

1. INDICATORI DI QUALITÀ NEL BUDGET ANNUALE ED ALTRI DATI SUI PROCESSI AZIENDALI

L'azienda dispone di molteplici sistemi che permettono di valutare la qualità dei processi clinici ed organizzativi.

I dati derivanti da questi sistemi sono utilizzati:

- nell'ambito del **processo di programmazione e controllo annuale (budget)**, con indicatori che misurano la qualità dei processi clinico assistenziali ed organizzativi in termini di: efficacia/efficienza (es: coperture vaccinali, screening), potenziale inappropriatezza (es: del ricovero, della procedura e del setting assistenziale, prescrittiva specialistica e farmaceutica...), tempestività ed equo accesso alle prestazioni (es: RAO, attesa media per chirurgia oncologica...), messa a regime di percorsi per favorire l'appropriatezza (es: Breast Unit, OB post-chirurgica), accoglienza e umanizzazione delle cure
- con **sistemi di valutazione ad hoc** che monitorano la qualità di processi organizzativi, clinici e relazionali, tra i quali si citano i più consolidati: monitoraggio della qualità cartella clinica e dell'adesione a procedure (consenso informato, rischio di cadute e di lesioni da pressione, profilassi trombo embolica, check list di sala operatoria, monitoraggio del parto e post-partum, stesura del progetto riabilitativo); monitoraggio del dolore nella giornata indice; monitoraggio dei reclami; indagini di qualità percepita; incident reporting; monitoraggio delle infezioni ospedaliere.

Dati e informazioni emergenti da questi sistemi di valutazione sono utilizzati, nell'ottica del PDCA, per orientare la pianificazione di budget annuale o per attivare iniziative di miglioramento della qualità, volte a correggere le non conformità dei processi ed a migliorarne gli outcome, in un ottica di miglioramento continuo.

2. INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI (Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Per la valutazione esterna e multidimensionale dei propri risultati, l'Azienda USL Umbra 1 integra da anni l'analisi dei dati di budget con quella derivante dal Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi sanitari regionali (vedi specifico capitolo della Relazione sanitaria aziendale 2017¹). Si tratta di un sistema che valuta la qualità dei servizi resi e l'efficienza/efficacia delle attività svolte nell'ambito di un network di regioni, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

I risultati completi 2016 e 2017 sono consultabili nei report disponibili anche in Intranet².

Il sistema esplora sei dimensioni³ e stima le performance ottenute da ciascuna azienda sanitaria rappresentandole con colori: dal verde scuro al verde chiaro (performance ottima o buona), al giallo (performance media), all'arancio e rosso (performance scarsa o molto scarsa).

La rappresentazione avviene tramite:

- il **"bersaglio"**, che offre un immediato quadro di sintesi sulle performance riguardanti la capacità di perseguimento delle strategie regionali, evidenziando punti di forza e di debolezza (vedi figura 1)
- gli **istogrammi** che mostrano in dettaglio i singoli indicatori (vedi report completo in Intranet)
- una presentazione dei dati per **"percorsi assistenziali"** (vedi figure 2 in allegato), per valutare le performance secondo la prospettiva del paziente, rappresentandole come "note" di un pentagramma a cinque fasce⁴, per *"suonare la musica del paziente"* nel suo percorso di diagnosi e cura. Con questo approccio Il MES ha analizzato il percorso materno-infantile, il percorso oncologico, il percorso cronicità ed il percorso emergenza-urgenza

¹ <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/relazione-sulla-performance> pag 136

² <http://intranet.aslumbria1.local/index.php/modulistica/category/298-valutazione-performance-ed-esiti>

³ Le sei dimensioni della valutazione sono: A - la valutazione dello stato di salute della popolazione; B - la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali; C - la valutazione socio-sanitaria; D - la valutazione esterna (dei cittadini); E - la valutazione interna (degli operatori); F - la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

⁴ Per valutare le performance nella prospettiva del paziente, è stata proposta una rappresentazione dei risultati che accanto al bersaglio ha predisposto dei "pentagrammi" a cinque fasce, capaci di rappresentare le diverse fasi dei percorsi assistenziali principali dei pazienti. L'obiettivo è di superare la logica dei setting assistenziali contrapposti, a favore di una rappresentazione che supporti la crescita della consapevolezza di tutti gli operatori sulla necessità di garantire la continuità delle cure e la condivisione della presa in carico del paziente fase dopo fase.

