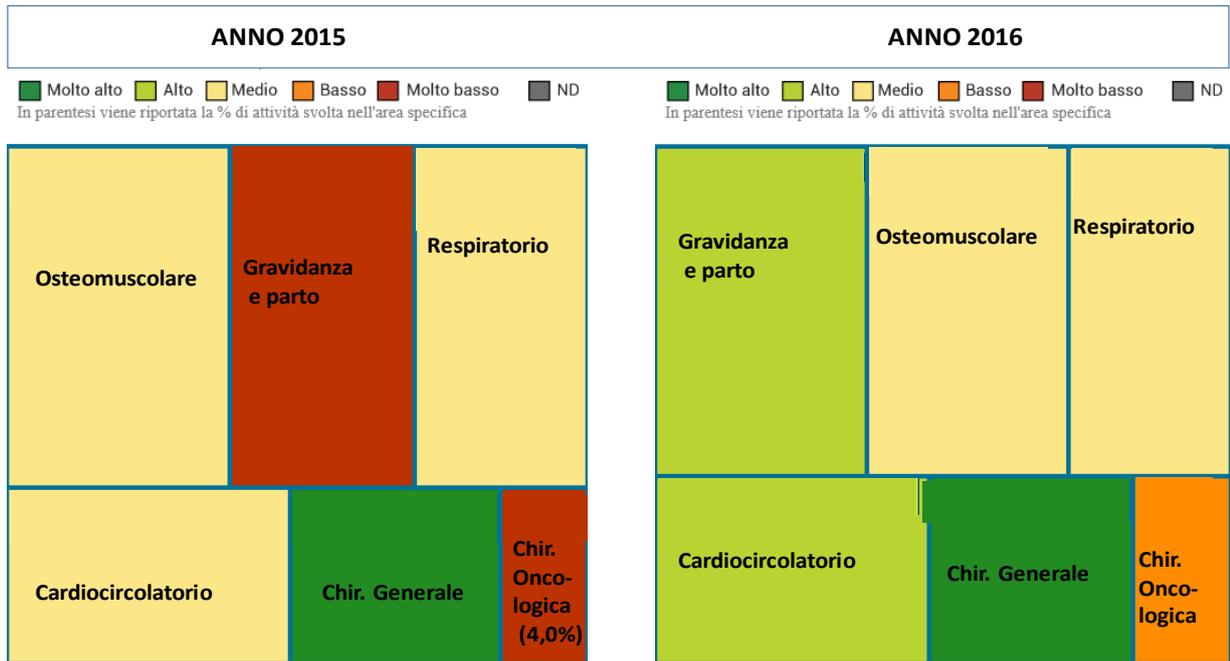
Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del cardiocircolatorio, respiratorio, nervoso e di chirurgia generale.

Treemap – Ospedale di Foligno - Confronto Anni 2015 – 2016



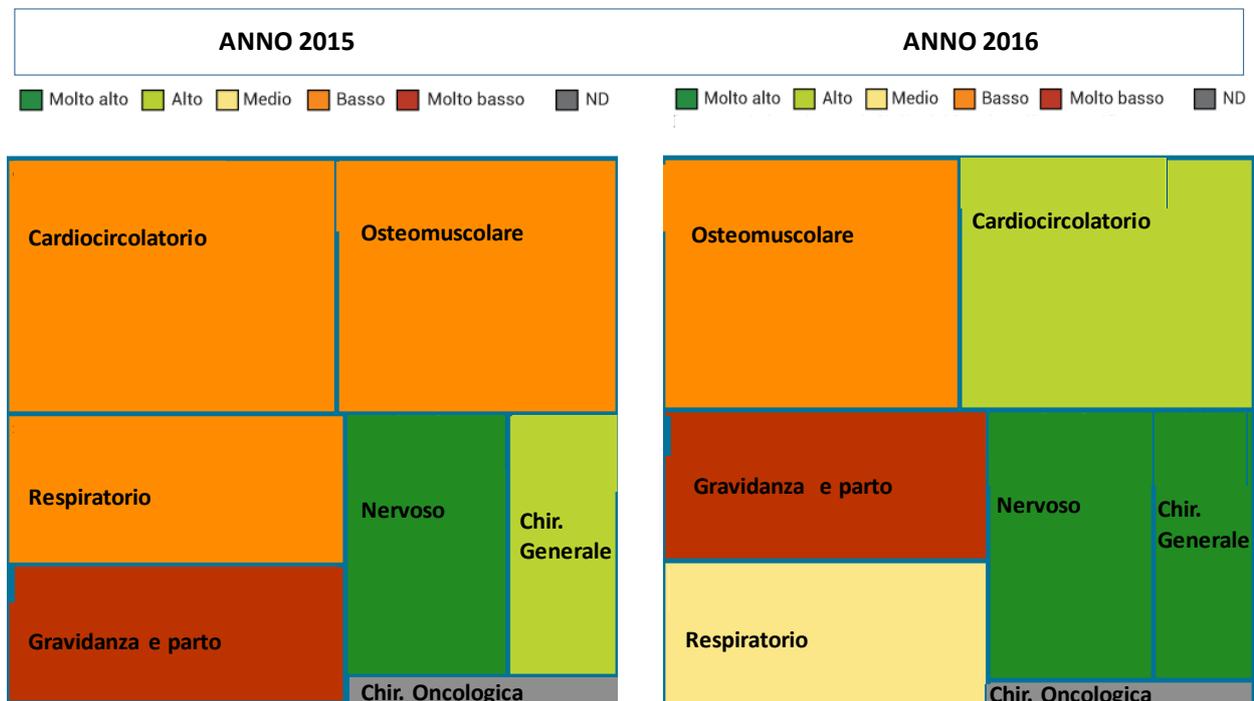
Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del nervoso, di chirurgia generale e di chirurgia oncologica e un peggioramento in quella della gravidanza e parto.

Treemap – Ospedale di Spoleto - Confronto Anni 2015 – 2016



Si registra un miglioramento nelle aree cliniche della gravidanza e parto, del cardiocircolatorio, della chirurgia oncologica.

Treemap – Ospedale di Orvieto - Confronto Anni 2015 – 2016



Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del cardiocircolatorio, del respiratorio, della chirurgia generale.

Nel capitolo dedicato alla rete ospedaliera le treemap individuano le aree di miglioramento per i singoli Ospedali.

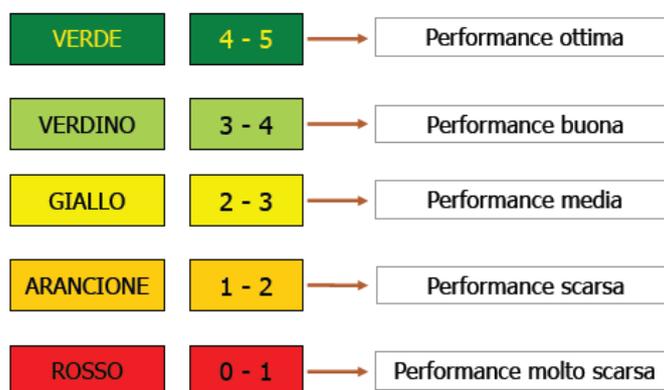
Valutazione performance MeS

Il sistema di **valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali**, sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità, è stato attivato nel 2008 ed ha portato alla selezione di indicatori volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking fra 12 Regioni e Province Autonome (Basilicata, Bolzano, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Veneto), varie dimensioni della performance del sistema sanitario. I risultati sono rappresentati con uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda.

Nel bersaglio, un sistema di cerchi concentrici, vanno a posizionarsi tutti gli obiettivi valutati. Il bersaglio è in grado di evidenziare subito lo stato della performance raggiunta dal soggetto analizzato, individuando gli obiettivi positivi collocati al centro del bersaglio in zona verde scura (performance ottimale) e gli obiettivi negativi che si collocano lontano dal centro nelle zone periferiche del bersaglio (zona rossa – performance pessima).

Il valore raggiunto da ogni singolo obiettivo, infatti, viene valutato attraverso uno score che permette la sua collocazione precisa in uno dei cerchi del bersaglio.

La valutazione della performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori da 0 a 5 come riportati in figura.



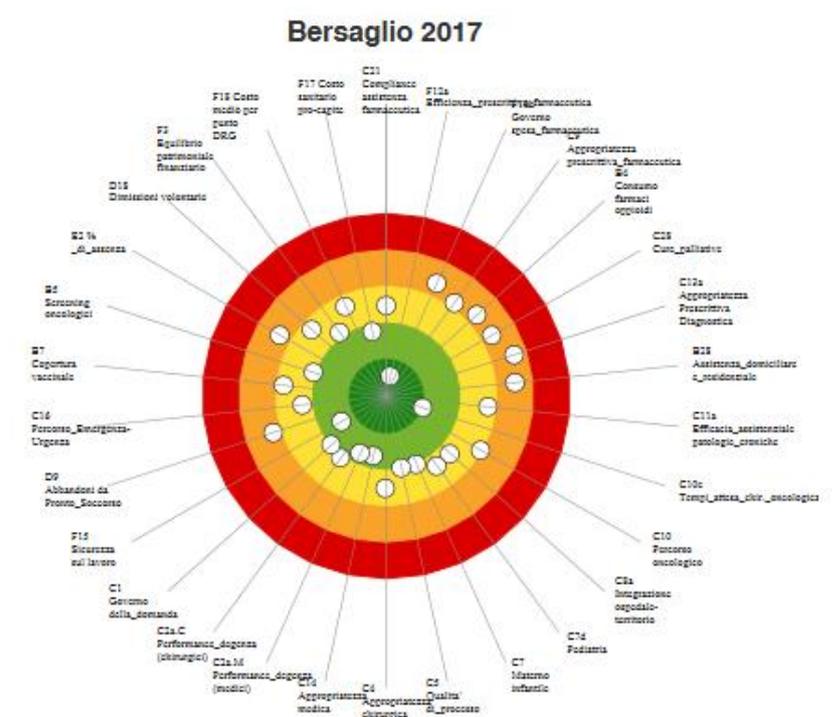
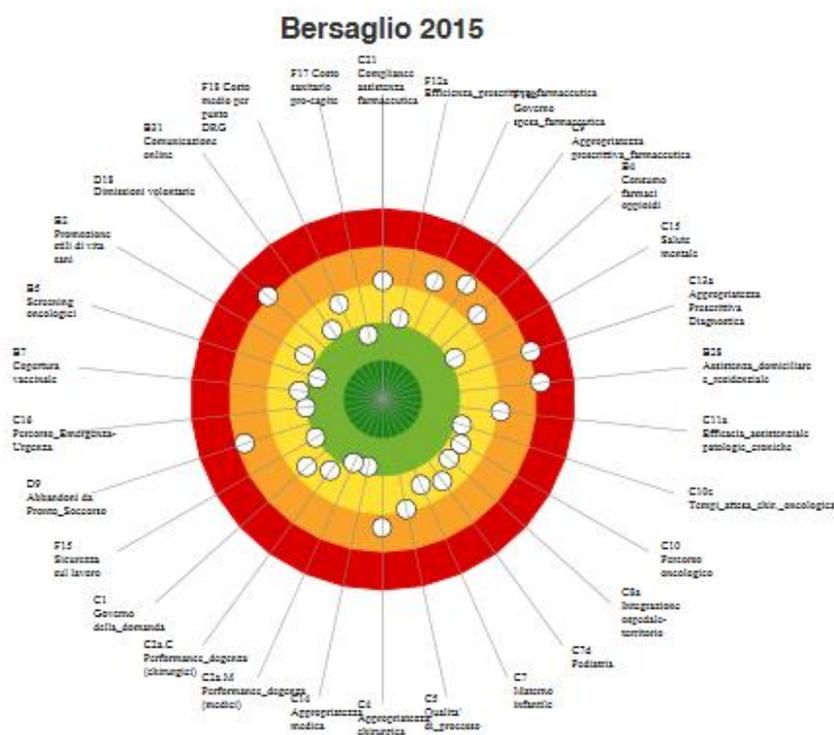
Più è alto lo score, più si centra il bersaglio e si finisce nel cerchio più interno (zona verde scura); più è basso il punteggio dello score ottenuto rispetto all'obiettivo prefissato e meno si centra il bersaglio, collocandosi di fatto nel cerchio rosso, cerchio più esterno. La valutazione di tutti gli obiettivi determina una visione di insieme delle performance della struttura che ha possibilità di rilevare immediatamente le performance/situazioni più critiche (punti di debolezza) e le performance/situazioni più favorevoli (punti di forza). L'utilizzo dello strumento, inoltre, permette la confrontabilità fra strutture e fra periodi in virtù del fatto che lo stesso indicatore si possa collocare in posizioni diverse nei bersagli di riferimento.

Nel bersaglio vengono quindi misurate 6 dimensioni di valutazione delle performance sanitarie. Tali dimensioni sono misurate grazie all'utilizzo di indicatori specifici. In particolare il sistema conta più di 600 indicatori di analisi, di questi circa la metà sono di osservazione e tutti gli indicatori del sistema sono raggruppati in 60 indicatori di sintesi che convogliano nelle 6 dimensioni e rappresentati dai pallini nel bersaglio.

Le 6 dimensioni contemplate dal bersaglio sono:

- DIMENSIONE A - valutazione dello stato di salute della popolazione.
- DIMENSIONE B - valutazione della capacità di perseguire le strategie regionale.
- DIMENSIONE C - valutazione socio-sanitaria.
- DIMENSIONE D - valutazione esterna.
- DIMENSIONE E - valutazione interna.
- DIMENSIONE F - valutazione dell'efficacia operativa e dinamica economica finanziaria.

Si riportano di seguito i bersagli della Regione Umbria anno 2016 e anno 2017



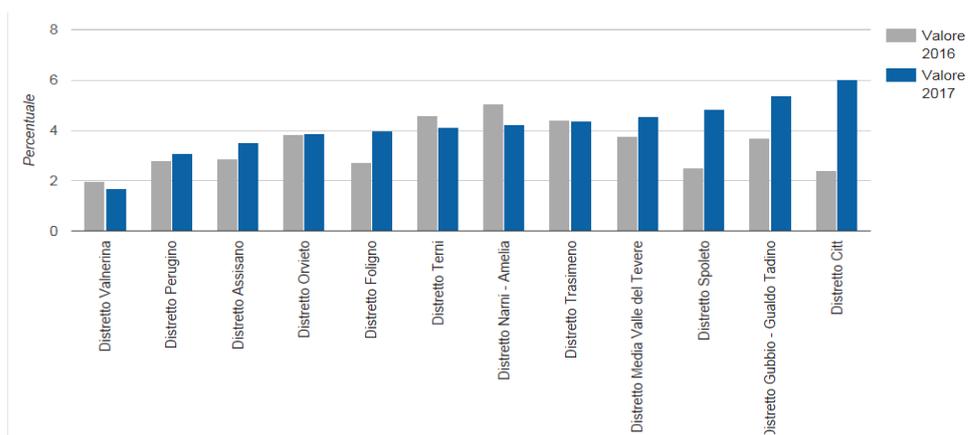
È evidente l'importante risultato raggiunto di non avere più obiettivi con performance scarsa.

Nel complesso la popolazione umbra presenta una **mortalità infantile** complessivamente nella media, mentre la **mortalità per malattie circolatorie** e quella per **tumori** è inferiori alle altre Regioni.

Per quanto riguarda i **dati di carattere economico/finanziario** il costo sanitario complessivo è fra i più bassi delle Regioni del Network (1.861 Euro pro capite), mentre il costo per l'assistenza ospedaliera è allineato alla media delle altre Regioni (4.644 Euro per punto DRG).

I **processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale** rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – si conferma superiore rispetto alle altre Regioni (soprattutto quella registrata presso la USL Umbria 2 e presso l'AO di Terni che ottengono performance scarse). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che può indirettamente monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si contrae ulteriormente rispetto al 2016, allineando il valore umbro con quello delle altre Regioni.

In merito alla **capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie**, il livello di copertura vaccinale resta complessivamente migliore rispetto alle altre Regioni. I programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione. Da rilevare una riduzione sia dell'adesione allo screening coloretale presso la USL Umbria 1, sia dell'estensione dello screening della cervice uterina in tutta la Regione. Nell'ambito della prevenzione collettiva, la **gestione della sicurezza sul lavoro** fa registrare una delle migliori performance fra le Regioni del Network, con una soddisfacente copertura del territorio. Per quanto riguarda il **governo e la qualità dell'offerta**, il contenuto tasso di ospedalizzazione (139.7 ricoveri per 1.000 residenti) conferma la capacità del sistema umbro di gestire la domanda di ricovero in modo complessivamente adeguato. Sia la gestione della casistica medica, sia quella della casistica chirurgica si confermano appropriate. Nonostante si registri l'incremento della percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore (in rapporto alle fratture operate) presso l'AO di Terni (l'Azienda passa da 40.7% a 62.3%) e l'ottimale livello raggiunto degli Ospedali di Città di Castello e di Branca, l'Umbria non riesce a superare almeno il 60% (soglia PNE). La durata delle degenze si conferma complessivamente in linea con le altre Regioni, sia per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico, sia per quelli di tipo medico. La percentuale di accessi al PS, inviati al ricovero entro 8 ore, resta tra le più elevate del network (95,3%). L'integrazione ospedale-territorio è complessivamente allineata alle altre Regioni, nonostante il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali è sia superiore alla media. Per quanto attiene agli anziani assistiti in cure domiciliari va rilevata una percentuale bassa (per quanto in crescita) che va letta congiuntamente al numero elevato di prese in carico con coefficiente di intensità assistenziale maggiore di 0.13. È indispensabile, come emerge dalla tabella sottostante, migliorare nei Distretti Sanitari Umbri, la percentuale di valutazioni in tutti i casi di presa in carico in cure domiciliari.