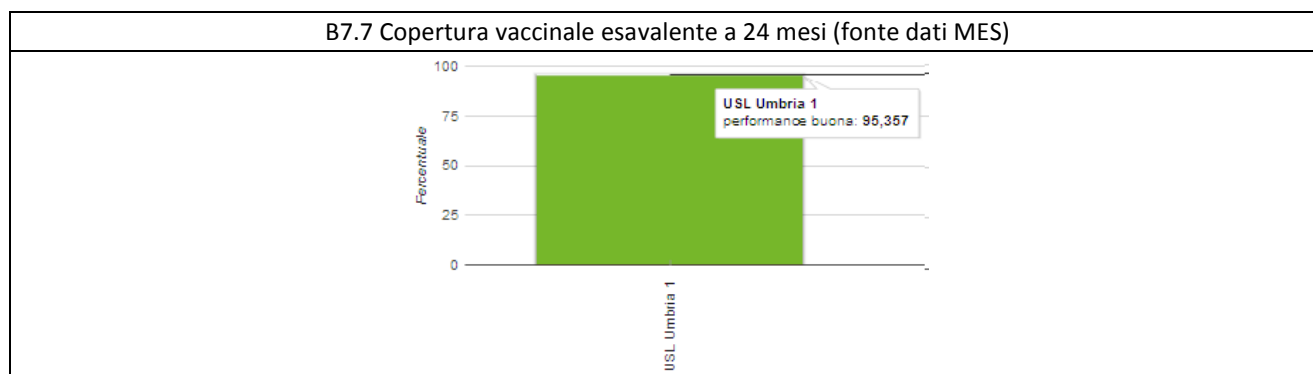
La rappresentazione a **bersaglio** degli indicatori di performance 2017 dell'Azienda USL Umbria n.1 mostra:

- buoni risultati, evidenziati dal posizionamento degli indicatori sempre più verso il centro e da miglioramenti in alcuni ambiti che erano critici nel 2016, tanto che nessuno degli indicatori nel 2017 è in "area rossa"
- che ci sono margini di miglioramento in alcuni ambiti in cui l'USL Umbria 1 si colloca ancora in area "arancio" del bersaglio o del "pentagramma" dei percorsi assistenziali

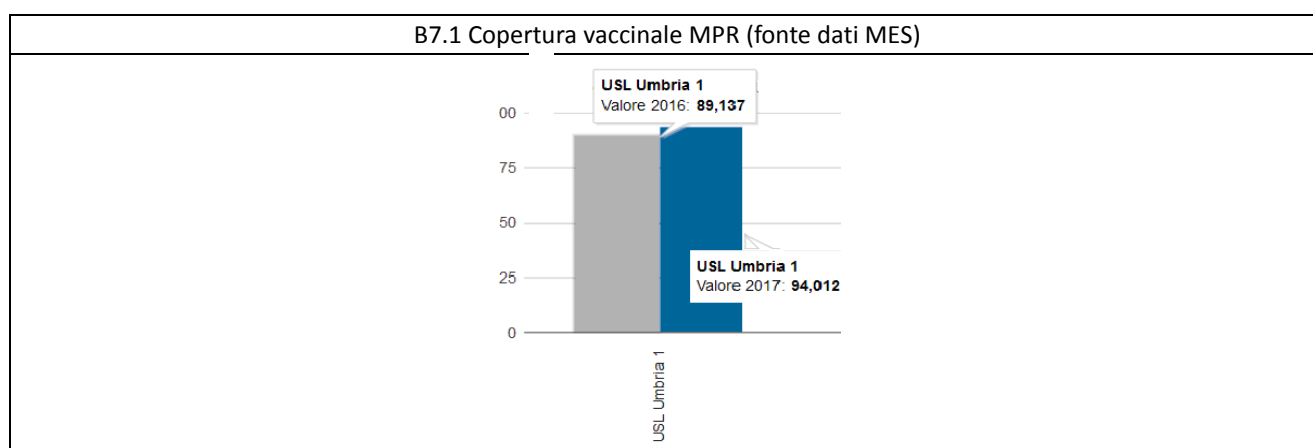
I risultati sono analizzati più in dettaglio di seguito.

2.1 Prevenzione

In ambito di prevenzione c'è stato un miglioramento delle coperture vaccinali, in particolare si è registrato il raggiungimento di un valore superiore al 95% di copertura per l'Esavalente (obiettivo di copertura della popolazione target a livello nazionale)⁵.



Altro importante risultato in ambito vaccinale si è ottenuto con le buone coperture per il vaccino MPR, vaccino trivalente (morbillo, parotite e rosolia), il cui obiettivo a livello nazionale è 95% della popolazione target. L'Usl Umbria 1 è passata dall' 89,14 % del 2016 al **94,01% del 2017** con un incremento di circa 5 punti percentuali.



Anche per la **vaccinazione anti-influenzale**, si è avuto un incremento di copertura, passando dal 61,74% di vaccinati nel 2016 al **63,13% nel 2017**, con un indubbio miglioramento, che però colloca ancora l'indicatore in area "arancio".

Invece la **copertura vaccinale per varicella** è ancora bassa (**1,93%**) poiché la vaccinazione è stata introdotta in Umbria solo a settembre 2017, col nuovo piano vaccinale.

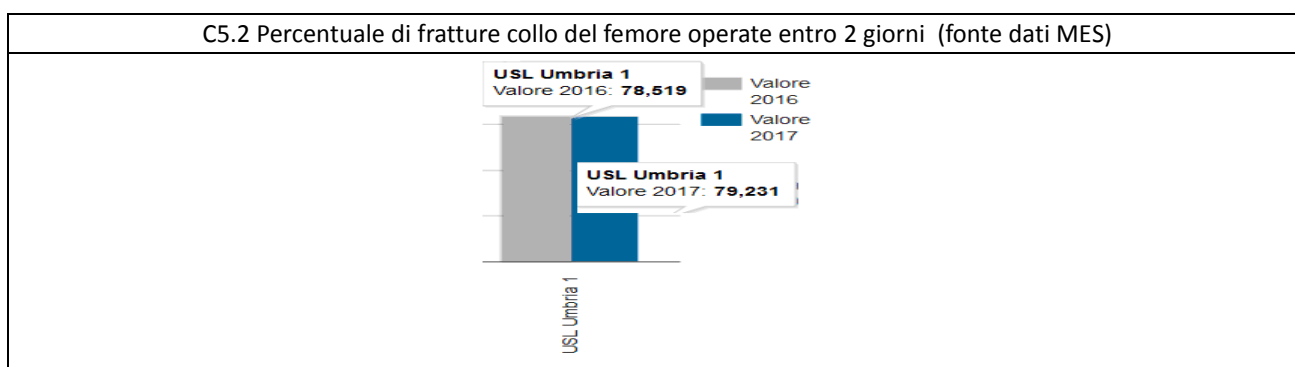
Anche gli **screening oncologici** confermano la **buona performance** complessiva dell'USL Umbria 1.

⁵ Il vaccino esavalente contiene i 6 antigeni contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B.

2.2 Assistenza Ospedaliera

Buoni risultati si registrano anche per l'attività di ricovero, sia medica che chirurgica considerando:

- il miglioramento dei tempi di **attesa per la chirurgia oncologica**⁶ dove l'indicatore è passato dal 32,76 gg del 2016 ai 28,89 gg nel 2017, anche grazie alla ottimizzazione della gestione del percorso chirurgico, le cui fasi sono regolamentate da apposite procedure aziendali
- gli ottimi risultati aziendali in ambito di **chirurgia ortopedica**, con l'indicatore % di fratture del collo del femore operate entro due giorni che è passato dal 78,5% al 79,23%⁷. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura ed un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto, considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione.



Le criticità che permangono in ambito ospedaliero sono relative a:

- **abbandoni da Pronto Soccorso e dimissioni volontarie**⁸, aspetti che potrebbero indicare un'insoddisfazione degli utenti nei confronti del servizio;
- **nel percorso oncologico**⁹, dove i risultati sono penalizzati dai bassi volumi e dalla dispersione della casistica per il TM prostatico, ma soprattutto dalla **bassa % di asportazioni di linfonodo sentinella per il TM mammario**

⁶ (indicatore MES C10c) che sta ad indicare il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore ed il ricovero stesso.

⁷ risultando pertanto molto buono rispetto al network MES e al di sopra del valore ottimale (70%) del "Piano Nazionale Esiti".

Il razionale di tale indicatore prevede che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale

⁸ **AMBITO OSPEDALIERO- INDICATORI CRITICI:**

D9 Abbandoni da Pronto Soccorso ■ 4,03 Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. Questo aspetto va monitorato con attenzione, perché un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato

D18 Percentuale dimissioni volontarie ■ 1,13

L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

- **nell' area materno-infantile**¹⁰, dove è superiore alla media del network regionale il tasso di parti cesarei (depurati)
- **in ambito pediatrico**¹¹ dove sono in area "arancio" i tassi di ospedalizzazione nel primo anno di vita (46,2%) e per tonsillectomia per 100mila residenti (297,5).

Per le performance sull'integrazione ospedale-territorio e delle malattie croniche si vedano gli specifici paragrafi sotto riportati

⁹ PERCORSO ONCOLOGICO – INDICATORI CRITICI:

C17.5 Volumi interventi per tumore maligno alla prostata ■0,45

C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata ■0,00 %

C17.5.2 Indice di dispersione casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata ■41,02

Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.