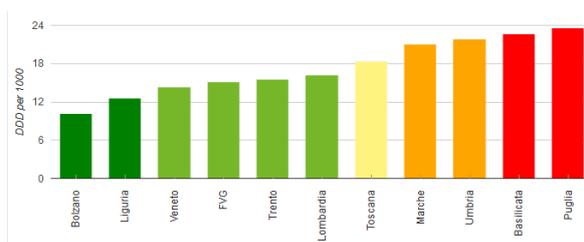


In linea con quanto indicato nel Piano Regionale della Cronicità si rende necessario per un'assistenza domiciliare di qualità aumentare il numero di accessi entro 2 giorni agli ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, al fine di dare continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili.

Per quanto riguarda l'**attività diagnostica**, si riscontra ancora un numero elevato di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente.

Sul versante della **governance farmaceutica**, la spesa territoriale aumenta rispetto al 2016 e registra un valore leggermente superiore rispetto alle altre Regioni (179,6 Euro pro capite). Se la Regione Umbria si attestasse ai valori della Regione con la performance migliore (151,2 Euro pro capite) si potrebbe ottenere un consistente recupero di costi. Una maggiore attenzione alla prescrizione di talune categorie di farmaci (quali inibitori di pompa protonica e antibiotici) potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza, mentre i risultati in termini di compliance e di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore) sono complessivamente buoni. Maggiore attenzione andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma non ancora adeguata. Particolare attenzione va posta al consumo degli antibiotici. L'Umbria presenta infatti performance scarse in confronto alle altre Regioni nel consumo di antibiotici sul territorio.

C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio – Anno 2017



In merito all'appropriatezza prescrittiva per alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa, l'Umbria fa registrare una performance scarsa nel confronto con le altre Regioni. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inapproprietezza.

C9 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica – Anno 2017



Anche il **percorso materno-infantile** restituisce risultati complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni anche se è doveroso scendere sotto il valore del 20% per il taglio cesareo depurato (20,69%). In riferimento all'assistenza in età pediatrica, si segnala in particolare la contrazione del tasso di tonsillectomie che comunque necessita di ulteriori miglioramenti.

Si registrano significativi miglioramenti rispetto alla **gestione del percorso oncologico**: è evidente il processo di concentrazione della casistica per il trattamento chirurgico di tumore maligno alla mammella, mentre andrebbero ancora fatti ulteriori sforzi per quanto concerne il trattamento del tumore maligno alla prostata. Pur restando sopra la media, si riducono i tempi di attesa per il tumore maligno al retto. Da rilevare una scarsa copertura da parte della rete delle cure palliative che va migliorata.

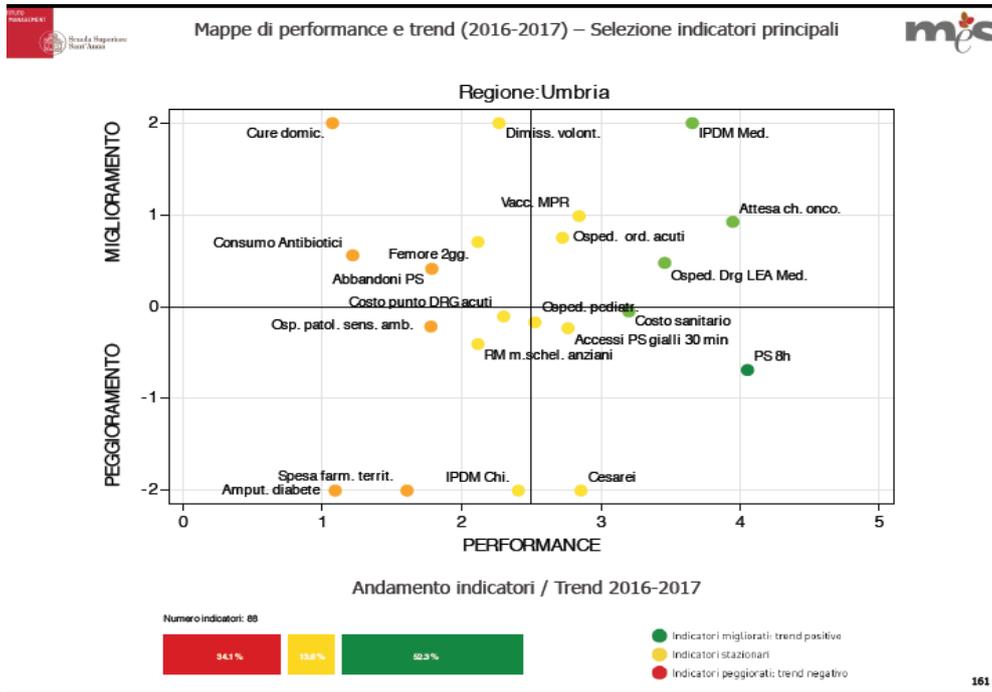
PAROLE CHIAVE

Consumo antibiotici superiore alla media nazionale

Complessivamente i **tassi di ospedalizzazione per patologie croniche** sono in linea con le altre Regioni; va comunque prestata maggiore attenzione alla gestione del diabete, che registra da una parte un tasso di ospedalizzazione in significativa contrazione, ma, dall'altra, un incremento del numero di amputazioni maggiori (indicatore calcolato su base triennale).

Venendo infine al **percorso Emergenza-Urgenza**, sia i tempi di attesa in Pronto Soccorso che il tasso di accessi si confermano complessivamente allineati alla media del network. La percentuale di abbandoni, pur molto variabile tra le strutture umbre, va assolutamente ridotta e allineata ai valori inferiori del network.

Di seguito la mappa 2017 dei risultati dei vari obiettivi che mostra un miglioramento del 52,3% degli indicatori, rispetto al 2016.



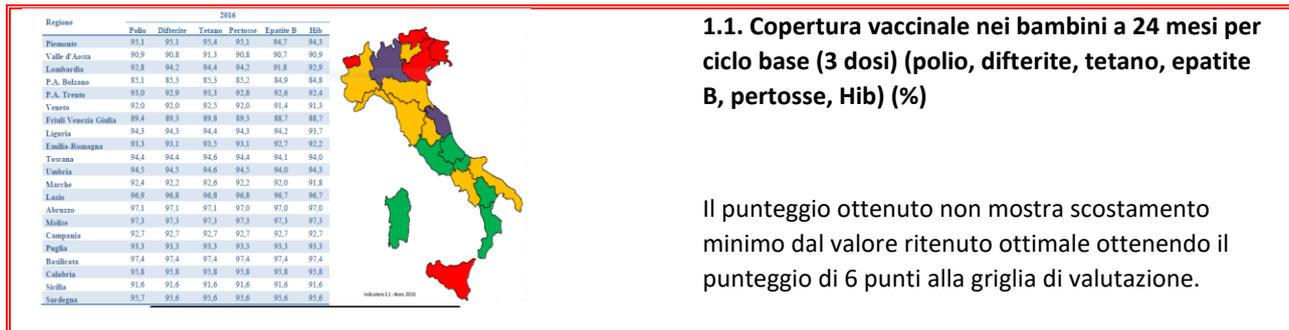
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

LE PERFORMANCE DELLA PREVENZIONE

Sul versante della Prevenzione molti indicatori sono migliorati nei diversi territoriali e si riportano di seguito sinteticamente le valutazioni ottenute con i LEA e il MeS.

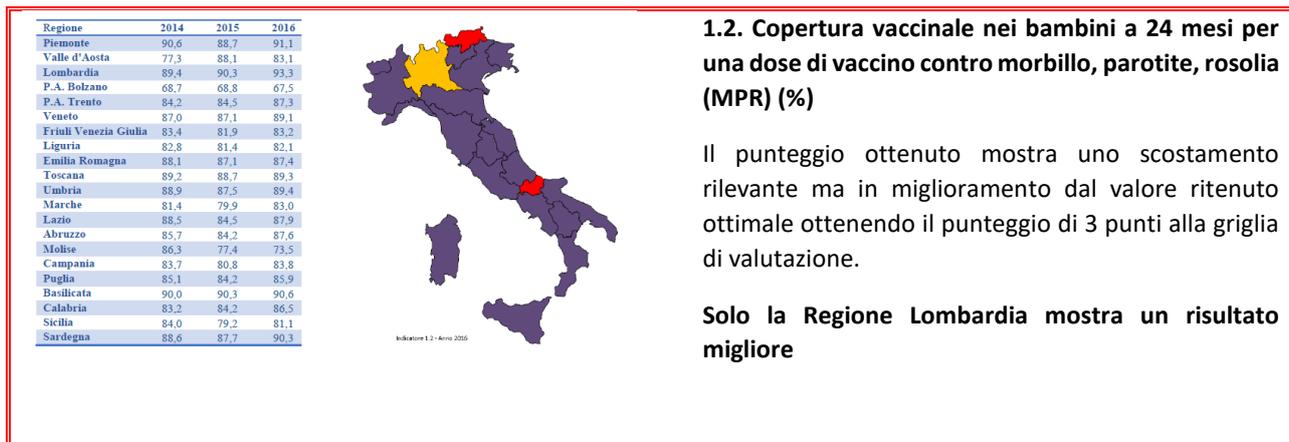
Valutazione Griglia LEA

Di seguito si riportano i risultati degli indicatori della prevenzione della verifica degli adempimenti LEA nel confronto con tutte le regioni italiane per l'anno 2016, ultimo dato pubblicato dal Ministero della Salute.



1.1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (%)

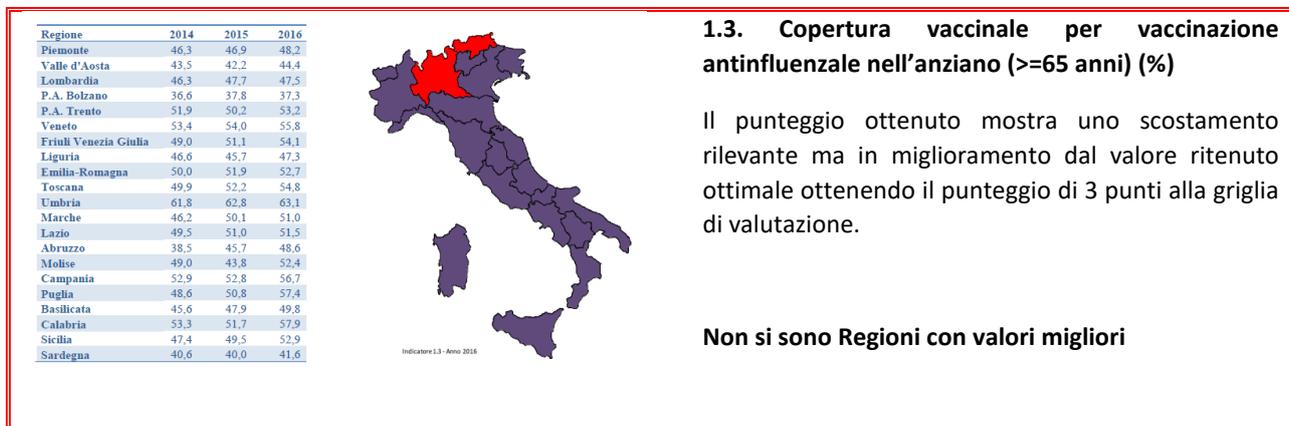
Il punteggio ottenuto non mostra scostamento minimo dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio di 6 punti alla griglia di valutazione.



1.2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (%)

Il punteggio ottenuto mostra uno scostamento rilevante ma in miglioramento dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio di 3 punti alla griglia di valutazione.

Solo la Regione Lombardia mostra un risultato migliore



1.3. Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) (%)

Il punteggio ottenuto mostra uno scostamento rilevante ma in miglioramento dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio di 3 punti alla griglia di valutazione.

Non si sono Regioni con valori migliori

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	7,0	7,0	11,0
Valle d'Aosta	15,0	15,0	15,0
Lombardia	9,0	11,0	9,0
P.A. Bolzano	9,0	9,0	9,0
P.A. Trento	13,0	13,0	13,0
Veneto	15,0	15,0	15,0
Friuli Venezia Giulia	13,0	15,0	15,0
Liguria	7,0	9,0	9,0
Emilia-Romagna	15,0	15,0	15,0
Toscana	13,0	13,0	13,0
Umbria	11,0	13,0	13,0
Marche	9,0	9,0	9,0
Lazio	3,0	5,0	7,0
Abruzzo	5,0	7,0	9,0
Molise	7,0	7,0	7,0
Campania	3,0	3,0	3,0
Puglia	2,0	2,0	2,0
Basilicata	13,0	11,0	9,0
Calabria	1,0	1,0	2,0
Sicilia	3,0	3,0	3,0
Sardegna	5,0	5,0	5,0



Indicatore 2 - Anno 2016

2. Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score)

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	5,32	5,22	5,57
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	6,61
Lombardia	6,20	6,50	6,40
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	n.d.	4,94	4,98
Veneto	5,40	5,70	5,80
Friuli Venezia Giulia	n.d.	n.d.	5,20
Liguria	5,35	5,50	5,91
Emilia-Romagna	10,20	10,10	9,80
Toscana	9,45	10,15	9,00
Umbria	7,50	7,60	7,80
Marche	5,30	5,90	5,70
Lazio	5,37	5,40	5,04
Abruzzo	5,20	5,40	5,50
Molise	6,97	6,43	5,30
Campania	5,97	6,81	5,36
Puglia	5,10	5,03	5,30
Basilicata	9,20	11,40	10,60
Calabria	5,32	5,77	6,03
Sicilia	5,21	6,00	5,03
Sardegna	n.d.	n.d.	6,72



Indicatore 4 - Anno 2016

4. Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	100,0	100,0	136,8
Valle d'Aosta	96,0	100,0	177,1
Lombardia	100,0	100,0	134,3
P.A. Bolzano	100,0	100,0	141,0
P.A. Trento	100,0	100,0	63,2
Veneto	100,0	100,0	123,5
Friuli Venezia Giulia	71,3	79,7	111,6
Liguria	100,0	100,0	109,9
Emilia-Romagna	100,0	100,0	98,4
Toscana	100,0	100,0	121,9
Umbria	100,0	100,0	111,6
Marche	100,0	100,0	100,0
Lazio	99,7	100,0	110,2
Abruzzo	76,6	100,0	95,9
Molise	96,3	100,0	113,3
Campania	94,3	100,0	103,6
Puglia	82,6	100,0	169,5
Basilicata	100,0	100,0	127,0
Calabria	100,0	100,0	107,0
Sicilia	100,0	100,0	162,0
Sardegna	100,0	100,0	124,3



Indicatore 5.3 - Anno 2016

5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	127,1	122,0	127,0
Valle d'Aosta	140,0	131,3	150,0
Lombardia	124,7	122,8	127,0
P.A. Bolzano	139,7	151,2	139,0
P.A. Trento	100,0	110,1	103,0
Veneto	116,9	123,1	116,0
Friuli Venezia Giulia	92,4	107,0	102,0
Liguria	127,4	139,0	158,0
Emilia-Romagna	150,2	141,8	178,0
Toscana	106,8	157,7	137,0
Umbria	138,3	170,2	207,0
Marche	133,3	183,3	196,0
Lazio	157,6	265,6	158,0
Abruzzo	117,6	118,0	94,0
Molise	100,0	118,1	150,0
Campania	135,2	132,9	129,0
Puglia	97,8	100,2	96,0
Basilicata	93,5	95,1	94,0
Calabria	96,5	112,1	109,0
Sicilia	98,4	99,7	120,0
Sardegna	93,3	136,8	168,0



Indicatore 6.1 - Anno 2016

6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del PNR di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	67,6	63,0	65,2
Valle d'Aosta	127,2	179,1	178,1
Lombardia	70,3	70,9	60,5
P.A. Bolzano	95,0	96,5	89,9
P.A. Trento	97,3	100,1	97,0
Veneto	112,1	112,8	124,6
Friuli Venezia Giulia	65,7	69,5	69,3
Liguria	74,7	68,8	101,7
Emilia-Romagna	99,1	67,1	60,0
Toscana	68,7	48,6	45,8
Umbria	79,8	64,5	53,6
Marche	64,3	78,9	90,3
Lazio	61,3	67,5	94,0
Abruzzo	78,0	89,2	76,8
Molise	177,0	141,2	164,5
Campania	121,1	129,0	129,6
Puglia	109,6	137,0	112,7
Basilicata	123,1	151,8	144,4
Calabria	120,8	112,8	119,5
Sicilia	120,4	124,5	137,8
Sardegna	133,8	125,2	135,2



6.2 Somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pub. e coll.) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pub. e coll.) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95

Il punteggio ottenuto mostra uno scostamenti rilevante ma in miglioramento dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio di 3 punti alla griglia di valutazione.