C10.2 Tumore alla mammella ■1,83

C10.2.2 % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella ■19,64 %

Si considerano, per il calcolo del denominatore, i soli casi incidenti. Si considera incidente, il primo intervento

¹⁰ C7 MATERNO-INFANTILE ■2,25

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■26,29%

C7.1.2 Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson 11,02%

C7.1.3 Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson 28,07%

C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati 11,15 %

C17.4 Volumi per parti

C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti 46,83 %

C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti 79,57 Indice

C7.2 Percentuale di parti indotti 16,24 %

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■12,72 Percentuale %

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■5,96 Percentuale %

C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum 0,48 Per 1.000 %

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva 7,57 %

C7.13.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4 12,25 %

C7.14.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4

C7.16 Accesso area maternità del consultorio

C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum

C7.12.3 % di allattamento esclusivo a tre mesi

C7.12.4 % di allattamento esclusivo a cinque mesi

C8a.3 Tasso concepimento per minorenni 1,94 Tasso per 1.000

¹¹ C7D PEDIATRIA ■2,57

C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica ■8,65 Tasso per 100

C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) ■46,22 Tasso per 100

C7.7.4 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni) 6,27 Tasso per 100

C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) ■22,05 Tasso per 100.000

C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) ■158,23 Tasso per 100.000

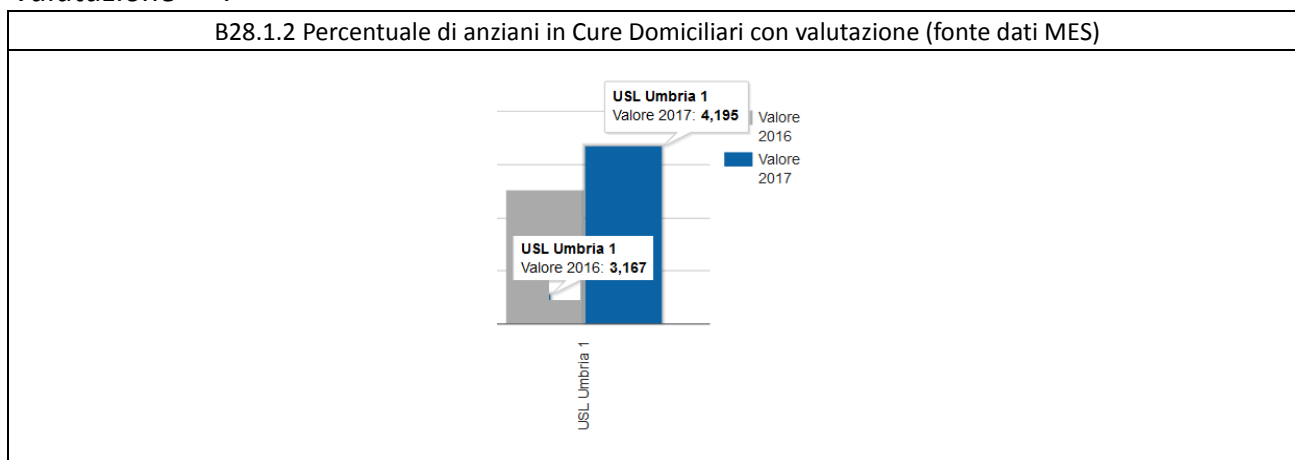
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti ■297,48 Tasso per 100.000

C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die ■20,63 DDD per 1000

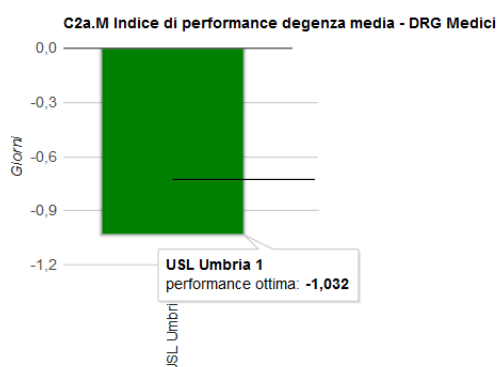
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica DDD per 1000 res. pes. die ■2,39 DDD per 1000

2.3 Cure Domiciliari e Cure Palliative

Le azioni di miglioramento messe in campo nel 2017¹² hanno contribuito ad un incremento dell'indicatore sulle **cure domiciliari** “B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione”¹³.



Nell'attività territoriale ci sono state ricadute positive e tale situazione ha avuto ripercussioni anche in ambito ospedaliero, dove si è registrato, rispetto al 2016, il miglioramento dell'indice di performance della degenza media dei DRG medici¹⁴



¹² potenziamento delle cure domiciliari e delle cure intermedie finalizzate anche all'ottimizzazione della presa in carico del paziente, anche grazie all'istituzione della Centrale Operativa Territoriale (COT: DDG n.1681 del 19/12/2017), un modello teso a garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio, l'integrazione con il medico di medicina generale e l'assistenza territoriale.

¹³ % di anziani in CD con valutazione: calcolato dal “Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management-Scuola Superiore Sant' Anna (MES)” del cui network l'Umbria fa parte. L'indicatore misura la Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione, ovvero i casi per i quali è stata effettuata una valutazione utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

¹⁴ L'indicatore permette di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse, indicatore proxy di una migliore appropriatezza dell'evento ricovero in medicina.

Tuttavia l'indicatore complessivo dell'assistenza domiciliare e residenziale¹⁵ permane ancora in area "arancio", segnalando uno scostamento dalla media del network delle regioni, probabilmente generato anche da modalità non omogenee di registrazione delle valutazioni multidimensionali nel sistema informatizzato dell'ADI (Atlante).

È da analizzare con attenzione la performance dell'USL Umbria 1¹⁶ sulle **cure palliative** dove appaiono scostamenti dalla media delle regioni del network, sia nella presa in carico complessiva (40,16 % i pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative, diminuito rispetto al 44,88% del 2016), sia nella tempestività della risposta (53,42 % ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= a 3 giorni, anch'esso diminuito rispetto al 59% del 2016), così come rimane basso rispetto alla media delle regioni il consumo farmaci oppioidi (1,71 DDD per 1000).

Aspetti tutti che meritano un approfondimento, sia sulla qualità del dato fornito dai sistemi informativi aziendali (Atlante), sia sulle criticità organizzative dei servizi ADI ed Hospice e sulla formazione dei professionisti ed informazione dei cittadini, tenendo conto che:

- la gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). L'obiettivo è lo standard nazionale del 65% sul numero totale di deceduti per patologia oncologica in carico alla rete Cure Palliative (DM 43/2007), un livello da cui la performance aziendale si discosta significativamente

¹⁵ CURE DOMICILIARI E CURE PALLIATIVE

B28 Cure domiciliari ■ 1,66

B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari **12,47**

B28.1.1b Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare **26,22 Tasso per 1.000**

B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione ■ **4,20**

B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi **11,01**

B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni ■ **7,22**

B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA>0.13 per over 65 in Cure Domiciliari ■ **78,46**

B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera **56,35**

B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni **5,18**

B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni **29,54**

B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente **2,63 Tasso per 1.000** B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente **0,06 Tasso per 1.000** [B28.2.15 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 1 **11,31 Tasso per 1.000**

B28.2.16 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 2 **6,91 Tasso per 1.000**

B28.2.17 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 3 **1,97 Tasso per 1.000**

B28.2.18 Tasso di PIC in assistenza domiciliare con CIA 4 **5,28 Tasso per 1.000**

B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA **8,98 Tasso per 1.000**

B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni **7,25**

B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni **7,61**

C28 Cure Palliative ■ 1,62 vs 1,68 nel 2016

C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative ■ 40,16 vs 44,88 nel 2016 (media regioni 48,219) - standard nazionale è almeno il 65%

C28.2 Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg 51,14 vs 59,26 nel 2016 (media regioni 74,69) - standard nazionale è almeno il 40%

C28.2b Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= a 3 giorni ■ 53,42 vs 60,2 nel 2016 (media regioni 71,97) - standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007).

C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni ■ 10,94 vs 9,86 nel 2016 (media regioni 14,70) - standard nazionale è un valore <=25% (DM 43/2007).

B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori ■ 1,21

B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi ■ **1,71 DDD per 1000**

- la presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva, con un tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice $\leq$ a 3 giorni. L'obiettivo dello standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007). La performance dell'USL Umbria 1 (51%) si colloca al di sopra di questo valore ma è comunque inferiore alla media delle regioni del network che è 74,69%)
- il consumo di farmaci oppioidi (1,71 DDD per 1000) è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto. Come riferimento si consideri che il valore medio del network è 2,493 e il valore più elevato 3,95 DDD per 1000 (FVG), mentre la vicina USL Umbria 2 ha un consumo territoriale di farmaci oppioidi pari a 2,22 DDD per 1000;

Sia per questi ultimi dati sia per quelli relativi all'ADI sarà istituito un gruppo di lavoro ad hoc per migliorare i criteri di inserimento delle informazioni nel Sistema Atlante.

Sulle cure palliative inoltre sarà proposto alle Direzioni di Distretto un approfondimento mediante un'analisi organizzativa di bisogni e risorse.

2.4 Integrazione Ospedale Territorio e Gestione della Cronicità

I livelli di performance dell'Azienda USL Umbria 1 sono in linea con quelli del network delle regioni, sia per l'indicatore di efficacia assistenziale delle patologie croniche¹⁷ sia per l'indicatore di integrazione ospedale - territorio¹⁸. Ma è necessario un ulteriore sforzo di analisi ed organizzativo sull'assistenza territoriale ai malati cronici, perché alcuni indicatori segnalano ancora una performance scarsa: ospedalizzazione per patologie suscettibili di cure ambulatoriali¹⁹ (10,37 /mille) e molto scarsa: tasso di amputazioni maggiori per diabete (44,96 /milione).