Valutazione Indicatori MeS

Di seguito si riportano i risultati degli indicatori relativi alla prevenzione nel confronto con le 12 Regioni e Province Autonome che aderiscono al Network

Vaccinazioni



Performance media

B7.1 Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti. Regioni – Dati 2017

Non ci sono performance migliori fra le Regioni del Network e, considerando le coperture di tutte le regioni, l'Umbria risulta la seconda regione con la copertura più elevata



Performance scarsa

B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani. Regioni – Dati 2017

Non ci sono performance migliori fra le Regioni del Network e considerando le coperture di tutte le regioni, l'Umbria risulta quella con la copertura più elevata



Performance media

B7.5 Grado di copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi. Regioni – Dati 2017

Non ci sono performance migliori fra le Regioni del Network e, considerando le coperture di tutte le regioni, l'Umbria risulta la quarta regione con la copertura più elevata

Screening oncologici

Mammella – inviti e adesioni

B5.1.1 Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio in età compresa tra i 50 e i 69 anni nei due anni oggetto della rilevazione. Regioni – Dati 2016- 2017



Performance buona

B5.1.2 Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate. Regioni – Dati 2017



Performance buona

Cervice uterina – inviti e adesioni

B5.2.1 Percentuale di persone invitate allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio in età compresa tra i 25 e i 64 anni nei due anni oggetto della rilevazione. Regioni – Dati 2015- 2017



Performance pessima

B5.2.2 Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate. Regioni – Dati 2017



Performance buona

* Nel periodo 2013-2017, si è passati dall’offerta del pap-test con cadenza triennale a tutte le donne tra i 25 e i 64 anni all’offerta del test HPV con cadenza quinquennale per le donne tra i 35 e i 64 anni. Questo complesso passaggio, avvenuto gradualmente e per territori, ha fatto sì che nel 2017 le donne da invitare fossero molto poche e questo ha “inficiato” il dato Mes.

Colon retto – inviti e adesioni

B5.3.1 Percentuale di donne invitate allo screening colo-rettale rispetto alla popolazione bersaglio in età compresa tra i 50 e i 70 anni nei due anni oggetto della rilevazione. Regioni – Dati 2016- 2017



Performance buona

B5.3.2 Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening colo-rettale rispetto alle persone invitate. Regioni – Dati 2017



Performance scarsa

ASSISTENZA DISTRETTUALE

DATI DI ATTIVITÀ E INDICATORI

Di seguito si riportano i principali dati di attività e indicatori relativi all'assistenza domiciliare, all'assistenza anziani e alla residenzialità in RSA. Tutti gli altri dati relativi alle altre attività assistenziali territoriali (disabili adulti, disabili minori, psichiatria, dipendenze, cure palliative e attività consultoriali) si rimanda ai capitoli specifici. I valori in esame costituiscono la base informativa per pianificare un modello aggiornato di rete assistenziale territoriale regionale.

Assistenza ADI – Anno 2017

Dati di Attività	USL UMBRIA 1 Anno 2017	USL UMBRIA 2 Anno 2017
N. casi totali ADI	6.615	5.047
% anziani in C.D. con valutazione sulla popolazione. anziana (>= 65 aa) (B28.1.2)	5,01	4,17
N. accessi ADI	193.597	240.344

Assistenza Anziani – Anno 2017

Dati di Attività	USL UMBRIA 1 Anno 2017	USL UMBRIA 2 Anno 2017
N. ammissioni CD a gestione diretta nel periodo	77	74
N. giornate di presenza in C.D. anziani	22.692	19.699
N. utenti presenti inizio anno RP a gestione diretta	83	134
N. ammissioni RP a gestione diretta nel periodo	37	46
N. giornate presenza RP a gestione diretta nel periodo	30.364	49.420

Assistenza RSA – Anno 2017

Dati di Attività	USL UMBRIA 1 Anno 2017	USL UMBRIA 2 Anno 2017
N. ammissioni RSA a gestione diretta nel periodo	1.300	552
N. giornate presenza RSA a gestione diretta nel periodo	49.161	20.278

Di seguito si riportano i dati riferiti alle dimissioni protette gestite in maniera informatizzata da gennaio ad ottobre 2018 nelle 2 Aziende, tenendo presente che fanno riferimento a pazienti con i seguenti criteri di inclusione:

- Età > 75 anni
- Presenza di più di 2 ricoveri nell'ultimo mese
- Essere già in carico ai servizi territoriali (sociali o sanitari)
- Vivere da solo
- Presenza di nutrizione artificiale
- Presenza di patologie cronico-degenerative scompensate
- Presenza di deficit funzionali
- Persone ricoverate per fratture o interventi ortopedici
- Persone in cure terminali o in fase di fine vita
- Persone affette da demenza o patologie neurologiche
- Persone con esiti invalidanti di interventi chirurgici

• N. dimissioni protette in maniera informatizzata da gennaio a ottobre 2018

	N. DIMISSIONI PROTETTE	N. RICOVERI	% D.P. SU TOT. RICOVERI
Usl Umbria 1 (COT- Perugia)	1.118	20.862	5 %
Usl Umbria 2 (PUA)	1.211	31.067	4%

Allo stato attuale i dati si riferiscono alla COT attivata sperimentalmente nel Distretto del Perugino della USL Umbria 1 relativi alle dimissioni protette richieste dalle unità di degenza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e a quelli riferiti ai PUA attivi nella USL Umbria 2.

N. Persone Non Autosufficienti assistite in Umbria per tipologia di fabbisogno e livello di gravità – Anno 2017 (Fonte Dati: Clausola Valutativa PRINA)

Anziani	Assistenza domiciliare	2226
	Semi-residenziale	407
	Residenziale	1845
	Ricoveri di Sollievo	94
	Assegno di Sollievo e Cura	181
	Altro	48
	<i>Totale</i>	<i>4801</i>
Disabili adulti	Assistenza domiciliare	726
	Semi-residenziale	664
	Residenziale	291
	Progetti inserimento lavorativo	238
	Assegno di Sollievo e Cura	177
	Altro	67
	<i>Totale</i>	<i>2163</i>
Minori	Assistenza domiciliare	1931
	Semi-residenziale	220
	Residenziale	25
	Assegno di Sollievo	139
	Assistenza scolastica	737
	Altro	39
	<i>Totale</i>	<i>3091</i>
Psichiatria	Assistenza domiciliare	199
	Inserimento lavorativo	199
	Residenziale	282
	Semi-residenziale	217
	Altro	0
	<i>Totale</i>	<i>897</i>

DATI DI ATTIVITÀ DELLA SALUTE MENTALE

Di seguito si riportano i principali dati relativi alle attività della Salute Mentale.

DATI CSM 2017

	UTENTI	PREAZIONI AMBULATORIALI	PRESTAZIONI DOMICILIARI	PRESTAZIONI ALTRE SEDI (*)	TOTALE PRESTAZIONI
CENTRO DI SALUTE MENTALE	N.	N.	N.	N.	N.
CSM TERRITORIO ALTO CHIASCIO	2.303	23.692	3.784	8.850	36.326
CSM TERRITORIO ALTO TEVERE	1.782	21.191	5.630	9.852	36.673
CSM TERRITORIO ASSISI	1.617	14.319	3.801	2.191	20.311
CSM TERRITORIO MVT	1.283	18.995	5.417	955	25.367
CSM TERRITORIO PERUGINO	4.426	65.318	23.026	5.378	93.722
CSM TERRITORIO TRASIMENO	1.401	16.151	2.766	7.038	25.955
TOTALE USL UMBRIA N. 1	12.812	159.666	44.424	34.264	238.354
CSM TERRITORIO TERNI	2.051	34.495	4.967	17.799	57.261
CSM TERRITORIO FOLIGNO	1.770	34.608	5.933	8.860	49.401
CSM TERRITORIO NARNI AMELIA	740	8.929	1.969	1.393	12.291
CSM TERRITORIO SPOLETO	844	20.054	4.218	8.438	32.710
CSM TERRITORIO ORVIETO	1.096	14.808	4.654	1.738	21.200
CSM TERRITORIO VALNERINA	426	7.875	1.403	2.907	12.185
TOTALE USL UMBRIA N. 2	6.927	120.769	23.144	41.135	185.048
TOTALE REGIONE UMBRIA	19.739	280.435	67.568	75.399	423.402

* In altro luogo (altra struttura DSM, altro luogo territorio, ospedale generale)

DATI STRUTTURE RESIDENZIALI**UTENTI E GIORNATE ASSISTENZIALI ANNO 2017**

AZIENDA	DISTRETTO	PL	UTENTI	GG ASSISTENZA	GG PRO CAPITE
USL 1	ALTO CHIASCIO	20	46	5.695	124
USL 1	ALTO TEVERE	40	51	12.759	250
USL 1	PERUGINO	123	132	36.596	277
USL 1	TRASIMENO	40	43	13.626	317
USL 1	MEDIA VALLE DEL TEVERE	41	161	13.782	86
USL 1	ASSISI	54	55	14.415	262
TOTALE USL UMBRIA 1		318	313	96.873	199
USL 2	TERNI	114	128	37.207	291
USL 2	FOLIGNO	33	38	8.606	226
USL 2	NARNI AMELIA	27	34	9.138	269
USL 2	SPOLETO	22	24	5.884	245
USL 2	ORVIETO	71	85	23.318	274
USL 2	VALNERINA	8	10	2.064	206
TOTALE USL UMBRIA 2		275	319	86.217	270
TOTALE REGIONE UMBRIA		593	807	183.090	227

DATI STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

UTENTI E GIORNATE ASSISTENZIALI ANNO 2017

AZIENDA	DISTRETTO	POSTI	UTENTI	GIORNATE DI ASSISTENZA	GIORNATE PRO CAPITE
USL 1	ALTO CHIASCIO	15	88	3.831	44
USL 1	ALTO TEVERE	15	31	3.723	120
USL 1	PERUGINO	56	68	11.036	162
USL 1	TRASIMENO	15	40	504	13
USL 1	MEDIA VALLE DEL TEVERE	30	108	5.140	48
USL 1	ASSISI	57	65	11.770	181
TOTALE USL UMBRIA 1		188	400	36.004	90
USL 2	TERNI	85	106	16.721	158
USL 2	FOLIGNO	40	68	5.677	83
USL 2	NARNI AMELIA	10	17	1.738	102
USL 2	SPOLETO	10	19	244	13
USL 2	ORVIETO	10	12	1.128	94
USL 2	VALNERINA	0	0	-	
TOTALE USL UMBRIA 2		155	222	25.508	115
TOTALE REGIONE UMBRIA		343	622	61.512	99

DATI SPDC

I ricoveri intraregionali passano da 1.118 a 1.089, con una riduzione complessiva di 29 casi pari ad una riduzione del 2,59%. La degenza media passa da 14,4 a 13,1 con recupero di 1,3 giornata di degenza in media a ricovero.

I ricoveri extraregionali passano da 325 a 289 con una riduzione complessiva di 27 casi pari ad una riduzione del 8,31%

SPDC	P.L	2015				2016			
		Ricoveri ordinari	Ricoveri DH	Tot.	Degenza media	Ricoveri ordinari	Ricoveri DH	Tot.	Degenza media
Perugia	17	378	-	378	16,2	450	-	450	12,8
Foligno	12	190	300	490	16,0	192	213	405	15,4
Terni	11	250	-	250	10,4	232	2	234	11,9
TOTALE REGIONE UMBRIA	40	818	300	1.118	14,4	874	215	1.089	13,1
Extra Regione				325				298	

L'analisi effettuata sull'utilizzo delle risorse dedicate in modo specifico alla Salute Mentale nel corso del 2017 evidenzia che sono leggermente superiori al 4% del Fondo Sanitario Regionale.

La Salute Mentale Umbra nei Rapporti Nazionali

Di seguito vengono riportati i rapporti nazionali pubblicati per la Salute Mentale, con le aree che a livello regionale necessitano di azioni di miglioramento.

“Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2016” a cura del Ministero della Salute

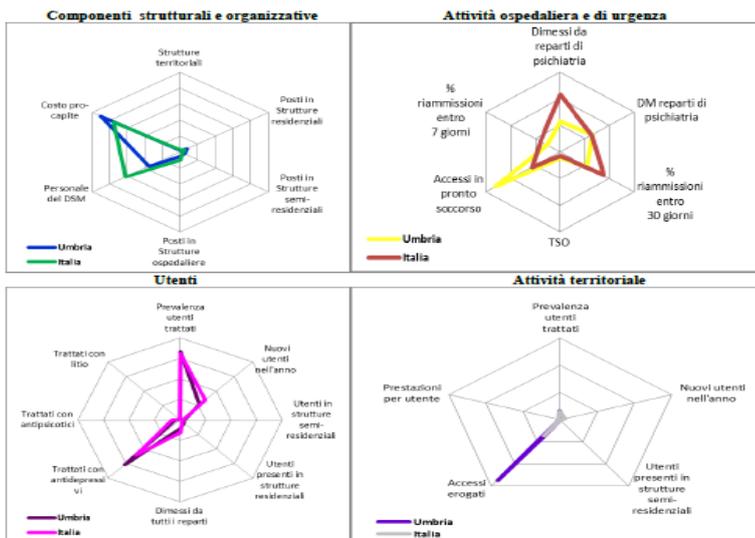
Nel “Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2016” vengono illustrati nel dettaglio i principali dati sull’utenza, le attività e il personale dei Servizi di Salute Mentale in Italia, riferiti all’anno 2016.

Il rapporto, che delinea i tratti principali dei servizi di salute mentale, include la rappresentazione grafica di un selezionato numero di indicatori che descrivono per ogni regione, rispetto ai parametri nazionali, sia le componenti organizzative e strutturali dell’area salute mentale, che l’attività assistenziale offerta dai servizi.

I dati riguardanti il ricovero ospedaliero per patologie psichiatriche, in particolare il ricovero ripetuto entro 7 giorni (5,0 % Umbria versus 7,8 % media Italia) - che può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera - e il ricovero ripetuto entro 30 giorni (10,9 % Umbria versus 17,7% media Italia) - che dimostra una scarsa integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali (ridotta presa in carico da parte dei centri di salute mentale) - collocano l’Umbria fra le Regioni con migliore standard. Tale andamento viene anche confermato dai report 2016 e 2017 del MeS (Laboratorio Management e Sanità - Sant’Anna di Pisa). Nel 2016 il tasso di ricovero nazionale in reparti psichiatrici pubblici della popolazione oltre 17 anni di età è 2,1 ricoveri all'anno per mille abitanti. Tale indicatore varia nelle diverse regioni, in base alla differente offerta assistenziale, presentando, con riferimento all’anno 2016, valori più elevati nella P.A. di Bolzano ed in Liguria e valori più bassi in Friuli Venezia Giulia, Campania e Umbria (1,2).

Di seguito si riporta la rappresentazione grafica della Regione Umbria.

Regione UMBRIA



Indicatori	Umbria	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2,1	2,6
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	7,8	5,2
Posti in strutture psichiatriche semi-residenziali per 10.000 abitanti	4,6	2,8
Posti in strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	5,3	9,9
Personale del dipartimento di salute mentale per 1.000 abitanti	35,6	62,4
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	90,0	75,5
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	11,3	21,5
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	13,1	12,7
% riammissioni entro 30 giorni	10,9	17,7
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	2,4	1,6
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	26,1	13,4
% riammissioni entro 7 giorni	5,0	7,8
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	20,5	31,1
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	166,7	160,9
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	53,3	68,9
Utenti presenti in strutture semi-residenziali per 10.000 abitanti	8,2	5,6
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 abitanti	10,5	6,3
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	153,6	122,5
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	10,4	16,1
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	1,5	1,8
Accessi erogati in strutture semi-residenziali per 10.000 abitanti	1369,2	365,8
Prestazioni per utente in DSM	13,3	15,4

Qui di seguito vengono identificate le aree verso cui intervenire prioritariamente per il miglioramento delle performance e allinearsi con le medie nazionali:

Dotazione Posti Letto

La dotazione di posti letto per ricoveri per acuzie è inferiore alla media nazionale. Si rileva altresì una maggiore dotazione rispetto alla media italiana dei posti per l'assistenza diurna e residenziale. Sommando i 3 valori (ospedalieri, residenziali e semiresidenziali) l'Umbria conta 17,7 posti contro i 17,9 della media Italiana. Si è infatti privilegiata la presa in carico dei pazienti prevalentemente attraverso percorsi extraospedalieri a forte caratterizzazione riabilitativa.