¹⁷ C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche 2,24

C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)  213,70 Tasso per 100.000

C11a.1.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 398,21 Tasso per 100.000 C11a.2.1

Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)  28,34 Tasso per 100.000

C11a.2.1.1 Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 36,09 Tasso per 100.000

C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)  44,96 Tasso per milione

C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)  60,88 Tasso per 100.000

C11a.3.1.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18 75,49 Tasso per 100.000

¹⁸ C8a Integrazione ospedale - territorio 2,59

C8a.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni 6,42 Percentuale

C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti  1,13 Tasso per 1.000

C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso  343,44 Tasso per 1.000

C8c.1 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 151,49 x 1000

C8c.2 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 167,42 x 1000

C8c.3 Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente 152,74 x 1000

C16T.4 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti  10,37 Tasso per 1.000

C8a.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno 54,16 Percentuale

¹⁹ Si considerano patologie suscettibili alle prestazioni ambulatoriali :

Sifilide: diagnosi di dimissione 090.xx;

Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione: diagnosi di dimissione 033.*, 045.*, 391.*, 037, 390, 320.0 (per quest'ultima diagnosi, età compresa tra 1 e 5 anni);

Epilessia: diagnosi di dimissione 345.*;

Convulsioni: diagnosi di dimissione 780.3x;

In questa direzione recentemente, fra le azioni e procedure poste in essere nella gestione della cronicità, la USL Umbria 1

- ha adottato il Piano Aziendale Cronicità (DDG n. 1730 del 22/12/2017) per favorire l'integrazione Ospedale Territorio e un approccio omogeneo e basato sulla centralità della persona
- sta sviluppando percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali per la gestione di quattro patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO e demenze senili)
- sta partecipando al Progetto CCM Progetto CCM 2017 "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio" (DDG 5037 del 10.04.2018) che si inserisce nel percorso di attuazione del Piano Cronicità
- sta implementando le AFT, forme organizzative di Medici di Medicina Generale e Medici della Continuità Assistenziale che integrano gli orari di ambulatorio dei propri Medici di famiglia per garantire attività ambulatoriale h 12 nelle seguenti fasce orarie diurne, con dotazione di adeguata strumentazione informatica, collegamento ai software gestionali resi disponibili dai Medici di Medicina Generale, al Fascicolo Sanitario Regionale e al sistema regionale di ricetta dematerializzata, per consentire a tutti i componenti dell'AFT una gestione integrata dell'assistenza.

Il progetto di riorganizzazione delle cure primarie territoriali prevede inoltre che ciascuna AFT venga dotata di personale infermieristico con l'obiettivo di assicurare interventi di medicina di iniziativa, di assistenza ai pazienti cronici e in assistenza domiciliare.

Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola): diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.*, 382.*(per quest'ultima diagnosi, escluso codice intervento principale 20.01);

Tubercolosi polmonare: diagnosi di dimissione 011.*;

Altre tubercolosi: diagnosi di dimissione: 012.*, 013.*, 014.*, 015.*, 016.*, 017.*, 018.*;

BPCO: diagnosi di dimissione 491.*, 492.*, 496, 490;

Bronchite acuta: diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.*, 492.*, 494.*, 496;

Polmonite batterica: diagnosi di dimissione 483.*, 481, 482.2, 482.3x, 482.9, 485, 486, (si escludono i pazienti con una delle diagnosi secondarie 282.6x, età minore di 1 anno);

Asma: diagnosi di dimissione 493.*;

Insufficienza cardiaca congestizia: diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.* (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);

Angina: diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);

Cellulite: diagnosi di dimissione 681.*, 682.*, 686.*, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto;

Diabete: diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x;

ipoglicemia: diagnosi di dimissione 251.2;

Gastroenterite: diagnosi di dimissione 558.9;

infezioni delle vie urinarie-renali: diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.*;

Deidratazione/ipovolemia: diagnosi di dimissione 276.5;

Anemia per deficienza di ferro: diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);

Carenze nutrizionali: diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1;

Ritardo nella crescita: diagnosi di dimissione 783.4x, e età minore di 1 anno;

Infiammazioni pelviche: donne con diagnosi di dimissione 614.*, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 68.8;

Malattie dei denti: diagnosi di dimissione 521.*, 522.*, 523.*, 525.*, 528.*).

2.5 Appropriately Prescriptive and Waiting Times

L'**appropriatezza prescrittiva diagnostica**²⁰, valutata dal MES mediante i tassi di prestazioni specialistiche (ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica per immagini) per 1000 residenti, è migliorata rispetto al 2016 (Indicatore C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic 2017=1,33 vs 2016=0,91).

Ma si segnala ancora una performance scarsa relativa alla diagnostica radiologica (indicatori in area arancio e rossa: tasso di prestazioni RM muscolo scheletrica per residenti > di 65 anni e pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi).

Quanto al **rispetto dei tempi d'attesa** per le prestazioni specialistiche, nel 2017 le **visite/prestazioni** soggette a monitoraggio **con Tempi d'Attesa erogate entro i tempi stabiliti sono state l'85,57% (RAO e no RAO**, valore calcolato a livello aziendale), raggiungendo il target prefissato. Le criticità maggiori si sono registrate nelle prestazioni RAO priorità P che ha comunque registrato un miglioramento rispetto al 2016. Questo è probabilmente l'effetto consolidamento e potenziamento delle azioni di miglioramento messe in campo già dal 2016.

Nel corso dell'anno 2017 e 2018 si è pertanto continuato a:

- effettuare un monitoraggio mensile dei tempi di attesa, che ha consentito uno stretto controllo del fenomeno e la valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto, con potenziamento dell'offerta nelle aree specialistiche a maggiore criticità;
- inserire i Tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sul sito WEB aziendale con aggiornamento mensile.
- coinvolgere i MMG nelle riunioni delle equipe territoriali per il perseguimento di crescenti livelli di appropriatezza nelle richieste di visite e indagini strumentali specialistiche;
- inserire obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa nella negoziazione di budget con i Dipartimenti Ospedalieri e i Distretti specifici;
- utilizzare i criteri di priorità di accesso secondo la metodologia RAO;

²⁰ C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic 1,19

C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 4.122,29

Tasso per 1. C13.2 Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso 813,84

Tasso per 1.000 C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 80,29

Tasso per 1.000

C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 103,48 Tasso per 1.000

C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)  27,84 Tasso per 1.000

C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi  8,86 Percentuale

C13.2.2.4 Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatezza, per 1000 residenti, std età e sesso 4.840,93

Tasso per 1.000

C13.3 Appropriately prescriptive Dosaggio Ormoni Tiroidei

C13.3.1 Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 237,08 Tasso per 1.

C13.3.2 Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 110,86 Tasso per 1.000

C13.3.3 Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20 165,25 Tasso per 1.000

C13.4 Tempi di attesa

C13.4.1 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B

C13.4.2 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D

- attivare, nel caso di mancata disponibilità al momento della prenotazione, liste di attesa informatizzate per la presa in carico degli assistiti, successivamente richiamati dal back-office CUP per la comunicazione dell'appuntamento.

Per l'**attività prescrittiva farmaceutica**, vengono analizzati dal MES, oltre alla spesa farmaceutica e per dispositivi, anche

- l'efficienza prescrittiva, che monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi.
- l'appropriatezza prescrittiva, che monitora nello specifico 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. 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 inappropriata.

Nell'USL Umbria 1, a fronte di un'efficienza prescrittiva farmaceutica nella media del network²¹, gli indicatori di governo della spesa e di appropriatezza prescrittiva farmaceutica²² evidenziano:

²¹ F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica 4,44

F20.10 % Rituximab biosimilare **0,00 x 100**

F20.7 % Imatinib equivalente

F20.8 % Etanercept biosimilare **0,04 x 100**

F20.9 % Infliximab biosimilare **37,31 x 100**

F12a.2 % di Statine (Ipilipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12.11a % di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza  **82,35 Percentuale**

²² C9 Appropriatazza prescrittiva farmaceutica 1,76

C9.NSG.D

C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine **24.921,52 DDD x 1000**

C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi **10.244,86 DDD x 1000**

C21.2 Appropriatazza prescrittiva post IMA  2,60

C21.2.1 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione  **67,38**

C21.2.2 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione  **77,44 %**

C21.2.3 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione  **79,08**

C9.10.1 Polypharmacy **30,93 %**

C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) DDD per res. pesati  **34,06 U.P.**

C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-iperterensivi)  **32,24**

C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) DDD per 1000 res pesati die  **36,82**

C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio  **22,19 DDD per 1000**

C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

C9.9.2 Consumo di antipsicotici DDD per 1000 res. pesati die

C9.21 Percentuale di pazienti trattati con NAO

C9.17 Appropriatazza prescrittiva ospedaliera

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti **1,14 U.P.**

C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

- una **spesa farmaceutica** territoriale più elevata della media del network , che colloca l'indicatore dell'USL Umbria 1 in area “arancio”
- un disallineamento **per difetto** di indicatori come la prescrizione di beta-bloccanti alla dimissione in pazienti con IMA (= ■ 67,38% vs media regioni 71,061) . Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come mandatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto, perché esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine
- un disallineamento **per eccesso** di indicatori come:
 - consumo di **Inibitori di Pompa Protonica** (■ 34,06 U.P. DD per res. Pesati vs media regioni 27,243) In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatelyzza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.
 - Consumo di **inibitori selettivi della ricaptazione serotonina** (Antidepressivi ■ 36,82 DDD DDD per 1000 res pesati die vs media regioni 26,83) L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.
 - Consumo di **antibiotici sul territorio** ■22,19 DDD per 1000 vs media regioni 17,416. La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali (Rapporto OsMed 2014).

3. INDICATORI DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEL PNE

Com'è noto, mediante il PNE (Programma Nazionale Esiti) il Ministero della Salute, avvalendosi di AGENAS, effettua la valutazione degli esiti degli interventi sanitari erogati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale²³.