In ogni caso si prevede, come più avanti descritto, l'ampliamento dei posti letto negli SPDC e l'attivazione di strutture residenziali a degenza breve e ad alta intensità assistenziale per inserimento di pazienti che necessitano di riabilitazione psichiatrica intensiva o per pazienti dimessi dagli SPDC.

I Trattamenti Sanitari Obbligatorii - TSO

Per quanto attiene i TSO il dato rileva che nei casi trattati in Umbria presso gli SPDC si passa dai 184 casi del 2016 ai 210 del 2017 con un incremento di 26 casi pari al 14,13%. Il Tasso standardizzato per 10.000 abitanti vale 2,4 per l'Umbria versus il 1,6 per l'Italia. Si rende necessario attuare politiche per ridurre il numero di TSO e allineare l'Umbria al tasso standardizzato italiano.

Visite Post-Dimissioni

Una analisi diretta dei dati relativi nei vari territori ha permesso di rilevare una percentuale delle visite assolutamente in linea con il dato nazionale. In ogni caso è necessario migliorare l'alimentazione corretta dei flussi informativi SISM.

Accessi di Pronto Soccorso

Il rapporto rileva che gli accessi al Pronto Soccorso - PS in Umbria per malattie psichiatriche sono circa il doppio della media nazionale. L'analisi dei dati rileva tuttavia che questo dato è solo apparente, in quanto dei 19.693 accessi un numero pari a 16.796 appartiene alla categoria 04 - Sindromi nevrotiche e somatoformi, pari all'85,29% della casistica.

Regione	01 - Schizofrenia e altre psicosi funzionali	02 - Mania e disturbi affettivi bipolari	03 - Depressione	04 - Sindromi nevrotiche e somatoformi	05 - Disturbi della personalità e del comportamento	06 - Alcolismo e tossicomanie	07 - Demenze e disturbi mentali organici	08 - Ritardo mentale	09 - Altri disturbi psichici	TOTALE
UMBRIA casi	247	27	550	16.796	75	964	257	1	776	19.693
ITALIA casi	43.055	8.761	30.701	274.363	15.018	41.081	51.383	401	110.653	575.416

Per tutte le altre categorie l'Umbria si colloca sempre al di sotto della media nazionale.

Regione	01 - Schizofrenia e altre psicosi funzionali	02 - Mania e disturbi affettivi bipolari	03 - Depressione	04 - Sindromi nevrotiche e somatoformi	05 - Disturbi della personalità e del comportamento	06 - Alcolismo e tossicomanie	07 - Demenze e disturbi mentali organici	08 - Ritardo mentale	09 - Altri disturbi psichici
UMBRIA distribuzione percentuale	1,3%	0,1%	2,8%	85,3%	0,4%	4,9%	1,3%	0,0%	3,9%
ITALIA distribuzione percentuale	7,5%	1,5%	5,3%	47,7%	2,6%	7,1%	8,9%	0,1%	19,2%

Dai dati del rapporto è evidente che la categoria n. 04 è quella che, rispetto a tutte le altre meno condiziona la necessità di un ricovero ospedaliero, con una percentuale pari al 6,11.

	01 - Schizofrenia e altre psicosi funzionali	02 - Mania e disturbi affettivi bipolari	03 - Depressione	04 - Sindromi nevrotiche e somatoformi	05 - Disturbi della personalità e del comportamento	06 - Alcolismo e tossicomanie	07 - Demenze e disturbi mentali organici	08 - Ritardo mentale	09 - Altri disturbi psichici
ITALIA	48,28	46,43	32,80	6,11	24,86	9,05	12,75	27,43	9,39

Da un'analisi sulla tipologia di dimissioni da PS, si è potuto riscontrare che nella maggior parte di casi si tratta di accessi singoli, di pazienti non seguiti dai servizi di Salute Mentale, con una diagnosi ascrivibile alla Psichiatria, che non necessitano di ricovero ospedaliero. Tale analisi condotta sulla casistica indica quindi la necessità di un aggiornamento formativo rivolto al personale di PS, al fine di un miglioramento qualitativo della codifica delle diagnosi di dimissioni.

Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica

Il rapporto rileva un costo pro-capite più alto rispetto alla media nazionale (Umbria € 90,00 versus Italia € 75,5). Questo dato merita approfondimenti specifici per individuare le aree/settori che determinano costi superiori.

Personale

Il rapporto evidenzia il dato relativo alle figure professionali che operano nel DSM che per l'Umbria registra un valore molto inferiore a quello nazionale (35.6/1000 ab: dato Umbro vs 62.4 dato nazionale).

Riguardo alle figure professionali di riferimento (Psichiatra, Psicologo) queste risultano in linea con la media nazionale; si registrano invece valori sotto la media nazionale per il personale infermieristico, OSS, e assistenti sociali. Del tutto assenti risultano invece le figure di Tecnici della Riabilitazione psichiatrica ed Educatori. Da considerare però che in Umbria nelle strutture a gestione diretta queste figure professionali sono presenti come servizi esternalizzati. Occorrerà quindi approfondire la presenza delle professionalità nell'ambito dei servizi che la Regione esternalizza a privati nelle strutture a gestione diretta, quali quelli relativi alla semi e alla residenzialità (es.

cooperative sociali), anche in considerazione del fatto che il costo pro capite per l'assistenza psichiatrica è in Umbria superiore alla media nazionale.

Va anche sottolineato, inoltre, che nel 2016 tale rilevazione non prendeva in considerazione le strutture private convenzionate cosa poi prevista per il 2017.

Stato di salute mentale della popolazione presentati dal rapporto Osserva Salute 2017

Consumo farmaci antidepressivi

In Umbria nel 2016 si registra un consumo di farmaci antidepressivi tra i più alti in Italia, al terzo posto dopo la Toscana. Il dato regionale, similmente a quello nazionale, presenta un trend in forte crescita da 32,62 DDD rilevate nel 2006 a 52,06 DDD nel 2016.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età per regione - Anni 2006-2016

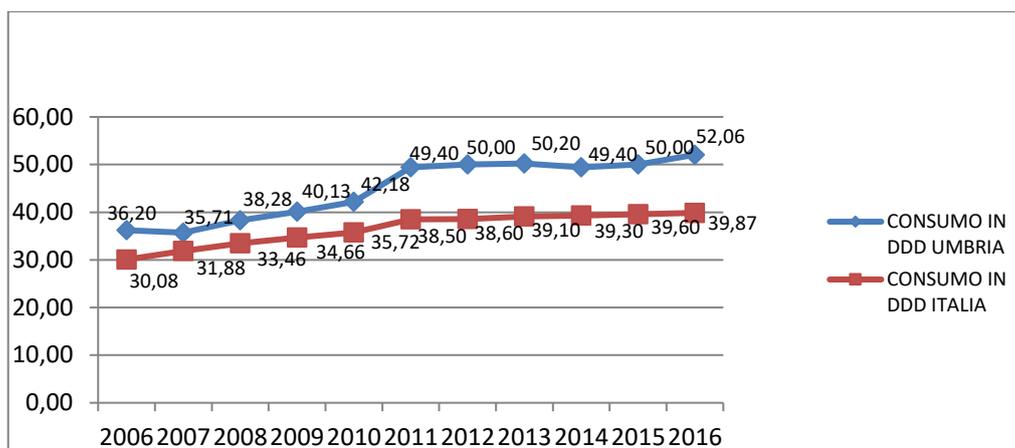
Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	41,90	42,40	43,30	43,60	43,80	45,40
Valle d'Aosta	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	37,40	36,60	37,90	38,70	38,40	38,22
Lombardia	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	34,90	35,50	36,20	36,80	37,30	37,73
Bolzano-Bozen	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	51,10	51,80	53,10	53,30	54,30	53,63
Trento	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	36,80	37,20	37,90	38,50	38,80	39,02
Veneto	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	36,50	37,00	37,40	37,50	38,00	37,91
Friuli Venezia Giulia	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	32,50	33,00	33,70	33,50	33,40	33,74
Liguria	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	51,10	50,60	51,40	51,30	51,40	53,09
Emilia-Romagna	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	48,50	48,90	49,50	49,40	49,60	49,24
Toscana	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	59,30	58,90	58,90	59,50	59,60	60,96
Umbria	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	49,40	50,00	50,20	49,40	50,00	52,06
Marche	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	39,70	39,20	40,20	40,60	41,00	42,41
Lazio	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	36,00	35,70	35,80	34,80	35,20	35,24
Abruzzo	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	35,60	35,50	35,90	36,40	36,90	37,96
Molise	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,60	30,50	30,50	32,60	31,50	31,95
Campania	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	29,30	29,20	29,80	30,50	31,00	30,59
Puglia	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	30,30	30,30	30,90	31,20	31,40	31,33
Basilicata	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	29,80	29,50	29,90	30,30	30,80	31,42
Calabria	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	34,90	35,50	36,40	37,0	37,30	37,57
Sicilia	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	32,10	31,50	31,40	31,20	31,50	31,58
Sardegna	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	44,30	44,10	43,80	44,00	44,20	44,12
Italia	30,08	31,88	33,46	34,66	35,72	38,50	38,60	39,10	39,30	39,60	39,87

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. Elaborazioni dati su flusso OsMed e della tracciabilità del farmaco. Anno 2017.

OSSERVASALUTE 2017 Validità e limiti. I risultati forniti dall'indicatore presentato vanno interpretati con cautela e tenendo in considerazione i limiti di seguito esposti. Un primo fattore da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Da segnalare inoltre che sono stati inclusi nell'analisi solamente i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*.

Come evidenziato dal grafico il trend in costante aumento su scala nazionale negli ultimi anni può attribuirsi a numerose concause, tra cui: un diverso approccio culturale e una maggiore sensibilità della società nei confronti della patologia depressiva, con conseguente riduzione di una cosiddetta "stigmatizzazione" che caratterizzava tali tipi di patologie; una maggiore attenzione del Medico di Medicina Generale o anche una prescrizione inappropriata dei farmaci stessi. Pertanto si rende necessario prevedere linee guida regionali volte a garantire prescrizioni appropriate dei farmaci.

Grafico: Trend nazionale e umbro del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età – Anni 2006-2016



Suicidi

Riguardo la mortalità per suicidi, l'Umbria presenta nel 2013 e 2014 un tasso (10,62 per 100.000 ab.) superiore alla media nazionale (sesta regione in Italia). Negli stessi anni, si rileva una differenza importante del tasso di mortalità nella popolazione maschile da quello nella popolazione femminile (16,75 vs 5,07), sovrapponibile alle altre Regioni.

Si rende opportuno fare una rilevazione dei protocolli aziendali fin qui elaborati e predisporre linee guida regionali per rendere omogenea, nelle strutture ospedaliere, residenziali e carcerarie, la prevenzione del rischio suicidario.

Come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio che va, invece, visto come la risultante di molti fattori di tipo genetico, psico-sociale, biologico, individuale, culturale e ambientale; abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente correlati tra loro.

Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma debbono prevedere un approccio multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali, solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi. L'OMS sottolinea, da lungo tempo, la necessità di poter disporre di dati affidabili sui tentativi di suicidio, al fine di supportare l'implementazione di politiche nazionali di prevenzione e per valutare l'efficacia degli interventi.

LE PERFORMANCE DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Sul versante territoriale molti indicatori sono migliorati nei diversi territoriali e si riportano di seguito sinteticamente le valutazioni ottenute con i LEA e il MeS.

Valutazione Griglia LEA

Di seguito si riportano i risultati degli indicatori territoriali della verifica degli adempimenti LEA nel confronto con tutte le regioni italiane per l'anno 2016, ultimo dato pubblicato dal Ministero della Salute.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V7

8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	3,2	3,1	3,5
Valle d'Aosta	0,4	0,4	0,4
Lombardia	2,6	2,6	2,9
P. A. di Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.
P. A. di Trento	4,1	3,8	3,9
Veneto	2,8	2,3	5,1
Friuli Venezia Giulia	1,5	2,7	2,7
Liguria	3,3	3,5	3,4
Emilia Romagna	4,2	4,1	4,2
Toscana	2,8	3,0	3,5
Umbria	1,5	2,1	2,2
Marche	1,6	1,9	2,1
Lazio	1,1	1,6	1,8
Abruzzo	2,9	3,7	3,5
Molise	2,9	4,3	5,4
Campania	1,2	1,4	1,9
Puglia	1,6	2,2	3,0
Basilicata	2,1	2,2	1,9
Calabria	0,3	1,6	1,6
Sicilia	2,9	3,5	4,1
Sardegna	n.d.	n.d.	0,2



8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	21,8	22,7	24,3
Valle d'Aosta	2,0	1,7	1,4
Lombardia	35,6	27,5	26,4
P. A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.
P. A. Trento	75,1	74,8	74,6
Veneto	33,7	31,1	21,7
Friuli Venezia Giulia	23,2	21,5	21,5
Liguria	13,3	13,6	13,8
Emilia-Romagna	15,5	15,3	15,1
Toscana	15,4	12,1	9,2
Umbria	20,3	20,3	20,4
Marche	13,8	13,6	12,8
Lazio	6,2	6,0	5,9
Abruzzo	7,0	6,7	7,9
Molise	0,6	0,7	0,8
Campania	0,6	0,6	0,8
Puglia	5,7	4,9	5,2
Basilicata	2,7	3,0	1,8
Calabria	7,4	11,4	11,8
Sicilia	6,2	3,2	3,7
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.



9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	26,74	25,85	26,06
Valle d'Aosta	0,18	0,35	0,34
Lombardia	27,28	27,08	26,64
P. A. Bolzano	43,13	38,01	38,03
P. A. Trento	41,55	40,76	40,20
Veneto	27,74	28,13	28,00
Friuli Venezia Giulia	24,78	24,83	24,32
Liguria	14,58	14,51	14,49
Emilia-Romagna	15,65	15,93	15,75
Toscana	12,48	12,62	12,46
Umbria	10,79	10,18	10,32
Marche	11,21	11,41	12,02
Lazio	5,59	5,75	5,44
Abruzzo	5,56	5,66	5,70
Molise	0,50	0,55	0,57
Campania	0,91	1,25	1,37
Puglia	5,43	5,71	5,03
Basilicata	1,10	1,31	1,38
Calabria	5,81	6,22	5,62
Sicilia	1,39	1,49	1,47
Sardegna	2,02	2,04	2,17