Nell'esaminarli è opportuno tenere conto del fatto che i risultati pubblicati dal PNE 2017 si basano sui ricoveri 2016, dovendo rispettare i tempi tecnici di consolidamento dei dati delle SDO e di verifica degli stessi da parte degli erogatori (audit sulla qualità dei dati).

Gli esiti misurati si riferiscono sia ad **indicatori "a breve termine"** (es mortalità a 30 gg, riammissioni a breve termine...) sia ad **indicatori "a medio-lungo termine"** (es: mortalità a 1 anno, revisione entro due anni dall'intervento ecc.).

3.1 Esiti dell'assistenza ospedaliera erogata ai residenti nella USL Umbria 1 da tutti i presidi ospedalieri (regionali ed extraregionali) di ricovero

Alcuni risultati d'insieme si evincono dall'esame degli esiti dell'assistenza ospedaliera riferiti ai residenti dell'USL Umbria 1, residenti che sono stati ricoverati sia negli ospedali della USL Umbria 1, sia nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, sia più marginalmente in altri ospedali regionali ed extraregionali.

Gli esiti dell'assistenza complessiva ai residenti sono in linea con i valori medi nazionali per la maggior parte degli indicatori PNE e significativamente migliori per alcune patologie o interventi.

Ottimi risultati infatti si evidenziano nelle malattie cardio-cerebrovascolari: la mortalità a 30 giorni e ad 1 anno per Ictus ed Infarto sono fra le più basse d'Italia; così come sono molto buoni gli esiti per alcune attività chirurgiche (si citano a titolo di esempio: bassa % di reintervento entro 2 anni per protesi di anca, alta % di ricostruzione mammaria nel ricovero indice, bassa degenza postoperatoria per colecistectomia laparoscopica).

Fra i disallineamenti rispetto ai valori medi italiani ($RR_{Adj} > 1$ e $p \geq 0,05$) si citano: mortalità a 30 gg per TM del colon retto ($RR_{Adj} 1,66$), reinterventi entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella ($RR_{Adj} 1,14$), amputazione a 6 mesi dal ricovero per arteriopatia degli arti di III e IV stadio ($RR_{Adj} 1,5$), mortalità per l'emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore ($RR_{Adj} 1,35$), ri-ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve ($RR_{Adj} 1,15$).

²³ Nel PNE sono considerate come misure di esito: mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, procedure chirurgiche, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, tempi di attesa.

La valutazione degli esiti viene effettuata confrontando il risultato di ciascuna ASL o struttura ospedaliera con il valore medio nazionale e stimando così il Rischio Relativo Aggiustato (RR_{ADJ}) e la relativa significatività statistica ($p \leq 0,05$) che gli esiti osservati siano migliori o peggiori.

I rischi sono aggiustati (% ADJ) con standardizzazione diretta per età, sesso, gravità della patologia/intervento e comorbidità.

3.1 Esiti dell'assistenza ospedaliera erogata dagli ospedali dell'Azienda USL Umbria 1

I risultati ottenuti dalle strutture ospedaliere gestite direttamente dall'USL Umbria 1 si evincono sinteticamente dalle "tree-map"²⁴ dei nostri ospedali, che sono rappresentazioni grafiche sintetiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere **per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.**

Osservando le *tree map* degli ospedali a gestione diretta dell'USL Umbria 1 (figure 3 a, b, c, d, e) a fronte di esiti complessivamente soddisfacenti (le aree "verdi" prevalgono in tutti gli ospedali !), emergono criticità in alcuni ambiti:

- **volumi d'attività** inferiori alle soglie del regolamento sugli standard ospedalieri sia in alcuni ospedali DEA (bassi volumi nell'area chirurgia oncologica, nell'area gravidanza/parto per l'Ospedale G-GT), sia negli ospedali di base (bassi volumi nell'area chirurgia generale all'Ospedale di Assisi, chirurgia oncologica all'Ospedale di Castiglione del Lago e gravidanza/parto all'Ospedale della Media Valle del Tevere)
- **scostamenti della performance** che meritano un approfondimento (con mediante metodi e strumenti scientificamente riconosciuti come: audit clinici per misurazione di aderenza alle linee guida, mortality & morbidity review ecc)²⁵ per:
 - l'area cardiocircolatoria (% PTCA entro 2 gg e % mortalità per scompenso cardiaco entro 30 gg)
 - la chirurgia generale (% ricoveri con postoperatorio <3 gg nella colecistectomia laparoscopica) ed oncologica (% interventi di resezione entro 120 gg per TM mammella)
 - l'area gravidanza e parto (% complicanze durante il parto e il puerperio nel parto naturale e nel parto cesareo).

²⁴ Si veda pagina 5 di 14 dell'introduzione al PNE 2016 in: <http://95.110.213.190/PNEed17/main/doc/introduzione.pdf>
e tree map dei singoli ospedali in: http://95.110.213.190/PNEed17/sintesi/sintesi_vis/default_sintesi_stru.php