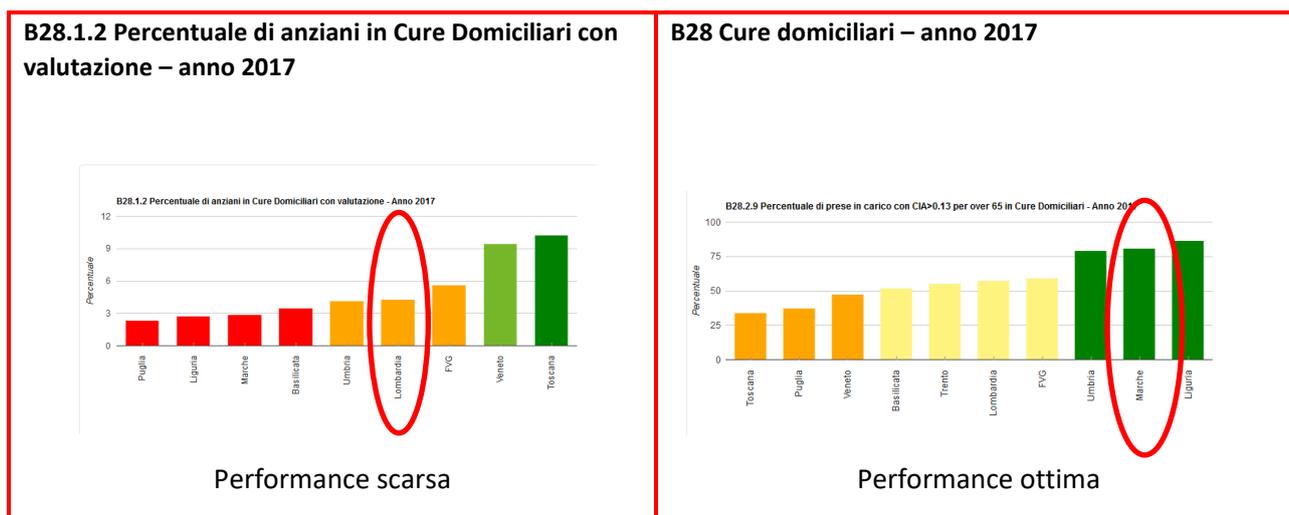
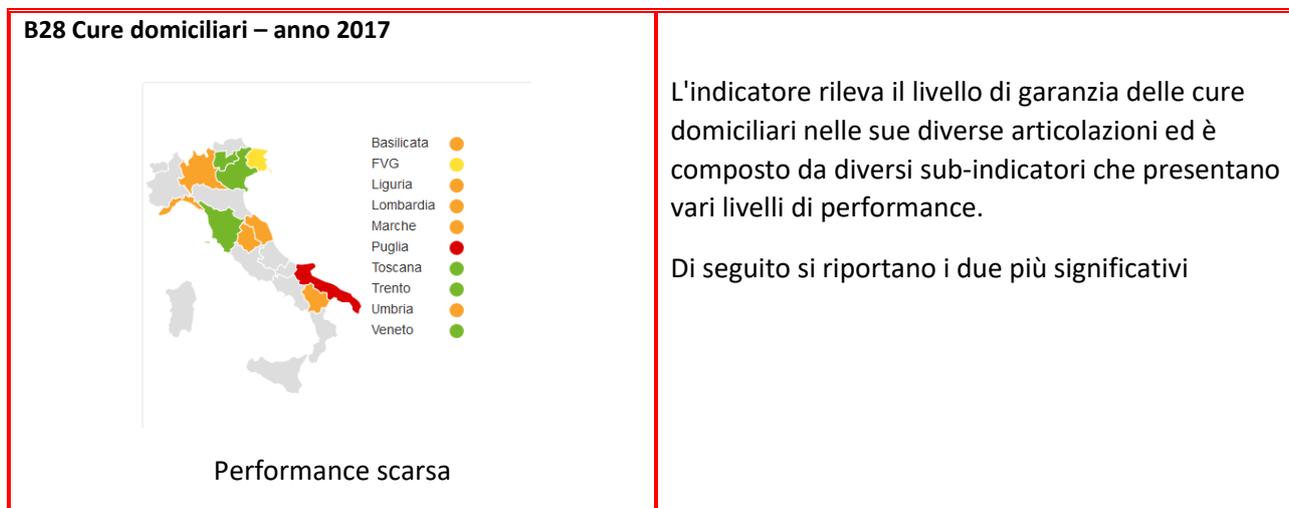


9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Valutazione Indicatori MeS

Di seguito si riportano i risultati degli indicatori relativi alle cure domiciliari nel confronto con le 12 Regioni e Province Autonome che aderiscono al Network



È evidente che mentre la percentuale di anziani presi in carico con valutazione in cure domiciliari è “scarsa” i valori di presa in carico di anziani in cura domiciliare complessivi sono pari a 12,04% (il miglior dato fra le Regioni del Network) a dimostrazione che il miglioramento va fatto sul numero delle valutazioni. Risulta ottimale la presa in carico del CIA > 0,13. Il CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a quattro accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, pertanto, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

LA CASISTICA TRATTATA

Di seguito si riportano i dati di attività e i principali indicatori dei ricoveri presso le strutture umbre. I valori in esame costituiscono la base informativa per pianificare un modello aggiornato di rete assistenziale ospedaliera regionale.

LA CASISTICA PER ACUTI

La dotazione dei posti letto (pubblici e privati) rispetta lo standard del $3,7 \times 1.000_{ab}$ comprensiva dello $0,7 \times 1.000_{ab}$ per la riabilitazione.

Tasso di Ospedalizzazione Regione Umbria – Anni 2015-2017

RICOVERI	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO	144,2	140,0	139,8
DOTAZIONE POSTI LETTO PER ACUTI	$3,1 \times 1.000_{ab}$	$3,1 \times 1.000_{ab}$	$3,2 \times 1.000_{ab}$

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato si riduce progressivamente negli anni, arrivando a 139,8 nel 2017, valore molto al di sotto dello standard fissato dal DM 70/2015 pari a $160 \times 1.000_{ab}$

Di seguito si riporta l'indice di ospedalizzazione grezzo e pesato per azienda USL relativamente ai dati dell'anno 2017.

Tasso di Ospedalizzazione stratificato per Aziende territoriali umbre – Anno 2017

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZIONE AL 1.1.2017 ISTAT	RESIDENTI DIMESSI 2017	TASSO DI OSPED. GREZZO 2017	TASSO DI OSPED. STANDARD. 2017
Azienda USL Umbria n. 1	504.155	73.461	145,7	137,9
Azienda USL Umbria n. 2	384.753	59.599	154,9	142,2
Totale	888.908	133.060	149,7	139,8

L'elaborazione è stata effettuata sul file dei dimessi del 2017, integrato con la mobilità passiva del 2016. Sono stati esclusi dalle elaborazioni i neonati sani DRG 391 ed i soggetti non a carico del SSN (onere diverso da 1, 2, 5, 6). Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è quello elaborato per gli indicatori del MES standardizzato sulla popolazione italiana del censimento 2011. Per il calcolo del tasso grezzo è stata utilizzata la popolazione ISTAT 1-1-2017.

Di seguito si riporta l'attività di ricovero effettuata nel 2017 dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

Numero ricoveri - Regione Umbria – Anno 2017

EROGATORI	RICOVERI RESIDENTI IN UMBRIA 2017	RICOVERI PER STRANIERI	RICOVERI PER PAZIENTI EXTRAREGIONE 2017	TOTALE RICOVERI 2017
Azienda USL Umbria n. 1	26.788	110	3.204	30.102
Azienda USL Umbria n. 2	29.595	164	4.263	34.022
Azienda Ospedaliera di Perugia	34.801	557	3.237	38.595
Azienda Ospedaliera di Terni	23.105	115	5.656	28.876
Case di cura private	5.181	6	3.753	8.940
Totale	119.470	952	20.113	140.535

Nell'anno 2017 sono stati effettuati complessivamente dagli Ospedali pubblici e privati 140.535 ricoveri, dei quali 119.470 (85,01%) per pazienti umbri, 20.113 (14,31%) per pazienti extraregione e 952 per stranieri (0,68%).

Di seguito si riportano le variazioni dal 2015 al 2017 (Ospedali Pubblici)

Principali indicatori e dati di attività dei ricoveri ordinari. Regione Umbria – Ospedali Pubblici -Anni 2015-2017

RICOVERI ORDINARI	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO MEDI	2.162	2.111	2.072
NUMERO DIMESSI	111.739	105.909	103.060
GIORNATE DI DEGENZA	704.948	690.404	685.497
TASSO UTILIZZO POSTI LETTO	89,3	89,6	90,6
INTERVALLO DI TURNOVER	0,8	0,8	0,7
INDICE DI ROTAZIONE	51,7	50,2	49,7
DEGENZA MEDIA	6,3	6,5	6,7
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA PROGRAMMATI	0,8	0,8	0,8
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA URGENTI	3,1	3,2	3,0
PESO MEDIO DEL DRG	1,09	1,12	1,14

Si riducono progressivamente i ricoveri ordinari e il consumo di giornate di degenza complessive. La degenza media, seppur leggermente aumentata, si attesta al 6,7 e si accompagna ad un miglioramento del tasso di utilizzo dei posti letto e questo in relazione ad una migliore appropriatezza d'utilizzo del ricovero ordinario con trasferimento della casistica potenzialmente inappropriata verso il setting diurno. La degenza media pre-operatoria dei ricoveri programmati è stabile sotto il valore di 1.

Il peso medio del DRG aumenta, passando da 1,09 del 2015 a 1,14 del 2017, il che indica un incremento della complessità della casistica trattata anche per il trasferimento dal setting di ricovero a quello ambulatoriale.

Principali indicatori e dati di attività dei ricoveri diurni. Regione Umbria – Ospedali Pubblici – Anni 2015-2017

RICOVERI DIURNI	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO	342	321	331
DIMESSI	21.593	22.608	22.807
ACCESSI TOTALI	67.471	68.166	64.420

Parallelamente alla riduzione dei ricoveri ordinari aumentano i ricoveri in regime diurno anche se diminuiscono gli accessi totali.

Progressivamente dal 2015 al 2017 diminuiscono i ricoveri complessivi del 3,61% nel 2016 rispetto al 2015 e di un ulteriore 2,06% nel 2017 rispetto al 2016.

Di seguito i dati di riferimento del 2017 per singolo Ospedale.

Principali indicatori dei ricoveri ordinari stratificati per Ospedale pubblico– Anno2017

Denominazione	Posti Letto annuali medi	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Intervallo di turn-over	Indice di rotazione	Indice di case mix
Ospedale di Città di Castello	140,4	7.598	44.273	5,8	82,5	1,3	49,6	0,97
Ospedale di Umbertide	22,5	1.100	7.598	6,9	92,5	0,6	48,9	1,03
Ospedale di Castiglione del Lago	38,0	1.835	10.759	5,9	77,6	1,7	48,3	0,96
Ospedale di Città della Pieve (*)	2,9	137	1.003	7,3	94,8	0,4	47,2	1,02
Ospedale di Assisi	37,0	1.301	8.918	6,9	66,0	3,5	35,2	0,98
Ospedale di Pantalla	58,4	3.413	18.032	5,3	79,5	1,4	52,8	0,924
Ospedale di Branca	111,1	5.826	35.962	6,2	85,0	1,1	48,7	1,04
TOTALE USL UMBRIA 1	410,3	21.210	126.545	6,0	84,5	1,1	51,7	0,99
Ospedale di Foligno	227,7	11.973	79.768	6,7	92,9	0,5	48,6	1,04
SPDC Foligno	8,5	177	2.882	16,3	92,9	1,2	20,8	
Ospedale di Spoleto	80,0	5.466	25.734	4,7	83,6	1,0	62,4	0,98
Ospedale di Norcia (°)	0,0							
Ospedale di Orvieto	96,8	5.209	28.797	5,5	78,1	1,6	49,6	1,07
Ospedale di Narni	34,7	1.937	12.251	6,3	96,7	0,2	55,8	1,06
Ospedale di Amelia	16,0	488	5.835	12,0	99,9	0,0	30,5	0,96
SPDC Terni	10,0	258	3.091	12,0	84,7	2,2	25,8	0,68
TOTALE USL UMBRIA 2	473,7	25.508	158.358	6,2	91,6	0,6	53,8	1,03

Azienda Ospedaliera di Perugia	704,5	31.799	236.900	7,4	91,1	0,8	43,5	1,30
SPDC Perugia	17,0	438	5.552	12,7	89,5	1,5	25,8	
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	721,5	32.237	242.452	7,5	92,1	0,6	44,7	1,30
Azienda Ospedaliera di Terni	466,7	24.105	158.142	6,6	91,0	0,7	49,2	1,18
TOTALE AZIENDA OSPEDALEIRA TERNI	466,7	24.105	158.142	6,6	92,8	0,5	51,6	1,18

(*) l'Osp. di Città della Pieve nel 2017 ha attività ridotta perché è stato riconvertito a febbraio 2017 (HSP12)

(*) l'Osp. di Norcia nel 2017 non ha attività causa terremoto

La casistica delle Case di Cura

Le 5 Case di Cura Private hanno un'attività di ricovero per acuto essenzialmente di tipo chirurgico.

Principali indicatori e dati di attività dei ricoveri ordinari - Case di Cure - Regione Umbria – Anni 2015-2017

RICOVERI ORDINARI CASE DI CURA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO	208	208	222
DIMESSI	6.748	5.932	5.950
GORNATE DI DEGENZA	19.507	17.632	17.678
PESO MEDIO DEL DRG	1,29	1,37	1,36

Il peso medio del DRG nelle Case di Cura è stabile negli anni legato alla tipologia di casistica chirurgica.

Principali indicatori e dati di attività dei ricoveri diurni - Case di Cure - Regione Umbria – Anni 2015-2017

RICOVERI DIURNI CASE DI CURA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO	33	33	33
DIMESSI	1.351	1.646	1.900
ACCESSI TOTALI	1.351	1.646	1.900

Principali indicatori e dati di attività dei ricoveri totali - Case di Cure - Regione Umbria – Anni 2015-2017

RICOVERI PER ACUTI CASE DI CURA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
POSTI LETTO	241	241	255
DIMESSI TOTALI	8.099	7.578	7.850
% RICOVERI ORDINARI	83,32	78,28	75,80
% RICOVERI DIURNI	16,68	21,72	24,20

L'attività per acuti riguarda prevalentemente la disciplina di Ortopedia e le discipline di Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Oculistica. L'attività complessiva rimane abbastanza stabile negli anni e questo anche in relazione alle misure di contenimento della spesa che hanno determinato volumi fissi di attività. Si rileva il progressivo trasferimento delle attività dal setting di degenza ordinaria a quella diurna, in linea con le indicazioni di trasferibilità della casistica potenzialmente inappropriata in Day Surgery. Si rileva infatti che si riducono i ricoveri ordinari che passano dal 83,32% del totale del 2015 al 75,80% del totale del 2017, mentre aumentano i ricoveri diurni che passano dal 16,68% del totale del 2015 al 24,20% del totale del 2017.

LA CASISTICA RIABILITATIVA

La casistica riabilitativa è progressivamente aumentata dal 2015 al 2017 in tutte le discipline nonostante la chiusura dell'Ospedale di Cascia per motivi legati al sisma (ottobre 2016)

Casistica dei ricoveri di riabilitazione. Regione Umbria --Anni 2015-2017

Specialità	2015	2016	2017
28 Unità spinale	70	83	88
56 Recupero e riabilitazione funzionale	3.700	3.649	3.657
60 Lungodegenti	870	1.401	1.970
75 Neuro-riabilitazione	212	198	205
	6.867	7.347	7.937

Il peso medio del DRG diminuisce solo nel codice 28 mentre è stabile o aumenta nelle altre specialità.

Peso medio dei ricoveri di riabilitazione. Regione Umbria --Anni 2015-2017

Specialità	2015	2016	2017
28 Unità spinale	1,55	1,47	1,37
56 Recupero e riabilitazione funzionale	0,71	0,70	0,69
60 Lungodegenti	0,75	0,74	0,83
75 Neuro-riabilitazione	0,91	0,94	1,03

Di seguito si riporta la casistica e i principali indicatori delle strutture riabilitative.

Casistica e indicatori strutture di riabilitazione- Ricoveri Ordinari strutture pubbliche - Regione Umbria --Anno 2017

Denominazione	Posti Letto annuali medi	N° Posti letto al 01/01/17	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Riabilitazione Motoria - Umbertide	104,5	101	1.433	38.057	26,6	99,8
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano (CORI)	29,6	30	336	10.035	29,9	92,9
Ospedale Media Valle del Tevere	10,1	12	243	3.502	14,4	95,0
TOTALE USL UMBRIA 1	144,2	143	2.012	51.594	25,6	98,0

Neuroriabilitazione - Foligno	14,2	24	94	5.327	56,7	102,8
Riabilitazione Recupero Funzionale - Trevi	33,5	40	231	11.394	49,3	93,2
Ospedale di Spoleto	1,0	4	10	108	10,8	29,6
Riabilitazione Neuromotoria - Cascia (°)	0,0	20				
Recupero e Riabilitazione funzionale - Orvieto	13,0	16	253	4.238	16,8	89,3
Recupero e Riabilitazione funzionale - Amelia	11,3	17	224	4.113	18,4	99,7
Riabilitazione - Domus Gratiae - Terni	19,0	32	182	5.779	31,8	83,3
TOTALE USL UMBRIA 2	92,0	153	994	30.959	31,1	92,2
Unità Spinale - Perugia	12,0	12	87	3.940	45,3	90,0
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	12,0	12	87	3.940	45,3	90,0
Azienda Ospedaliera di Terni	4,5	3	36	1.185	32,9	72,1
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	4,5	3	36	1.185	32,9	72,1
TOTALE REGIONE UMBRIA	252,7	311	3.129	87.678	28,0	95,1

Gli indicatori mostrano un ottimale tasso di utilizzo e una degenza media in linea con lo standard nazionale delle strutture riabilitative.

Casistica e indicatori strutture di riabilitazione- Ricoveri diurni strutture pubbliche - Regione Umbria —Anno 2017

Denominazione	Posti Letto Medi	D.H. di un giorno	D.H. a ciclo	D.H. totali	Accessi totali	Tasso di utilizzo %
Riabilitazione Motoria - Umbertide	6,0	1	117	118	2.639	120,5
Centro Osp. Riabilitaz. Intensiva Passignano	2,0	1	140	141	2.725	373,3
TOTALE USL UMBRIA 1	8,0	2	257	259	5.364	183,7
Riabilitazione Recupero Funzionale - Trevi	5,7	4	133	137	1.593	76,6
Ospedale di Spoleto	3,7	4	74	78	1.646	121,9
TOTALE USL UMBRIA 2	9,4	8	207	215	3.239	94,4
Unita Spinale - Perugia	0,7	0	1	1	8	3,1
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	0,7	0	1	1	8	3,1
TOTALE REGIONE UMBRIA	18,1	10	465	475	8.611	130,3

Casistica e indicatori strutture di riabilitazione- Ricoveri di Lungodegenza strutture pubbliche - Regione Umbria -- Anno 2017

Denominazione	Posti Letto annuali medi	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Ospedale di Città di Castello	6,2	158	1.992	12,6	88,0
Ospedale di Umbertide	1,5	17	234	13,8	42,7
Ospedale di Castiglione del Lago	0,2	4	103	25,8	141,1
Ospedale di Città della Pieve	0,8	16	261	16,3	89,4
Ospedale di Assisi	2,0	41	834	20,3	114,2
Ospedale di Branca	1,2	25	436	17,4	99,5
TOTALE USL UMBRIA 1	11,9	261	3.860	14,8	88,9
Ospedale di Orvieto	8,2	457	4.861	10,6	162,4
TOTALE USL UMBRIA 2	8,2	457	4.861	10,6	162,4
Azienda Ospedaliera di Perugia	12,0	659	4.280	6,5	97,7
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	12,0	659	4.280	6,5	97,7
Azienda Ospedaliera di Terni	24,0	584	8.513	14,6	97,2
TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	24,0	584	8.513	14,6	97,2
TOTALE REGIONE UMBRIA	56,1	1.961	21.514	11,0	105,1

Casistica e indicatori strutture di riabilitazione- Ricoveri Ordinari – Case di cura private - Regione Umbria --Anno 2017

Denominazione	Posti Letto annuali medi	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Casa di cura Villa Fiorita	10,0	163	2.163	13,3	59,3
Clinica Lami (ex SAGISC)	15,0	437	5.010	11,5	91,5
Casa di cura Liotti	6,0	206	3.019	14,7	137,9
TOTALE USL UMBRIA 1	31,0	806	10.192	12,6	90,1
TOTALE REGIONE UMBRIA	31,0	806	10.192	12,6	90,1

LA CASISTICA MATERNO-INFANTILE

La gravidanza, il parto e i primi anni di vita sono delle tappe fondamentali nello sviluppo umano e pertanto diventa fondamentale implementare tutte quelle azioni rivolte a migliorare la salute e diminuire la morbi-mortalità materno infantile. Si tratta di pensare ad un continuum di azioni, che accompagnano la donna e il proprio figlio durante questo percorso. Infatti l'attenzione alla salute materno infantile non si esaurisce nei primissimi anni di vita del bambino ma continua negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza.

Crescita e sviluppo sono tutelati dal PLS che diventa il punto di riferimento per la famiglia e l'interfaccia con gli altri livelli assistenziali qualora si verificasse la necessità. I PLS seguono il bambino

dalla nascita all'adolescenza garantendo controlli periodici programmati i cosiddetti "bilanci di salute" (cfr. piano prevenzione) e una presa in carico globale del proprio assistito.

Nell'anno 2017 in Umbria si sono verificate **6.500 nascite** distribuite negli 8 punti nascita pubblici della Regione con un andamento negativo negli anni.

NATI per Punto Nascita. Umbria 2015-2017 (Fonte: SDO)

Punti nascita	anno 2015	anno 2016	anno 2017
Ospedale di Città di Castello	663	624	636
Ospedale di Gubbio/Gualdo Tadino	346	401	415
Ospedale di Castiglione del Lago	68	0	0
Ospedale Media Valle del Tevere	348	313	329
Ospedale di Foligno	1.218	1.154	1.047
Ospedale di Spoleto	431	542	477
Ospedale di Orvieto	424	473	411
Ospedale di Narni	291	0	0
Azienda Ospedaliera di Perugia	2.102	2.021	1.933
Azienda Ospedaliera di Terni	1.120	1.303	1.252
TOTALE REGIONE UMBRIA	7.011	6.831	6.500

Di seguito si riportano i dati e i tassi di mortalità che registrano un andamento decrescente nel triennio di riferimento.

L'analisi dei dati conforta sul tema della sicurezza e della qualità; si registra infatti un andamento in calo rispetto alla mortalità infantile alla nascita calcolata per 1000 abitanti, soprattutto negli ultimi tre anni: 4.1 per mille nel 2015 vs 2.8 nel 2017.

Mortalità per 1000 abitanti in Umbria - fonte: Cedap

Nati-mortalità	2015	2016	2017
Nati Morti	29	20	18
<i>Totale Nati</i>	<i>7.011</i>	<i>6.831</i>	<i>6.500</i>

Nati-mortalità	2015	2016	2017
<i>Tasso di nati-mortalità</i>	<i>4,1</i>	<i>2,9</i>	<i>2,8</i>

Nell'anno 2017 in Umbria sono stati assistiti **6.392 parti** distribuiti negli 8 punti nascita pubblici della Regione che registrano un andamento negativo negli anni.

Distribuzione dei PARTI per Punto Nascita. Umbria 2015-2017 (Fonte: SDO)

SPEDALE	N. PARTI		
	2015	2016	2017
Città di Castello	648	619	631
Gubbio/Gualdo Tadino	346	398	412
Castiglione del Lago	73	0	0
Media Valle del Tevere	344	313	323
Foligno	1.206	1.140	1.036
Spoletto	426	530	466
Orvieto	423	469	395
Narni	288	0	0
Azienda Ospedaliera di Perugia	2.077	1.971	1.885
Azienda Ospedaliera di Terni	1.107	1.284	1.244
TOTALE REGIONE UMBRIA	6.938	6.724	6.392

Il 24.9 % dei parti è registrato in strutture con volume di attività < 500 parti/anno, il 9.9 % in quelle con volume di attività tra 500 e 1000 parti/anno, il 65.2 % nelle strutture con volume di attività tra 1000 e 2000 parti/anno.

Parti in base al volume di attività dei punti nascita (Fonte: Cedap)

	2015	2016	2017
<500	1.900	1.180	1.596
500-999	648	1.149	631
1000-2000	2.313	4.395	4.165
>2000	2.077	0	0
Totale	6.938	6.724	6.392

Di seguito si dettagliano i dati della **mobilità passiva**: donne che sono residenti in Umbria ma che partoriscono fuori regione. Il numero di parti fuori regione essenzialmente in Toscana e Lazio pari a 356 per l'anno 2017 rappresentano il 5.3% di tutti i parti (intra regione e fuori regione)

Mobilità Passiva parti

		Parti		
		2015	2016	2017
RESIDENTI USL UMBRIA 1	EMILIA ROMAGNA	9	17	11
	TOSCANA	116	129	145
	MARCHE	15	17	9
	LAZIO	33	48	24
	CAMPANIA	22	19	19
	ALTRE REGIONI	29	39	31
RESIDENTI USL Umbria 2	EMILIA ROMAGNA	6	5	3
	TOSCANA	12	13	13
	MARCHE	7	3	8

	LAZIO	65	76	58
	ABRUZZO	3	2	4
	CAMPANIA	9	13	12
	ALTRE REGIONI	15	22	19
	TOTALE	341	403	356

In merito ai flussi di mobilità extraregionale si riportano i dati di mobilità attiva che mostra trend stabili nel triennio

Gli indici di attrazione extraregionale si mantengono alti per Orvieto e Terni

Flussi di mobilità attiva extraregionale Umbria Anni 2015-2017- Indici di attrazione 2017 (Fonte: SDO)

OSPEDALE	Anno			N. parti 2017	Indice di attrazione
	2015	2016	2017		
Città di Castello	89	88	99	631	15,69
Gubbio/Gualdo Tadino	38	64	70	412	16,99
Castiglione del Lago	12	0	0	0	0
Media Valle del Tevere	7	10	13	323	4,02
Foligno	32	52	52	1.036	5,02
Spoletto	24	30	25	466	5,36
Orvieto	221	230	214	395	54,18
Narni	131	0	0	0	0
Azienda Ospedaliera di Perugia	110	96	98	1.885	5,20
Azienda Ospedaliera di Terni	215	294	253	1.244	20,34
TOTALE	879	864	824	6.392	12,89

A completamento dei dati del percorso materno-infantile si riportano i dati riguardanti le IVG nel triennio 2015-2017 che si riducono, passando da 1.365 nel 2015 a 1.173 nel 2017.

Numero IVG 2015-2017

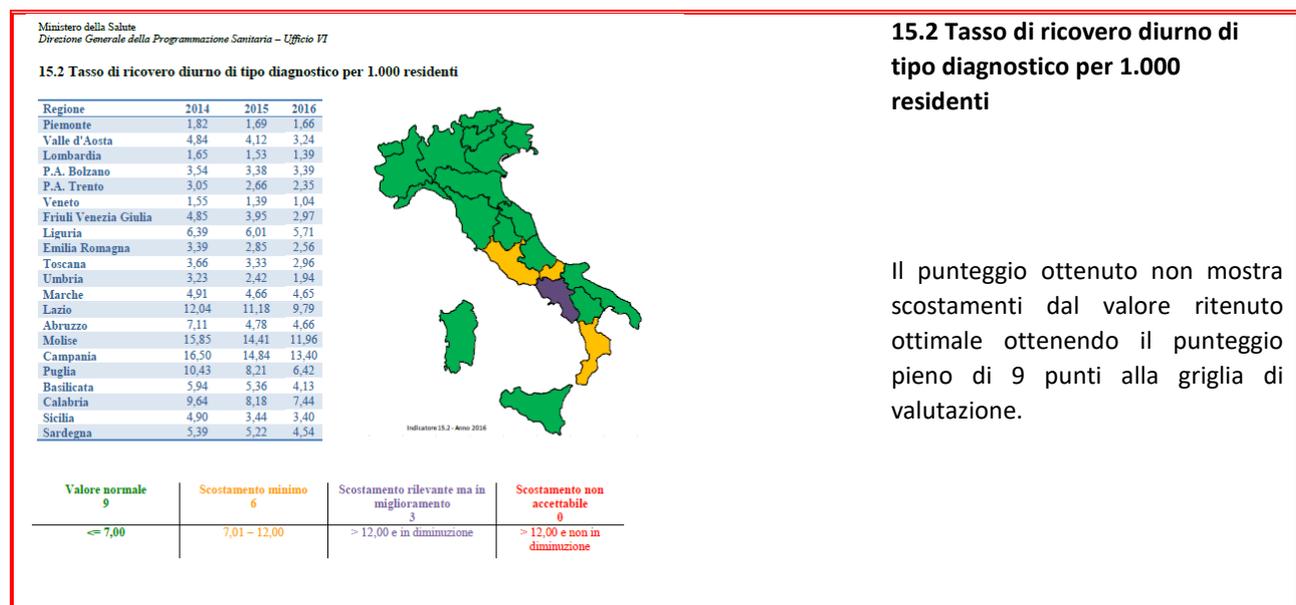
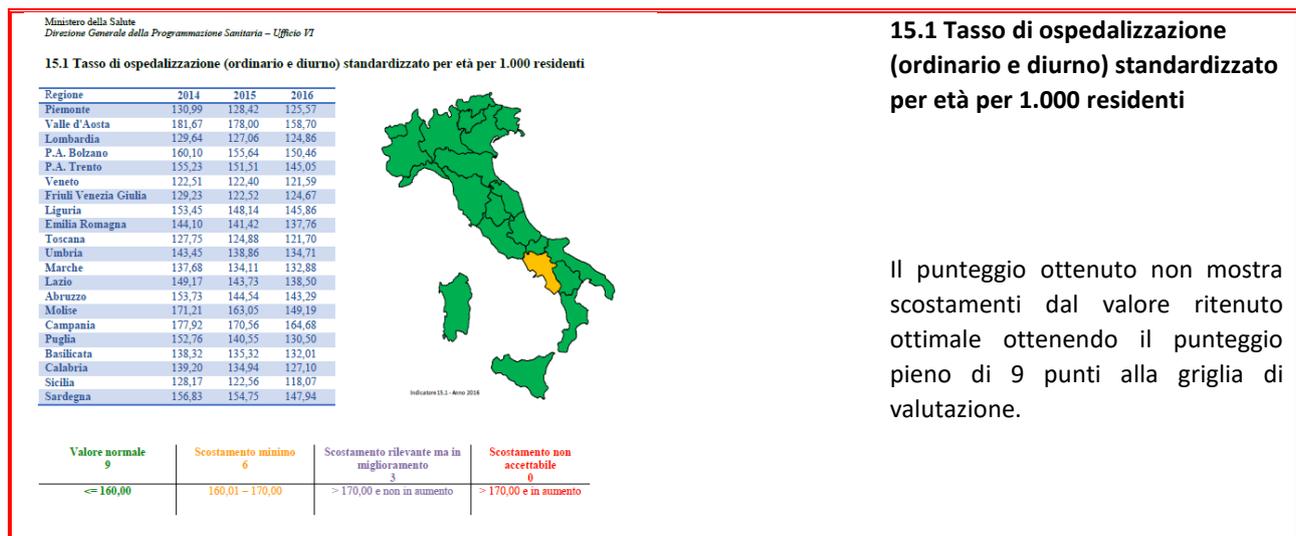
Ospedale	CASI								
	2015			2016			2017		
	Ita	Str	Totale	Ita	Str	Totale	Ita	Str	Totale
Città di Castello	6	0	6	10	4	14	4	0	4
Umbertide	75	50	125	71	23	94	52	42	94
Castiglione del Lago	22	26	48	22	32	54	16	23	39
Assisi	48	35	83	48	35	83	33	42	75
Media Valle del Tevere	123	124	247	104	112	216	116	106	222
Spoletto	42	19	61	43	18	61	49	28	77
Orvieto	65	35	100	86	19	105	78	29	107
Narni	110	54	164	130	51	181	106	51	157
Foligno	55	34	89	40	34	74	37	16	53
Gubbio/Gualdo Tadino	52	29	81	38	29	67	44	18	62
Azienda Ospedaliera di Perugia	83	83	166	83	74	157	64	68	132
Azienda Ospedaliera di Terni	114	81	195	112	85	197	90	61	151
TOTALE	795	570	1.365	787	516	1.303	689	484	1.173

LE PERFORMANCE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sul versante ospedaliero molti indicatori sono migliorati nei diversi ospedali e si riportano di seguito sinteticamente le valutazioni ottenute con i LEA, il MeS e il PNE.

Valutazione Griglia LEA

Di seguito si riportano i risultati degli indicatori ospedalieri della verifica degli adempimenti LEA nel confronto con tutte le regioni italiane per l'anno 2016, ultimo dato pubblicato dal Ministero della Salute.



Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI

15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	46,83	41,15	40,57
Valle d'Aosta	106,47	112,00	95,45
Lombardia	13,72	12,71	11,63
P.A. Bolzano	36,50	35,99	32,97
P.A. Trento	72,04	72,04	70,24
Veneto	17,47	18,97	18,65
Friuli Venezia Giulia	72,58	67,68	68,13
Liguria	119,04	119,84	123,72
Emilia Romagna	126,47	123,92	112,32
Toscana	70,00	68,78	64,07
Umbria	56,65	52,87	53,45
Marche	81,90	81,64	84,26
Lazio	92,40	85,93	77,50
Abruzzo	98,01	65,95	61,96
Molise	94,92	89,41	79,20
Campania	118,11	117,94	119,77
Puglia	58,59	45,45	28,60
Basilicata	73,49	68,20	65,34
Calabria	93,64	86,57	69,33
Sicilia	44,57	38,98	35,55
Sardegna	96,01	95,49	92,17



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
≤ 90,00	90,01 - 105,00	> 105,00 e in diminuzione	> 105,00 e non in diminuzione

15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI

17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	0,22	0,20	0,19
Valle d'Aosta	0,23	0,16	0,15
Lombardia	0,28	0,23	0,22
P.A. Bolzano	0,25	0,20	0,19
P.A. Trento	0,24	0,16	0,17
Veneto	0,19	0,16	0,17
Friuli Venezia Giulia	0,23	0,22	0,21
Liguria	0,18	0,14	0,13
Emilia Romagna	0,23	0,23	0,23
Toscana	0,17	0,15	0,15
Umbria	0,25	0,22	0,19
Marche	0,22	0,19	0,18
Lazio	0,21	0,17	0,17
Abruzzo	0,15	0,14	0,14
Molise	0,23	0,21	0,20
Campania	0,29	0,27	0,26
Puglia	0,27	0,22	0,20
Basilicata	0,21	0,18	0,18
Calabria	0,19	0,15	0,14
Sicilia	0,15	0,12	0,12
Sardegna	0,26	0,23	0,22



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
≤ 0,21	0,22 - 0,24	> 0,24 e in diminuzione	> 0,24 e non in diminuzione

17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI

18.1 Percentuale parti cesarei primari

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	21,46	21,06	20,80
Valle d'Aosta	22,83	18,92	21,17
Lombardia	21,30	20,36	20,31
P.A. Bolzano	18,57	18,01	18,43
P.A. Trento	19,98	17,23	13,90
Veneto	18,63	18,87	18,64
Friuli Venezia Giulia	17,21	17,70	17,85
Liguria	27,36	26,31	24,42
Emilia Romagna	20,26	19,71	19,37
Toscana	20,88	20,57	21,07
Umbria	24,45	21,47	20,92
Marche	25,76	26,41	25,45
Lazio	30,61	28,24	27,73
Abruzzo	26,93	26,92	25,04
Molise	32,31	31,97	32,66
Campania	50,01	48,19	45,03
Puglia	31,86	31,72	32,10
Basilicata	26,01	26,53	27,62
Calabria	24,68	25,95	28,04
Sicilia	30,74	30,16	28,90
Sardegna	30,36	31,22	29,99



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
≤ 20,00%	20,01% - 24,00%	> 24,00% e in diminuzione	> 24,00% e non in diminuzione

18.1 Percentuale parti cesarei primari

Il punteggio ottenuto mostra uno scostamento dal valore ritenuto ottimale, ottenendo il punteggio pieno di 6 punti sui 9 disponibili della griglia di valutazione.

Questo indicatore deve essere migliorato.

Il mancato raggiungimento è dovuto al fatto che la percentuale raggiunta è pari a 20,92 mentre il valore ottimale deve essere inferiore a 20, si tratta quindi di uno scostamento minimo da colmare.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI

18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	19,38	16,52	20,47
Valle d'Aosta	100,00	100,00	100,00
Lombardia	12,27	11,64	11,10
P.A. Bolzano	11,67	12,20	11,90
P.A. Trento	12,24	8,33	4,65
Veneto	15,11	11,05	8,68
Friuli Venezia Giulia	100,00	100,00	100,00
Liguria	19,05	13,56	20,37
Emilia Romagna	8,99	8,25	8,87
Toscana	12,95	10,44	11,98
Umbria	5,17	6,76	17,24
Marche	24,49	18,42	36,00
Lazio	11,02	7,11	7,57
Abruzzo	6,67	12,20	12,35
Molise	3,85	9,09	7,14
Campania	11,72	12,75	13,26
Puglia	4,18	9,06	6,76
Basilicata	15,15	12,00	11,54
Calabria*	8,55	12,14	7,10
Sicilia	11,71	8,67	9,41
Sardegna	53,40	46,46	51,58



* Con riferimento all'adempimento C "Omiglii informativi statistici", il flusso informativo Codi della regione Calabria è stato valutato "insufficiente" per la copertura e i flussi informativi HESPI2 e HESPI3 sono stati valutati "non sufficienti" per la qualità, per cui alla regione è stato attribuito punteggio pari a -1

Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante ma in miglioramento	Scostamento non accettabile
9	6	3	0
>= 18,00%	18,01% – 26,00%	<26,00% e in diminuzione	<26,00% e non in diminuzione

18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN

Il punteggio ottenuto non mostra scostamenti dal valore ritenuto ottimale, ottenendo il punteggio pieno di 9 punti alla griglia di valutazione.

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI

19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

Regione	2014	2015	2016
Piemonte	62,89	63,25	65,32
Valle d'Aosta	84,66	87,62	86,76
Lombardia	49,14	58,30	64,75
P.A. Bolzano	76,56	80,26	77,76
P.A. Trento	59,97	75,31	75,73
Veneto	63,74	64,29	69,07
Friuli Venezia Giulia	63,00	73,05	73,83
Liguria	50,99	59,77	57,19
Emilia Romagna	73,14	75,04	73,91
Toscana	66,57	71,99	76,09
Umbria	50,66	53,07	52,92
Marche	59,88	59,84	58,22
Lazio	54,47	60,56	59,81
Abruzzo	31,16	32,32	42,19
Molise	18,64	23,64	35,19
Campania	16,42	19,30	25,03
Puglia	41,56	45,80	52,50
Basilicata	50,10	46,79	51,24
Calabria	26,78	26,56	29,26
Sicilia	55,91	60,12	68,96
Sardegna	37,64	46,72	51,12



Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante ma in miglioramento	Scostamento non accettabile
9	6	3	0
>= 60,00%	38,00% – 59,99%	<38,00% e in aumento	<38,00% e non in aumento

19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

Il punteggio ottenuto mostra uno scostamento dal valore ritenuto ottimale ottenendo il punteggio pieno di 6 punti sui 9 disponibili della griglia di valutazione.

Questo indicatore deve essere assolutamente migliorato.

Il mancato raggiungimento è dovuto al fatto che la percentuale raggiunta è pari a 52,92 mentre il valore ottimale deve essere superiore a 60, si tratta quindi di uno scostamento di 7 punti percentuali che vanno recuperati negli Ospedali dove la performance è molto bassa.

Programma Nazionale Esiti (PNE)

Il Programma nazionale esiti - attività svolta da AGENAS per conto del Ministero della Salute - è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione di Regioni, aziende e professionisti per il miglioramento continuo del SSN. Gli indicatori utilizzati per analizzare gli esiti delle cure, validati scientificamente a livello internazionale, sono finalizzati al miglioramento della qualità, efficacia ed appropriatezza delle cure.

Di seguito si riportano alcuni dati rilevati relativi all'annualità 2017.

Interventi chirurgici mammella – anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO)

Denominazione Presidio	Denominazione Stabilimento	N. interventi chirurgici annui (soglia > 150)
Presidio Ospedaliero di Città di Castello	Ospedale di Città di Castello	312
Presidio Ospedaliero di Foligno	Ospedale di Foligno	202
Azienda Ospedaliera di Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia	345
Azienda Ospedaliera di Terni	Azienda Ospedaliera di Terni	195

Le Strutture evidenziate ricadono nelle aziende individuate con DGR n.55 del 25-01-2016 quali sedi di Breast Unit, dove era possibile raggiungere la soglia minima di volumi di interventi prevista.

Interventi chirurgici di Colectomia laparoscopica – anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO).

Denominazione Presidio	Denominazione Stabilimento	N. interv. chir./anno (soglia > 100)	di cui con dimissione entro 3 giorni	soglia rischio di esito > 70% con degenza p.o. < 3 gg
Presidio Ospedaliero di Città di Castello	Ospedale di Città di Castello	213	155	72,77
<i>Presidio Ospedaliero ASL 2 di Perugia</i>	<i>Ospedale di Castiglione del Lago</i>	101	83	82,18
<i>Presidio Ospedaliero ASL 2 di Perugia</i>	<i>Ospedale di Assisi</i>	19	18	100
Presidio Ospedaliero ASL 2 di Perugia	Ospedale di Pantalla	72	31	43,06
Presidio Ospedaliero di Spoleto	Ospedale di Spoleto	133	121	90,98
Presidio Ospedaliero di Orvieto	Ospedale di Orvieto	171	128	74,85
<i>Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia</i>	<i>Ospedale di Narni</i>	59	47	79,66
Presidio Ospedaliero di Foligno	Ospedale di Foligno	133	121	90,98
Presidio Ospedaliero di Branca	Ospedale di Branca	174	124	71,26
Azienda Ospedaliera di Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia	187	158	84,49
Azienda Ospedaliera di Terni	Azienda Ospedaliera di Terni	247	184	74,50

Interventi chirurgici per frattura del femore – anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO).

Denominazione Presidio	Denominazione Stabilimento	N. interventi chirurgici annui	N. Interventi eseguiti entro 2 giorni età ≥ 65 (soglia > 75%)	% operati in 48 ore (soglia > 60%)
Presidio Ospedaliero di Città di Castello	Ospedale di Città di Castello	153	114	74,51
Presidio Ospedaliero di Spoleto	Ospedale di Spoleto	143	136	58,8
Presidio Ospedaliero di Orvieto	Ospedale di Orvieto	135	124	61,3
Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia	Ospedale di Narni	66	62	40,3
Presidio Ospedaliero di Foligno	Ospedale di Foligno	173	159	39,0
Presidio Ospedaliero di Branca	Ospedale di Branca	107	80	74,77
Azienda Ospedaliera di Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia	588	285	48,46
Azienda Ospedaliera di Terni	Azienda Ospedaliera di Terni	312	184	59,0

Angioplastica coronarica percutanea– anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO).

Denominazione Presidio	Denominazione Stabilimento	N. STEMI (soglia > 250)
Presidio Ospedaliero di Foligno	Ospedale di Foligno	250
Azienda Ospedaliera di Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia	402
Azienda Ospedaliera di Terni	Azienda Ospedaliera di Terni	270

Bypass Aortocoronarico – anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO).

Denominazione Stabilimento	Codice Disciplina	Denominazione Disciplina	Progressivo Divisione	N. Interventi di bypass aortocoronarico BPAC (soglia > 200)
Azienda Ospedaliera di Perugia	7	Cardiochirurgia	11	64
Azienda Ospedaliera di Terni	7	Cardiochirurgia	4	63

Taglio Cesareo primario depurato – anno 2017 (Sistema Informativo Sanitario regionale- Fonte SDO).

Denominazione Stabilimento	% di TC	Valore soglia % TC
Città di Castello	27,57	15
Media Valle del Tevere (Pantalla)	30,95	15
Spoletto	12,31	15%
Orvieto	21,89	15%
Foligno	19,08	25%
Gubbio/Gualdo Tadino	31,55	15
Azienda Ospedaliera di Perugia	12,38	25
Azienda Ospedaliera di Terni	21,00	25

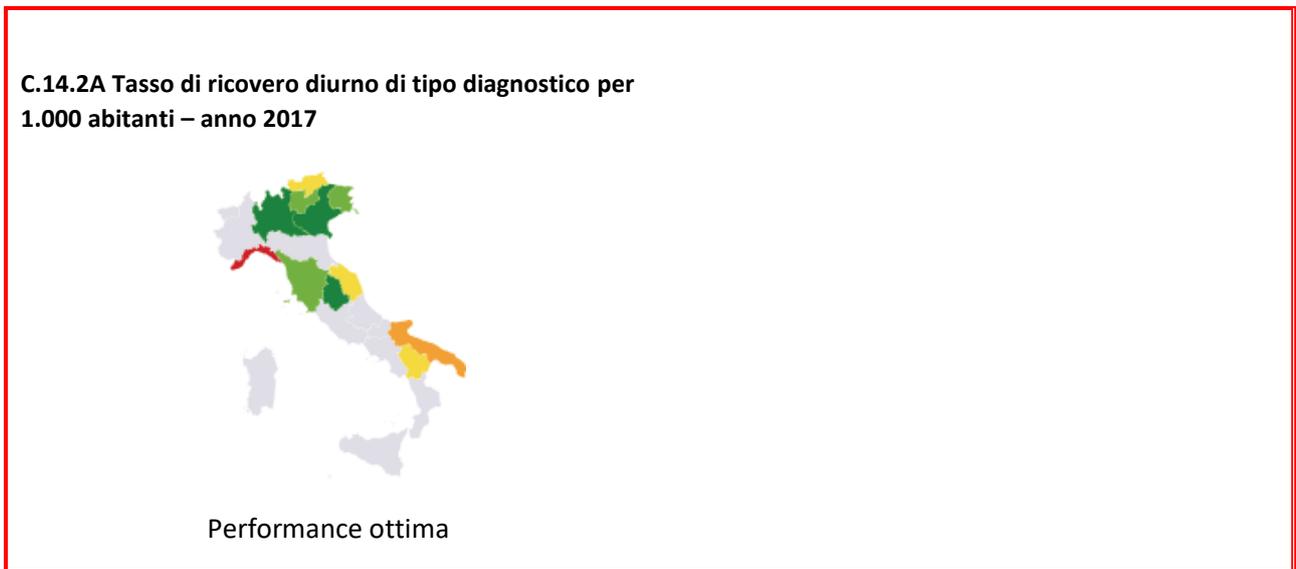
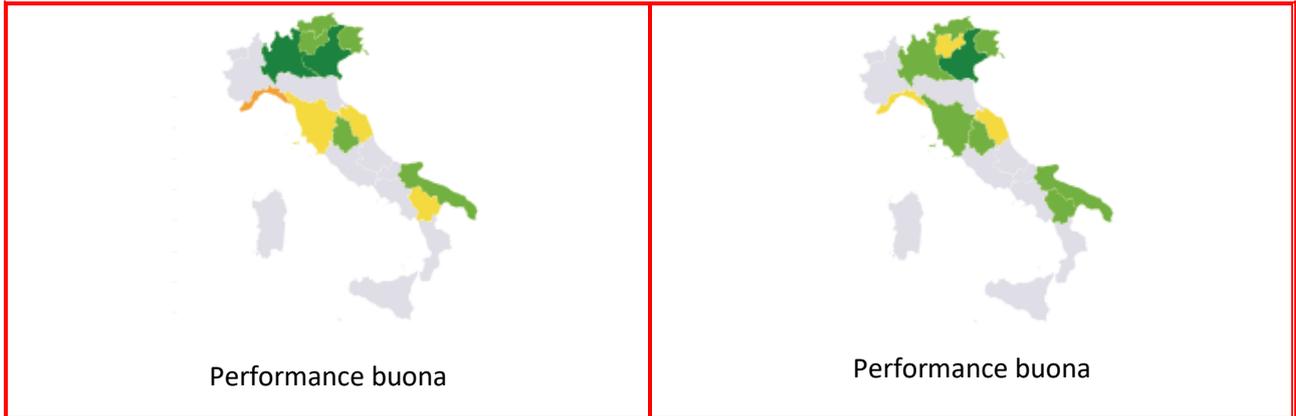
L’obiettivo è quello di riallineare le soglie di rischio per tutti i PN in relazione al loro livello. Un indicatore interessante per valutare il comportamento clinico-assistenziale di ricorso al cesareo non appropriato (liberato cioè dalle indicazioni di necessità clinica) è rappresentato dalla proporzione di TC effettuata su donne nullipare (N, cioè alla prima gravidanza), con gravidanza a termine (T), con feto singolo (S) e presentazione fetale di vertice (V) (donne NSTV).

Valutazione Indicatori MeS

Di seguito si riportano i risultati di alcuni indicatori nel confronto con le 12 Regioni e Province Autonome che aderiscono al Network.

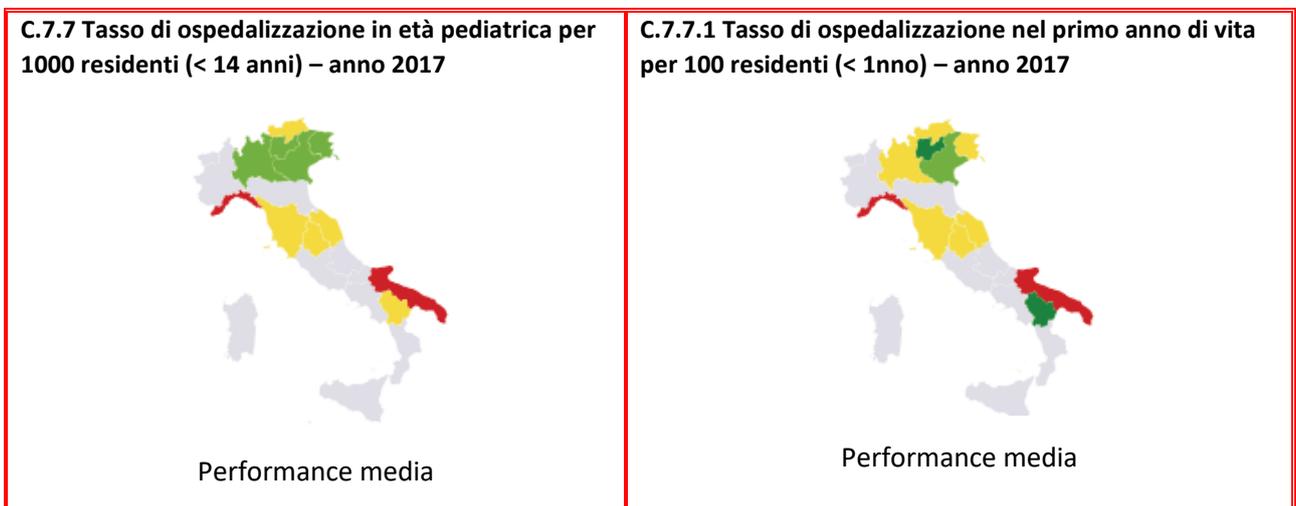
1a. Tassi di ospedalizzazione - adulti

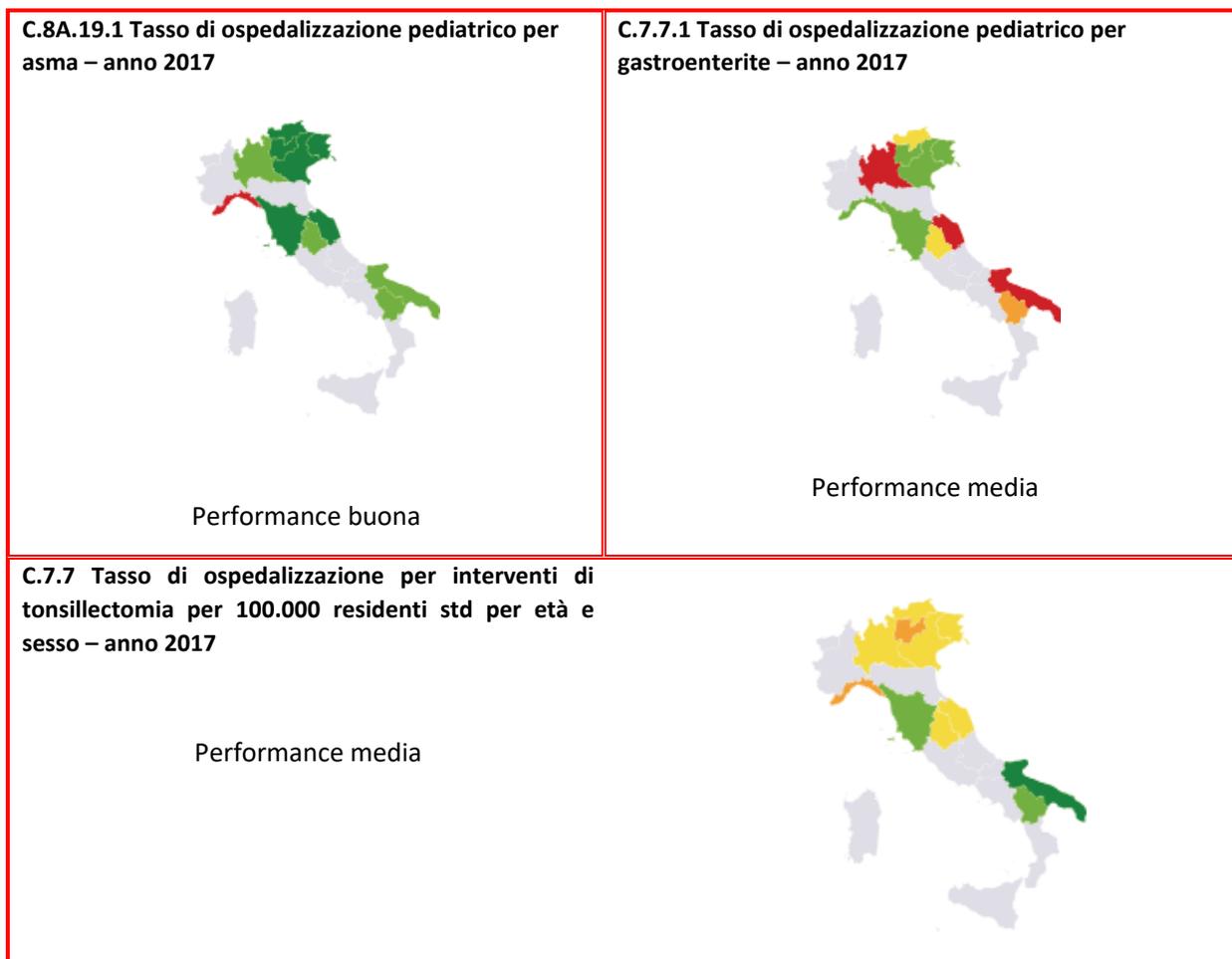
<p>C.1.1 Tasso di Ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza standardizzato per età e sesso per 1.000 abitanti – anno 2017</p>  <p>Performance buona</p>	<p>C.1.1.1 Tasso di Ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza standardizzato per età e sesso per 1.000 abitanti – anno 2017</p>  <p>Performance media</p>
<p>C.1.2.1 Tasso di Ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azienda sanitaria di residenza standardizzato per età e sesso per 1.000 abitanti – anno 2017</p>	<p>C.4.8 Tasso di Ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e sesso per 1.000 abitanti – anno 2017</p>



Il tasso di ospedalizzazione complessivo mostra una buona performance con margini di miglioramento nella componente dovuta ai ricoveri ordinari.

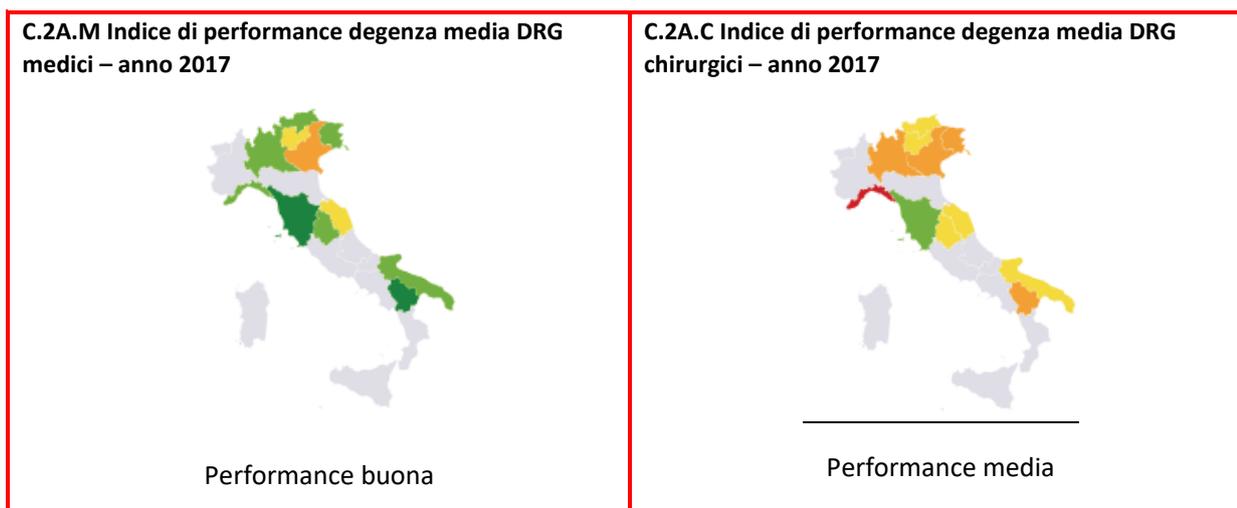
1b. Tassi di ospedalizzazione - minori





Per quanto attiene ai ricoveri in età pediatrica i dati mostrano che è necessario ridurre l'ospedalizzazione sia in senso assoluto che per le specificità del settore.

2. Indice di performance degenza media



Buono l'indice di performance della degenza media per i DRG medici da migliorare quello per i DRG chirurgici.

3. Fratture di femore

C.5.2 Percentuale di interventi per frattura del collo di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2gg. – anno 2017



Performance media



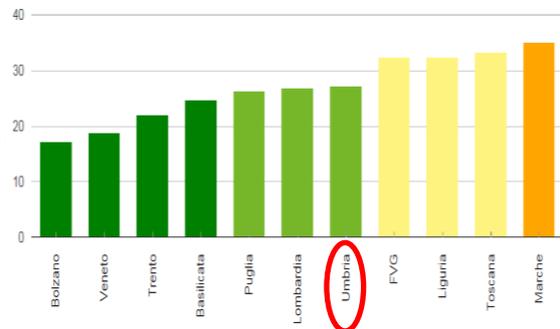
Le Aziende devono progressivamente migliorare la performance come già realizzato dalla USL Umbria 1.

4. Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

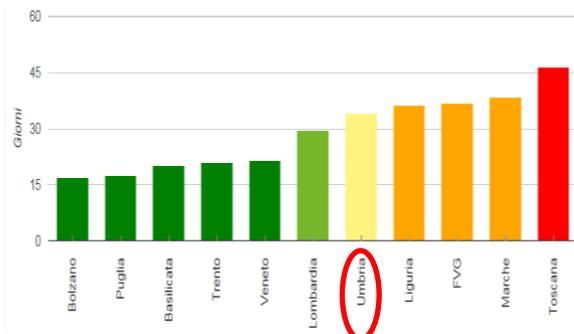
C.10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica – anno 2017

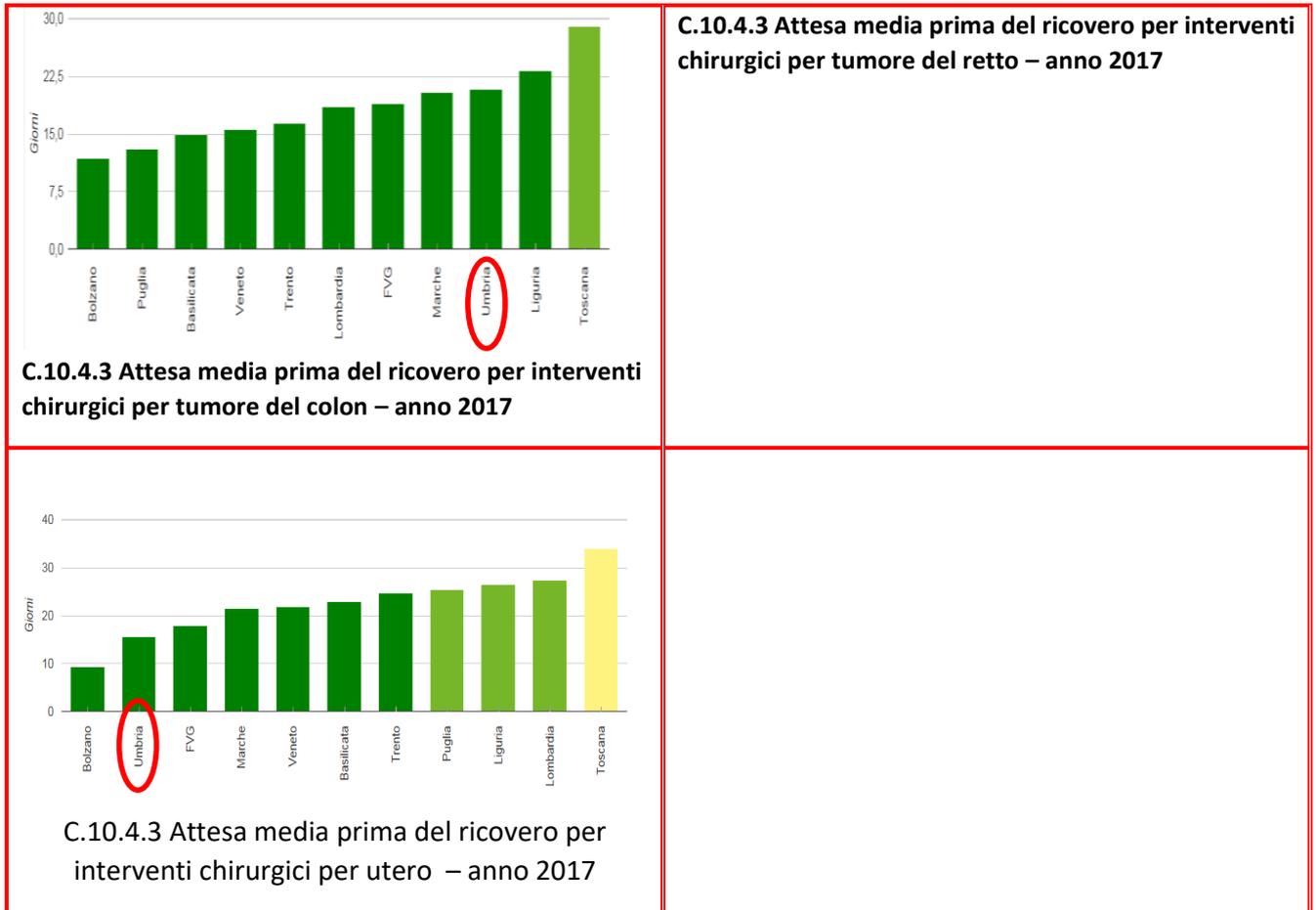


Performance buona



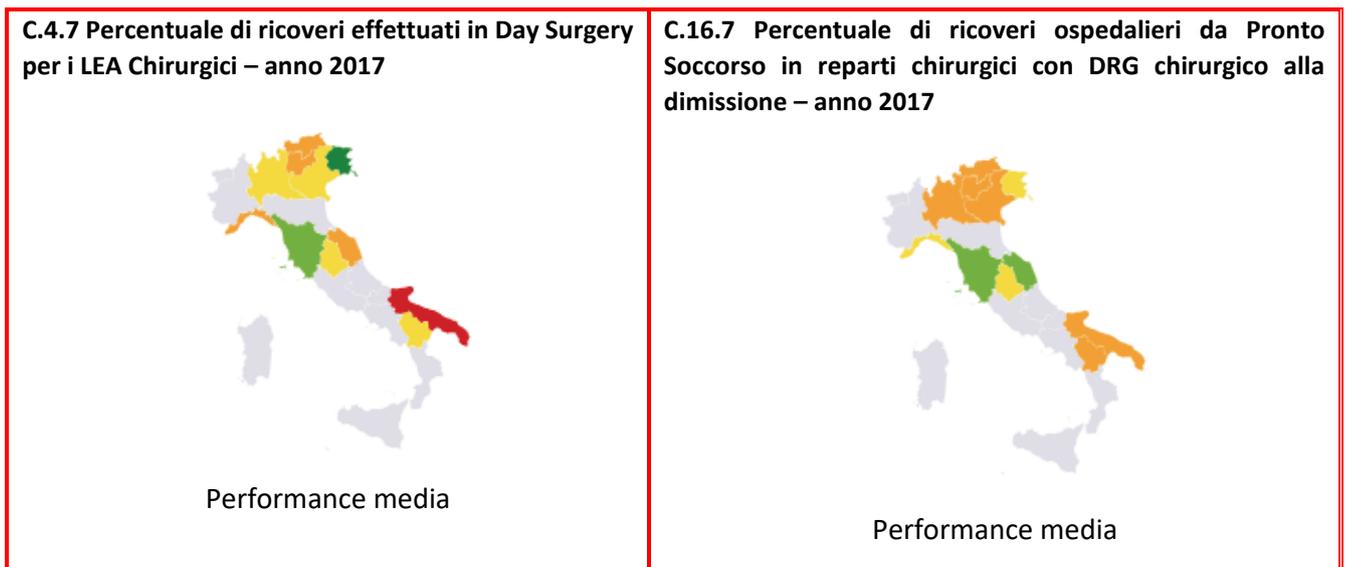
C.10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore della mammella – anno 2017





Buoni i tempi di attesa per tutte le patologie oncologiche, da migliorare quelli per il retto.

5. Performance delle degenze



**D18 Percentuale di dimissione volontaria di pazienti
in regime di ricovero – anno 2017**



Performance media

Questi indicatori sono tutti migliorabili avendo raggiunto performance medie.

6. Performance Parti

**C.7.1 Percentuale di parti cesaree depurati (NTSV)-
anno 2017**



Performance media

**C.7.6 Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
– anno 2017**



Performance buona

Bisogna ulteriormente migliorare la percentuale di parti cesarei depurati ancora al di sopra del 20%, mentre soddisfacente la percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe.

7. Altri indicatori

Gli indicatori relativi all'attività di Pronto Soccorso, del percorso di emergenza-urgenza, del percorso per le patologie croniche e per le prestazioni di specialistica ambulatoriali sono analizzati nei capitoli specifici.

Rapporto annuale attività ospedaliera

Nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero sui dati SDO 2017 pubblicato a gennaio 2019 dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute sono riportati i dati complessivi dei ricoveri ospedalieri nel confronto fra Regioni. Il rapporto analizza la completezza e la qualità della rilevazione SDO, i dati e gli indicatori complessivi di attività, gli indicatori di efficienza e complessità, gli indicatori di efficacia e appropriatezza, gli indicatori di domanda e mobilità, gli indicatori economici, gli indicatori del controllo esterno.

Si riporta di seguito il confronto fra ICM (Indice di Case Mix) e ICP (Indice Comparativo di Performance) ovvero il confronto fra la complessità della casistica trattata e la durata della degenza.

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM) sono due indicatori tipicamente utilizzati per la valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se letti congiuntamente. L'Indice Comparativo di Performance viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (valore nazionale). Pertanto, poiché il procedimento di standardizzazione riporta tutti gli erogatori in condizioni di omogeneità di casistica, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza e l'efficacia dei diversi erogatori rispetto allo standard: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento (poiché la degenza è più breve).

L'Indice di Case-Mix, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore. La lettura congiunta di ICM e ICP tramite un grafico a quattro quadranti risulta particolarmente significativa.

Nel grafico i valori dell'Indice di Case-Mix sono riportati sull'asse delle ascisse, mentre l'Indice Comparativo di Performance su quello delle ordinate. I due quadranti superiori ($ICP > 1$) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento, mentre i due quadranti a destra ($ICM > 1$) individuano una maggiore complessità della casistica.

Pertanto, il quadrante inferiore destro ($ICM > 1$, $ICP < 1$) individua gli erogatori ad alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza più breve dello standard; in questo quadrante si collocano: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo.

Indice di case-mix (ICM) e Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario

