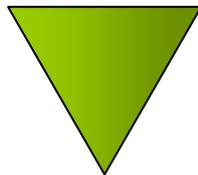




RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE

Anno 2015



www.uslumbria1.gov.it

Realizzato a cura di:

- *UO Programmazione Controllo e Sistema Informativo*

In collaborazione con:

- *Distretti*
- *Dipartimento di Prevenzione*
- *Dipartimento di Salute Mentale*
- *Presidi Ospedalieri*
- *Dipartimenti Ospedalieri*
- *Staff Aziendali*
- *UO Amministrative*

Indice

Premessa	5
La Missione dell’Azienda	6
Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita	7
L’organizzazione dell’Azienda	12
Il ciclo di programmazione e controllo	15
I Sistemi informatici	17
La Qualità e Sicurezza delle cure	19
La Comunicazione	22
La Valorizzazione delle risorse umane	24
Le Risorse Umane	26
Le Risorse Finanziarie	28
La Prevenzione collettiva e sanità pubblica	30
Stato dell’arte	30
Obiettivi	30
Attività	32
▪ Promozione della Salute	32
▪ Attività di prevenzione rivolta alla persona	35
○ Livelli di copertura vaccinale	35
○ Programmi di diagnosi precoce	37
▪ Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita	45
○ Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano	45
▪ Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi all’ambiente di lavoro	46
▪ Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti	47
▪ Sanità Pubblica Veterinaria	49
▪ Medicina dello sport	51
L’Assistenza Distrettuale	52
Stato dell’arte	52
Obiettivi	53
Attività	55
▪ Assistenza farmaceutica convenzionata	55
▪ Assistenza protesica	57
▪ Assistenza integrativa	61
▪ Attività di Continuità Assistenziale	62
▪ Cure Domiciliari	64
▪ Cure Palliative	70
▪ Assistenza specialistica ambulatoriale	73
▪ Attività Consultori Materno-Infantili	76
▪ Assistenza riabilitativa ambulatoriale per adulti	79
▪ Assistenza riabilitativa per minori	79
▪ Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche	81
▪ Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	84
▪ Assistenza Riabilitativa per i Disturbi del Comportamento Alimentare	87
▪ Assistenza agli anziani	89
▪ Attività Residenze Sanitarie Assistite	91
▪ Sanità Penitenziaria	93

L'Assistenza Ospedaliera	95
Stato dell'arte	95
Obiettivi	96
Attività	98
Attività di ricovero complessiva	98
Analisi per residenza dell'assistito	100
▪ Attività di ricovero per acuti	102
○ Degenza ordinaria: Indicatori Tradizionali	102
○ Attività Chirurgica	103
○ Attività Ostetrica in degenza ordinaria	105
○ Case-Mix del Presidio Ospedaliero	107
○ Indicatori di appropriatezza	109
▪ Attività di Riabilitazione Ospedaliera	111
○ Centro di Riabilitazione Intensiva (C.O.R.I.) di Passignano	111
○ Riabilitazione Ortopedica Ospedale MVT	112
○ Istituto Prosperius Tiberino	112
▪ Attività di Lungodegenza Ospedaliera	113
▪ Assistenza ospedaliera psichiatrica	113
▪ Attività dei Servizi di Diagnosi e Cura	114
○ Diagnostica per immagini	114
○ Diagnostica di laboratorio	115
▪ Attività dei Pronto soccorso	115
▪ Attività ospedaliera "acquistata"	117
La gestione economico-finanziaria dell'Azienda	118

Premessa

La Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012 “Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale” prevede all’art.40 che ogni Azienda del SSR predisponga una relazione sanitaria aziendale che attesti i risultati raggiunti annualmente.

La presente relazione è strutturata in:

- *parte generale in cui si analizzano la mission, il bacino di utenza, l’organizzazione aziendale con le principali azioni trasversali, le risorse disponibili (umane e finanziarie);*
- *parte specifica sulle attività erogate, suddivisa in livelli essenziali di assistenza.*

E’ importante sottolineare che, anche nell’esercizio 2015, l’Azienda USL Umbria n. 1 ha conseguito l’equilibrio economico della gestione, utilizzando gli strumenti di programmazione, negoziazione ed assegnazione obiettivi, nonché un attento e costante monitoraggio trimestrale delle attività e dei costi e ricavi. Inoltre, il risultato positivo della gestione è stato raggiunto mantenendo gli elevati e qualificati livelli di assistenza che connotano il Servizio Sanitario della Regione Umbria.

Rilevante è stato il grande sforzo di tutto il personale, che, grazie ad una sempre più diffusa cultura di appartenenza all’Azienda e di condivisione delle scelte strategiche, ha finalizzato i propri comportamenti e le scelte gestionali al costante miglioramento della qualità e dell’efficienza dei servizi, al monitoraggio e alla verifica dei risultati, sia in termini economici che di attività.

Un apprezzamento sostanziale per i risultati raggiunti deve essere, pertanto, rivolto ai tanti attori - interni ed esterni all’Azienda, quali i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta - che li hanno resi possibili, in un clima di dialogo aperto e costruttivo.

In particolare la Direzione dell’Azienda sottolinea l’impegno dei collaboratori a tutti i livelli, il sostegno dei Sindaci, la chiarezza e la comprensione non sempre agevoli nel confronto con le diverse espressioni delle rappresentanze sindacali, l’intensità della partecipazione dell’Associazionismo e del Volontariato, il buon livello di integrazione con tutti i fornitori di prestazioni e servizi, profit e no-profit. Sono stati così facilitati processi di adattamento rilevanti per migliorare la coerenza delle risposte ai bisogni/domande degli utenti.

*Il Direttore Generale
Dr. Andrea Casciari*

La Missione dell'Azienda

La **missione** dell'Azienda USL Umbria n.1 consiste nel promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività che vive e lavora nel suo territorio, nell'ambito delle indicazioni normative e programmatiche nazionali e regionali.

Nell'adempire alla sua missione istituzionale l'Azienda si ispira ai seguenti principi:

- efficacia delle prestazioni erogate;
- equità di accesso alle prestazioni efficaci;
- trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- efficienza organizzativa e produttiva;
- coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato;
- soddisfazione dei cittadini/utenti;
- continua crescita professionale degli operatori;
- salvaguardia dell'ambiente di lavoro e naturale.

Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita

L'Azienda USL Umbria n.1 è un'Azienda Sanitaria Territoriale che, allo stato attuale, assiste l'area più vasta e popolosa della Regione.

Ha una superficie complessiva di **4.298,38 Km^q**, dove insistono **38 Comuni** (Corciano, Perugia, Torgiano, Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Marsciano, Montecastello di Vibio, San Venanzo, Todi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegaro, Tuoro, Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Umbertide, Pietralunga, San Giustino, Umbertide, Costacciaro, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Valfabbrica, Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Deruta, Collazzone, Fratta Todina, S. Venanzo, Todi, Massa Martana, Monte C. Vibio).

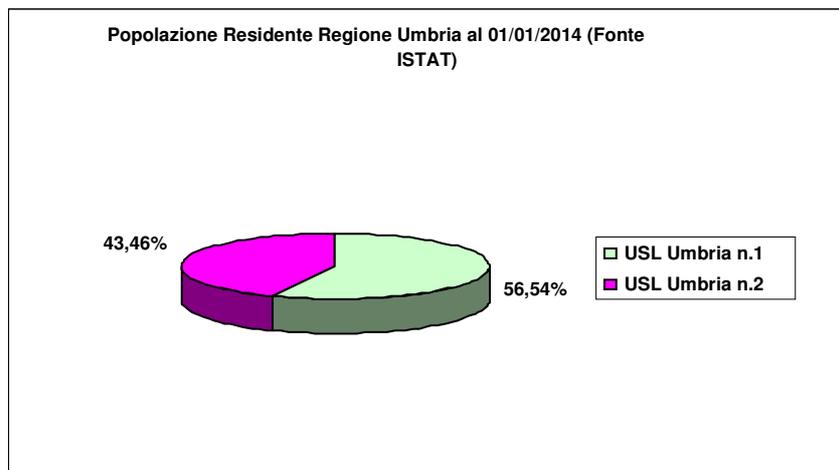


Al 1 gennaio 2014, la popolazione residente nella USL Umbria n.1 risulta pari a **506.999** unità.

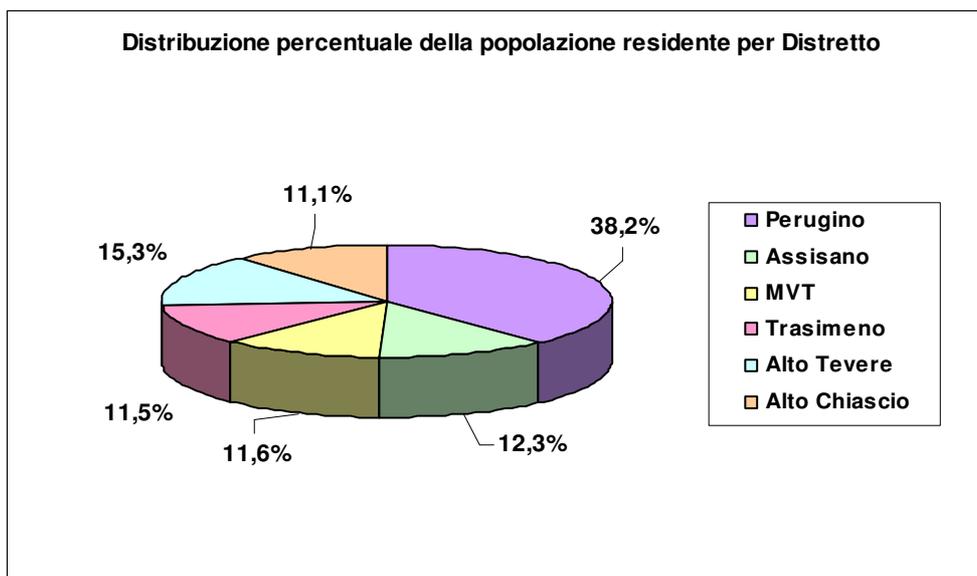
Popolazione Residente al 01/01/2014 (Fonte ISTAT)

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
Corciano	21.184	63,69	332,61
Perugia	166.030	449,92	369,02
Torgiano	6.688	37,88	176,56
Distretto - Perugino	193.902	551,49	351,60
Assisi	28.132	186,84	150,57
Bastia	21.960	27,62	795,08
Bettona	4.354	45,20	96,33
Cannara	4.387	32,65	134,36
Valfabbrica	3.470	92,06	37,69
Distretto - Assisano	62.303	384,37	162,09
Collazzone	3.501	55,81	62,73
Deruta	9.767	44,39	220,03
Fratta Todina	1.863	17,52	106,34
Marsciano	18.853	161,55	116,70
Massa Martana	3.814	78,11	48,83
Montecastello Di Vibio	1.608	31,91	50,39
San Venanzo	2.273	168,86	13,46
Todi	17.018	223,01	76,31
Distretto - Media Valle Tevere	58.697	781,16	75,14
Castiglione Del Lago	15.619	205,54	75,99
Città della Pieve	7.822	111,37	70,23
Magione	14.876	129,81	114,60
Paciano	988	16,83	58,70
Panicale	5.753	78,84	72,97
Passignano	5.719	81,06	70,55
Piegaro	3.783	98,92	38,24
Tuoro	3.837	55,58	69,04
Distretto - Trasimeno	58.397	777,95	75,07
Citerna	3.538	20,24	174,80
Città di Castello	40.191	387,53	103,71
Lisciano Niccone	633	35,52	17,82
Monte Santa Maria Tiberina	1.203	71,98	16,71
Montone	1.688	50,89	33,17
Pietralunga	2.133	140,24	15,21
San Giustino	11.407	80,69	141,37
Umbertide	16.747	200,16	83,67
Distretto - Alto Tevere	77.540	987,25	78,54
Costacciaro	1.253	41,30	30,34
Fossato Di Vico	2.937	35,30	83,20
Gualdo Tadino	15.477	124,19	124,62
Gubbio	32.632	525,08	62,15
Scheggia e Pascelupo	1.397	63,95	21,85
Sigillo	2.464	26,34	93,55
Distretto - Alto Chiascio	56.160	816,16	68,81
AZIENDA USL Umbria n.1	506.999	4.298,38	117,95

Rispetto al dato regionale, i residenti della USL Umbria n.1 rappresentano quasi il **57%** della popolazione umbra (896.742).



Il grafico successivo, riportando la distribuzione percentuale della popolazione residente per Distretto, mostra che il **38%** circa di tale popolazione fa riferimento al Distretto del Perugino.



La popolazione rappresentata ha una maggior percentuale di donne (**52%**) rispetto agli uomini.

Popolazione Residente al 01/01/2014 per sesso (Fonte ISTAT)

Sesso	Maschio		Femmine		Totale
	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	92.292	47,60	101.610	52,40	193.902
Distretto dell'Assisano	30.072	48,27	32.231	51,73	62.303
Distretto della MVT	28.507	48,57	30.190	51,43	58.697
Distretto del Trasimeno	28.219	48,32	30.178	51,68	58.397
Distretto dell'Alto Tevere	37.331	48,14	40.209	51,86	77.540
Distretto dell'Alto Chiascio	27.086	48,23	29.074	51,77	56.160
Totale	243.507	48,03	263.492	51,97	506.999

Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione anziana (**ultrasessantacinquenni 23%**), che, anche se in parte riequilibrato dal fenomeno migratorio, richiede l'applicazione di misure che promuovano la figura dell'anziano attivo e scongiurino una crescita non sostenibile della richiesta di servizi, nonché il decadere delle condizioni di vita degli stessi anziani.

Popolazione Residente al 01/01/2014 per fasce di età (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		≥ 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	26.986	13,9	123.811	63,9	20.932	10,8	22.173	11,4	193.902
Distretto dell'Assisano	8.667	13,9	39.867	64,0	6.484	10,4	7.285	11,7	62.303
Distretto della MVT	7.689	13,1	36.828	62,7	6.278	10,7	7.902	13,5	58.697
Distretto del Trasimeno	7.727	13,2	36.477	62,5	6.411	11,0	7.782	13,3	58.397
Distretto dell'Alto Tevere	10.178	13,1	49.372	63,7	8.246	10,6	9.744	12,6	77.540
Distretto dell'Alto Chiascio	7.156	12,7	34.955	62,2	6.408	11,4	7.641	13,6	56.160
Totale	68.403	13,49	321.310	63,37	54.759	10,80	62.527	12,33	506.999

Di seguito sono riportate alcune variabili socio-demografiche la cui valutazione è fondamentale nei processi di riorganizzazione.

Azienda USL Umbria n.1 – Indici demografici al 01/01/2014

COMUNI	Indice di Invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di carico sociale
CORCIANO	18,68	113,94	54,02
PERUGIA	22,76	167,92	57,01
TORGIANO	20,42	134,85	55,21
DISTRETTO - PERUGINO	22,23	113,94	54,02
ASSISI	25,96	225,62	59,93
BASTIA	20,13	135,12	53,92
BETTONA	21,36	151,71	54,89
CANNARA	22,36	161,35	56,79
VALFABBRICA	24,21	186,25	59,25
DISTRETTO - ASSISANO	22,10	158,87	56,28
COLLAZZONE	22,11	149,42	58,49
DERUTA	21,04	142,21	55,85
FRATTA TODINA	26,52	221,52	62,57
MARSCIANO	22,43	161,60	57,02
MASSA MARTANA	24,70	190,30	60,45
MONTECASTELLO DI VIBIO	28,79	289,38	63,25
SAN VENANZO	26,66	271,75	57,41
TODI	27,13	229,93	63,74
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	24,16	184,42	59,38
CASTIGLIONE DEL LAGO	25,00	195,69	60,69
CITTA' DELLA PIEVE	24,29	193,88	58,28
MAGIONE	22,68	154,56	59,63
PACIANO	23,99	213,51	54,38
PANICALE	25,55	205,02	61,33
PASSIGNANO	23,90	172,82	60,60
PIEGARO	24,77	198,94	59,28
TUORO	26,17	209,60	63,00
DISTRETTO - TRASIMENO	24,30	183,68	60,09

Azienda USL Umbria n.1 – Indici demografici al 01/01/2014 (segue)

COMUNI	Indice di Invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di carico sociale
CITERNA	20,55	139,54	54,50
CITTA' DI CASTELLO	23,10	179,82	56,12
LISCIANO NICCONI	26,22	263,49	56,68
MONTE SANTA MARIA TIBERINA	24,52	218,52	55,63
MONTONE	24,64	178,54	62,46
PIETRALUNGA	26,86	242,80	61,10
SAN GIUSTINO	23,47	176,82	58,08
UMBERTIDE	23,00	166,54	58,26
DISTRETTO - ALTO TEVERE	23,20	176,75	57,05
COSTACCIARO	29,29	282,31	65,74
FOSSATO DI VICO	23,36	161,41	60,84
GUALDO TADINO	25,04	193,36	61,25
GUBBIO	24,51	192,54	59,34
SCHEGGIA E PASCELUPO	32,57	332,12	73,54
SIGILLO	27,11	218,30	65,37
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	25,02	196,32	60,66
Azienda USL Umbria n.1	24,29	183,84	59,99

L'organizzazione dell'Azienda

Il modello organizzativo dell'Azienda USL Umbria n.1 è articolato secondo il seguente schema:

- **Direzione Aziendale**, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche, per garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;
- **Area Centrale dei Servizi** a cui spetta il compito di garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;
- **Nucleo Operativo** che attende alla produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

L'Area Centrale dei Servizi è costituita dalle U.O. di Staff e dalle U.O. Amministrative.

Le **U.O. di Staff** della Direzione Aziendale sono strutturate con il compito di fornire supporto tecnico e/o operativo alle funzioni della Direzione Aziendale e/o di esercitare funzioni particolari, che risulta economicamente e qualitativamente utile gestire in forma unitaria ed accentrata.

Sono strutture di Staff della Direzione Aziendale le U.O.: Programmazione, Controllo e Sistema Informativo, Sviluppo Qualità e Comunicazione, Sicurezza Aziendale, Risk Management, Formazione del Personale e Sviluppo Risorse, Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo e Ostetrico (S.I.T.R.O.), Farmaceutica Ospedaliera Aziendale e Territoriale Area Nord, Farmaceutica Territoriale Aziendale, Assistenza Sociale, Fisica Sanitaria.

Le **U.O. Amministrative**, che hanno il compito di assicurare il corretto assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo e logistico, sono: Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri, Attività Tecniche e Tecnologie Informatiche, Patrimonio, Contabilità Economico-Finanziaria, Certificazione revisione bilancio, Risorse Umane Trattamento Giuridico Personale Dipendente, Risorse Umane Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate, Acquisti Beni e Servizi, Area Economale, Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri.

Il Nucleo Operativo è costituito dalle Macrostrutture dotate di autonomia tecnico professionale:

- Distretti;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimenti gestionali ospedalieri.

Il **Distretto** è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'Azienda per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse aziendali e degli enti locali.

I Distretti dell'Azienda USL Umbria n. 1, articolati in Centri di Salute e Servizi, sono i seguenti:

- **Distretto del Perugino**, comprendente i Comuni di Corciano, Perugia, Torgiano;
- **Distretto dell'Assisano**, comprendente i Comuni di Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;
- **Distretto della Media Valle del Tevere**, comprendente i Comuni di Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello Vibio, San Venanzo, Todi;

- **Distretto del Trasimeno**, comprendente i Comuni di Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegaro, Tuoro;
- **Distretto Alto Chiascio**, comprendente i Comuni di Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- **Distretto Alto Tevere**, comprendente i Comuni di Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Il **Dipartimento di Prevenzione** è la struttura operativa di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono presenti **2 Presidi Ospedalieri sedi di DEA di 1° livello** (Alto Tevere e Gubbio-Gualdo Tadino) ed un **Presidio Ospedaliero Unificato** con 4 Ospedali di Territorio e un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale.

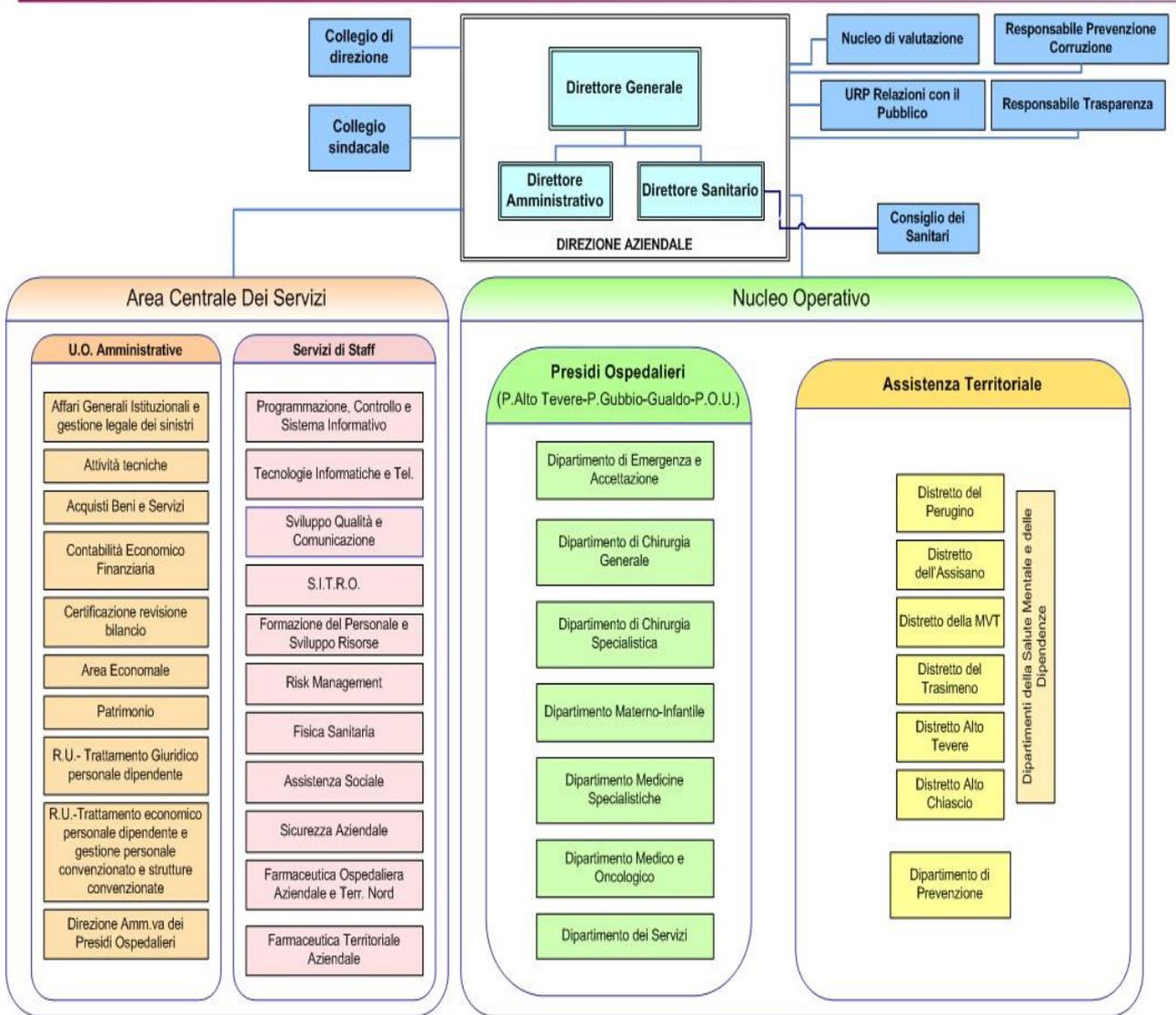
Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

L'organizzazione dipartimentale è volta a migliorare l'equità, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficienza dei servizi e la produttività, nonché il contenimento della spesa sanitaria.

I Dipartimenti gestionali dell'Azienda USL Umbria n.1 sono: **Dipartimento di Chirurgia Generale, Dipartimento di Chirurgia Specialistica, Dipartimento Medico e Oncologico, Dipartimento Medicine Specialistiche, Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento di Emergenza e Accettazione.**

E' stato, inoltre, istituito un **Dipartimento funzionale delle Dipendenze**, finalizzato al coordinamento dello sviluppo organizzativo ed alla definizione di protocolli assistenziali di strutture omologhe o complementari già aggregate nei distretti.

E' previsto, infine, di istituire, ai sensi della DGR 50/2011, in collaborazione con l'A.O. di Perugia, un **Dipartimento funzionale Interaziendale per la Salute Mentale** integrato con l'Università degli Studi di Perugia.



Il ciclo di programmazione e controllo

La programmazione delle attività, così come ribadito all'art. 16 dell'Atto Aziendale, rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda e lo strumento funzionale all'introduzione della cultura della "gestione per obiettivi". L'adozione di un tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

Preliminarmente alla definizione delle varie fasi del processo di programmazione e controllo, è stato necessario individuare, in modo chiaro ed esplicito, il modello teorico/concettuale di riferimento.

Si è scelto di utilizzare il modello cosiddetto "**circolare**" basato sull'incontro e sull'integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale (tenuto conto delle direttive nazionali e regionali) e le proposte tecniche formulate dal nucleo operativo.

Tale modello è sembrato quello più idoneo a dare pratica attuazione alle scelte strategiche aziendali, in quanto:

- favorisce la ricerca del consenso che rappresenta l'elemento fondante del successo di ogni organizzazione sanitaria, in quanto capace di garantire una diffusa responsabilizzazione, unico vero collante tra le strategie elaborate dalla direzione generale e le scelte operative poste in essere dai singoli professionisti;
- obbliga i professionisti ad esplicitare i loro più rilevanti comportamenti operativi, riducendo la loro indubbia autoreferenzialità e permettendo all'Azienda di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle strategie aziendali.

La programmazione annuale si realizza attraverso i seguenti strumenti previsti dall'art. 35 della L.R. 18/2012:

- i **Programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget)**;
- gli **Accordi ed i Contratti con le strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- i **Contratti integrativi** disciplinanti il rapporto di lavoro;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

In particolare, il **Budget** permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,

- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

La metodologia del budget aziendale prevede i seguenti livelli budgetari:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

Il monitoraggio dell'andamento del budget viene effettuato, attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma trimestrale; mentre la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nel budget viene effettuata entro il mese di marzo dell'anno successivo.

Nello specifico del ciclo programmatico per l'anno 2015, il processo ha avuto inizio nel mese di settembre 2014 e si è concluso con la negoziazione avvenuta nel mese di dicembre 2014 e la conseguente assegnazione degli obiettivi di Budget 2015 e delle risorse necessarie ai Dipartimenti Ospedalieri e ai Distretti Socio-Sanitari (Delibera n. 81 del 30/01/2015).

Il monitoraggio dell'andamento del budget (attività e costi) è stato effettuato in corso d'anno attraverso un sistema di reporting trimestrale.

I Sistemi Informatici

Nel corso del 2015 l'Azienda USL Umbria n.1 ha messo in atto processi innovativi, derivanti dalla diffusione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, orientati all'ottimizzazione dei processi sanitari ed amministrativi e dei servizi on line ai cittadini, in un'ottica di semplificazione e facilità di accesso.

In particolare nel corso dell'anno sono stati messi a regime diversi progetti tra i quali:

Dematerializzazione della prescrizione (ricetta elettronica)

Nel 2015 è stata completata la diffusione della ricetta dematerializzata per la prescrizione farmaceutica e specialistica, che porterà alla progressiva eliminazione della ricetta cartacea.

Il progetto ha come obiettivo la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, attribuzione e verifica del budget di distretto, farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica (cfr. comma 1 dell'art. 50 della legge 326/2003 "*monitoraggio della spesa farmaceutica e specialistica a carico del SSN*").

Nella nostra USL il progetto ha coinvolto circa 1.500 medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri ed ambulatoriali), che sono stati dotati degli strumenti idonei ed opportunamente formati, in modo da prescrivere la ricetta dematerializzata direttamente dal proprio computer.

I dati della prescrizione vengono automaticamente trasmessi alle farmacie, al CUP regionale e al sistema di monitoraggio nazionale (sistema TS).

Referti radiologici on line

Dal mese di ottobre 2015 sono stati resi disponibili on-line i referti e le immagini radiologiche, che il paziente può ritirare comodamente da casa propria o rendere disponibili al proprio medico di fiducia, direttamente dal Web, utilizzando i codici di sicurezza forniti al momento dell'esame.

In particolare gli utenti hanno a disposizione:

- il referto in formato pdf, che potrà essere visualizzato e stampato direttamente dal proprio computer;
- il referto in formato p7m, che è lo stesso documento del punto precedente ma con in più la firma digitale del medico specialista che lo ha redatto (quindi con piena validità giuridica);
- le immagini dell'esame, che potranno essere viste on-line senza bisogno di software aggiuntivo.

Progetti di area clinica

Per quanto riguarda l'area clinica, è stata completata l'informatizzazione del percorso chirurgico e della gestione delle liste di attesa operatorie con la completa attuazione delle nuove procedure aziendali del percorso chirurgico.

Sempre in ambito ospedaliero è stata avviata l'informatizzazione dei percorsi nascita e la digitalizzazione della documentazione clinica ospedaliera, al fine di razionalizzare l'archiviazione delle cartelle cliniche e velocizzare la consegna delle copie richieste dai pazienti.

Nell'ambito territoriale è a regime la gestione informatizzata delle richieste di assistenza domiciliare da parte del medico di medicina generale e la rendicontazione delle visite domiciliari e delle prestazioni di particolare impegno professionale.

Progetti di area amministrativa e gestionale

Nel 2015 è stato introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di utilizzare in modo esclusivo la fatturazione elettronica.

Questa Azienda ha messo a regime i propri sistemi informatici per la gestione dell'intero ciclo di emissione e ricezione delle fatture, del workflow contabile e della conservazione documentale digitale, secondo le regole tecniche previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale.

Adeguamento tecnologico

Nel rispetto degli stringenti vincoli di bilancio, si è cercato di orientare le risorse disponibili al miglioramento tecnologico, per garantire la massima sicurezza possibile dei sistemi informatici, con particolare attenzione alla riservatezza dei dati e alla continuità dei servizi erogati.

In attesa della realizzazione del progetto regionale di Data Center unificato per la P.A., è stato attuato nel corso del 2015 un primo progetto di adeguamento tecnologico, che ha consentito l'allineamento delle infrastrutture virtuali dei due Data Center (Perugia e Città di Castello) e l'attivazione del disaster-recovery di alcuni sistemi critici, nonché la reingegnerizzazione e la messa in sicurezza dei sistemi di backup.

La Qualità e Sicurezza delle cure

Nel 2015 l'azienda ha perseguito il consolidamento delle attività precedentemente sviluppate in ambito di:

- **accreditamento istituzionale;**
- **programmi di miglioramento della qualità con l'approccio PDCA (Plan-Do-Check-Act);**
- **sicurezza delle cure.**

1. Accredитamento istituzionale

Per sostenere lo sviluppo dei processi di accreditamento istituzionale:

- sono state revisionate le Procedure Generali di Sistema allegate al Vademecum per l'accreditamento (documento di riferimento per lo sviluppo del sistema qualità nelle strutture in accreditamento della nuova Azienda USL Umbria 1) , pubblicate in Intranet in <http://intranet.aslumbria1.local/index.php/modulistica/category/11-area-qualità>
- è stato realizzato un corso di formazione di 40 ore per i team dei servizi da accreditare e vari corsi di formazione lavoro o di re-training che hanno coinvolto tutti i professionisti (medici, infermieri, tecnici, ecc) delle strutture in accreditamento o già accreditate;
- è stato ottenuto l'Accreditamento dei Servizi di Nefrologia e Dialisi ed effettuati i preaudit per l'accreditamento delle strutture di Riabilitazione Intensiva Ortopedica MVT, Riabilitazione Respiratoria del Perugino e Hospice, portando così a 25 le strutture accreditate nella USL Umbria 1;
- sono state effettuate 15 Visite Ispettive Interne nelle strutture accreditate o in accreditamento: Radiologia Ospedale di Assisi, Città di Castello, Gubbio - Gualdo Tadino, Media Valle del Tevere, S Territoriali e Senologia Perugia; Laboratorio Analisi Ospedale MVT e LUS - Laboratorio Unico Screening; Anatomia Patologica; Farmacia Area Nord; CORI e Riabilitazione ortopedica MVT; Dialisi area nord e area sud; Riabilitazione Respiratoria Perugia; Hospice.

2. Programmi di miglioramento della qualità

I programmi di miglioramento della qualità sono elaborati perseguendo l'allineamento di obiettivi ed attività in tutti i processi di pianificazione aziendale (Piano Qualità, Piano Comunicazione, Piano Formazione, Piano Risk Management).

Pertanto, le linee strategiche del 2015, oltre allo sviluppo del sistema di accreditamento sopra esplicitato, sono state mirate a:

- **gestire il sistema di ascolto e comunicazione** come strumento per la qualificazione delle relazioni interne ed esterne.

Le attività principali realizzate in questo ambito sono state:

- **gestione dei reclami:** istruttoria dei reclami e produzione di report annuale;
- **indagini sulla soddisfazione dell'utenza:** sono state realizzate nel Servizio di Riabilitazione ortopedica MVT e al CORI, nelle 5 sedi dei Servizi di Nefrologia e Dialisi, mentre sono state progettate per i servizi accreditati o in accreditamento delle Unità raccolta sangue e dell'Hospice;

- **Carte dei servizi:** pubblicazione in Internet nell'area 'Per il cittadino' delle carte di: Anatomia Patologica Aziendale, Nefrologia e Dialisi Area Nord e Area Sud, Riabilitazione Ortopedica Media Valle del Tevere, Riabilitazione Respiratoria del Perugino, Radiologia Città di Castello e Umbertide;
- **promuovere il miglioramento della documentazione sanitaria** attraverso:
 - implementazione di **procedura aziendale di gestione della cartella clinica e del consenso informato** con produzione della modulistica cartacea e del sistema di etichettatura della pagine della cartella generato dall'ADT;
 - revisione di sezioni specialistiche della cartella: cartella della Riabilitazione Ortopedica e cartella neonatologica;
 - realizzazione del **monitoraggio della qualità della cartella clinica, del consenso informato** e dell'applicazione di procedure di MQ e GRC implementate in ospedale;
- **promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure, con raccomandazioni e procedure basate sull'evidenza, percorsi assistenziali e progetti di audit clinico:** le azioni principali hanno riguardato: la revisione ed integrazione di **11 Procedure Generali Aziendali:** PGA24 Prevenzione e gestione rischio cadute, PGA25 Incident Reporting, PGA26 Criteri per la terapia antibiotica empirica in pazienti ospedalizzati e PGA02/15 Guida ai prelievi domiciliari non ADI, PGA04/15 Prevenzione rischio suicidio in ospedale, PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale, PGA06/15 Gestione TAO Centri di Salute e Amb. Ospedalieri e PGA07/15 Gestione TAO negli ambulatori dei MMG, PGA10/15 Processo di inserimento nuovo personale, PGA12/15 Processo disinfezione endoscopi, PGA13/15 Gestione paziente con colonizzazione/infezione da MDRO;
- **progetti di audit clinico** nei Distretto del Perugino e Trasimeno sulla gestione delle neoformazioni colon retto con relativo corso di formazione lavoro nell'ambito della Medicina Generale.

3. Sicurezza delle cure

Nel corso del 2015, l'attività della SSA "Risk Management" si è avvalsa della collaborazione dei Referenti della Rete del Rischio Clinico, istituita nel 2014. Le aree alle quali è stato dato particolare rilievo nel corso del 2015 sono le seguenti.

- **gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella:** attraverso l'esecuzione di incontri e contatti di vario tipo con i Referenti della Rete e con gli operatori in genere, è stato possibile garantire un'ampia socializzazione ed un'efficace esplicitazione delle modalità di segnalazione degli eventi avversi, degli strumenti utilizzabili, delle azioni da intraprendere in conseguenza delle segnalazioni. La specifica procedura e l'allegata Istruzione Operativa, costituendo un supporto informatizzato unico e condiviso da tutti i Servizi Territoriali ed Ospedalieri, hanno garantito un'omogenea attività di segnalazione degli eventi ed una maggiore sensibilizzazione nel riconoscimento delle situazioni a rischio. Sono giunte, durante l'anno 2015, 111 segnalazioni, che hanno consentito di individuare alcuni interventi da ritenere prioritari per l'anno 2016:
 - elaborare strategie ad hoc per limitare il fenomeno delle cadute;
 - elaborare una procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;

- estendere la Procedura Aziendale PGA 04/2015 “Prevenzione del suicidio in ospedale”.
- **rafforzamento della rete dei referenti per il rischio clinico e formazione specifica:** i referenti della Rete, con il coordinamento della SSA “Risk Management” e in collaborazione con lo staff Qualità e Comunicazione, hanno contribuito alla creazione di veri e propri gruppi multiprofessionali e multidisciplinari all’interno delle UUOO e dei Servizi, che hanno eseguito varie azioni, come, ad esempio:
 - proporre e definire linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici,
 - svolgere attività di incident reporting,
 - facilitare la raccolta di informazioni inerenti ai casi trattati dal Comitato Gestione Sinistri,
 - vigilare sulla corretta applicazione delle procedure.
- **lotta alle infezioni ospedaliere:** l’utilizzo del Software Vigiguard per la sorveglianza microbiologica delle infezioni ospedaliere, disponibile solo per la zona nord della Usl, ha messo in luce la necessità di porre in essere alcune azioni di miglioramento, tra le quali:
 - effettuare sorveglianza microbiologica anche nella zona sud della Usl con uguale software o strumento analogo,
 - implementare e diffondere la Procedura PGA 13/15 “Gestione del paziente con colonizzazione/infezione da germe multiresistente”,
 - elaborare una Procedura Aziendale sul lavaggio delle mani (sociale, chirurgico, antisettico in relazione delle attività esplicate).

Inoltre, sono state eseguite, in tutti gli Ospedali, due indagini di prevalenza in due giorni indice, utilizzando il software "Info-noss".

Altro importante elemento sul quale si è lavorato è la specifica procedura Aziendale “Criteri per la terapia antibiotica empirica in pazienti ospedalizzati”, deliberata e valida per tutti gli Ospedali dell’Azienda.

- **appropriatezza delle prescrizioni:** facendo seguito allo specifico evento formativo realizzato nel mese di novembre, è stato avviato il progetto intitolato “Choosing Wisely”, in analogia a quello proposto da Slow Medicine, che promuove proprio la scelta ragionata delle prestazioni da richiedere. Il progetto ha come obiettivo quello di aumentare l’appropriatezza e la qualità nella cura del paziente e di contribuire alla sostenibilità del sistema economico. Ognuna delle UUOO Aziendali individuerà una lista di due test diagnostici o trattamenti terapeutici, ovviamente a partire da quelli già individuati dalle Società Scientifiche Nazionali e Internazionali e definiti ad alto rischio di inappropriata. Il progetto inizierà a febbraio 2016 e terminerà a febbraio 2017.
- **corretta tenuta della documentazione clinica e corretta compilazione del consenso informato:** considerata la grande rilevanza della questione relativa alla raccolta del consenso, sono stati programmati incontri e momenti di riflessione con i Direttori dei Dipartimenti, in modo da produrre sinergicamente note informative dettagliate relative a tutti gli interventi e/o alla procedure interventistiche o diagnostiche effettuati nella nostra USL; tale attività viene svolta in collaborazione con la Commissione Regionale di Rischio Clinico.

La Comunicazione

Le azioni 2015 sono state sviluppate in coerenza con le linee strategiche del Piano di Comunicazione 2014-2016 per:

1. **rafforzare l'identità e consolidare l'immagine della nuova Azienda**, per promuovere il senso d'appartenenza degli operatori e per facilitare l'accesso alle informazioni del cittadino utente, anche curando l'accoglienza e il comfort nelle sedi nuove o ristrutturate;
2. **assicurare l'integrazione organizzativa e funzionale del sistema di ascolto istituzionale**, con particolare riferimento al sistema di gestione del reclamo
3. **informare il cittadino e il cittadino utente sui problemi di salute/prevenzione/malattia/stili di vita** per consentire scelte consapevoli e aumentare l'empowerment

Per il punto 2 si rinvia allo specifico paragrafo sulla qualità percepita sopra riportato (vedi *"sviluppare il sistema di ascolto e comunicazione"*).

Per i punti 1 e 3, nel 2015, le attività principali realizzate sono state:

- realizzazione della **Conferenza dei Servizi aziendale** in data 4 marzo 2015 con una diretta streaming (tutti i documenti sono pubblicati nel sito Internet in: <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/conferenza-sdei-servizi-azienda-usl-umbria-1>);
- realizzazione della **Conferenza sulla Salute del Distretto del Trasimeno** nel mese di settembre a Panicale con la produzione di materiali documentali sui progetti realizzati;
- gestione del **sistema di comunicazione multicanale**:
 - costante aggiornamento del portale con notizie sull'azienda, i servizi e le prestazioni e news o altre informazioni di interesse per i cittadini e per le imprese. In particolare nell'area per il cittadino sono state pubblicate nel portale 4 carte dei servizi portando complessivamente a 14 le carte dei servizi presenti; mentre nel canale Youtube aziendale sono state pubblicate le interviste e altri video mandati in onda dai TG regionali e nazionali sui problemi di salute e organizzazione dei Servizi;
- implementazione dei contenuti della **area web "Salute"** nelle aree tematiche *"gravidanza"* e *"bambini"*;
- gestione dei **social media**: è stato adottato il regolamento per l'uso dei social media ed è proseguita l'implementazione del sito di peer education per i giovani *"Se S so"* e della pagina Facebook *"Promozione stili di vita salutari"*. Inoltre, è stato realizzato il sito/forum PODIS (Portale Disinfestazione accessibile on line in <http://www.portaledisinfestazione.org/>);
- gestione dei **rapporti con i media**: pubblicazione costante della rassegna stampa in Intranet Aziendale e redazione di comunicati stampa ed organizzazione di conferenze stampa per la diffusione delle principali informazioni rivolte ai cittadini attraverso i media. Ogni evento Aziendale è stato preceduto da informazioni per la stampa e seguito da un comunicato stampa. Su input della Direzione Generale sono state redatte risposte per i media in occasione di articoli apparsi sulla stampa che necessitavano di approfondimenti. Sono state realizzate alcune trasmissioni su temi di salute con gli operatori su richiesta dei media.

- **campagne informative su argomenti emergenti in sanità:** emergenza calore, vaccinazioni per l'età pediatrica, vaccinazioni antinfluenzali, certificazione del reddito, referti on line, fumo, attività motoria;
- **guide o materiali informativi per gli utenti:** aggiornamento dell'agenda della gravidanza e realizzazione di schede informative sulla gravidanza in 7 lingue, nell'ambito del progetto FEI "BIRTH", stampate e pubblicate in <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/gravidanza>. Inoltre, sono stati realizzati i seguenti materiali a stampa: guida per la prevenzione delle cadute, guida per la raccolta dei funghi, guida al centro regionale per il trattamento della fibrosi cistica, guida per la gestione del dolore post-operatorio, guida alla certificazione del reddito, locandina sull'autorizzazione al trattamento dei dati personali, locandine sui servizi di emodialisi di Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino, informazioni sul sistema re-call per le prenotazioni;
- **restyling della segnaletica e della accoglienza strutturale** in 10 strutture aziendali: Direzione, Poliambulatorio Europa, Punti di erogazione Costacciaro e Pierantonio, Ospedale di Branca, Ospedale di Assisi, RSA Panicale, Riabilitazione Cardiologica sede Seppilli, TAC Ospedale di Castiglione del Lago, Polo Odontoiatrico Marsciano) e rinnovo della segnaletica negli automezzi aziendali;
- **materiali a supporto di corsi di formazione/convegni/ giornate** dedicate a temi di salute per operatori e per cittadini: Corso allenatori della medicina dello sport, Corso per OSS, Giornata nazionale del Sollievo, Screening, Giornata del respiro, Attività dei piedibus;
- gestione **servizio mediazione culturale**, che rappresenta uno strumento operativo a disposizione dei servizi per affrontare e gestire le difficoltà che si possono riscontrare nella relazione tra operatore e utente straniero. In altri termini, rappresenta una funzione-ponte utile e necessaria per agevolare da un lato l'integrazione degli immigrati e dall'altro il riorientamento, dei servizi socio-sanitari, favorendo la conoscenza reciproca di culture, di valori, di tradizioni, in una prospettiva volta a tutelare il diritto alla salute. Nel corso del 2015 si sono garantiti:
 - interventi nei servizi su richiesta (256 prestazioni in sede/accompagnamento e circa 200 prestazioni telefoniche);
 - coordinamento del progetto BIRTH "Better Integration Rate Through maternal and child" (progetto interaziendale USL Umbria 1 ed Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, finanziato con Bando FEI - "FONDO EUROPEO PER L'INTEGRAZIONE DI CITTADINI DI PAESI TERZI" 2007-2014 "Annualità 2014 Azione 6 "Mediazione sociale, linguistica e interculturale") che ha consentito di offrire alle donne migranti in gravidanza accessi di mediazione culturale;
 - attività formative per operatori dei servizi.

La valorizzazione delle risorse umane

L'adozione dell'Atto Aziendale, nell'ultima parte dell'anno 2014, ha rappresentato un significativo punto di riferimento per le politiche aziendali rivolte al miglioramento continuo dei processi di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

Numerosi sono i richiami nel testo dell'Atto alla duplice funzione strategica della formazione continua, sia a sostegno del "governo clinico" (art.12) che per la "valorizzazione del personale" (art.18), in stretta correlazione con il miglioramento del sistema di valutazione della performance individuale che, nel corso del 2015, ha trovato la prima applicazione dopo l'unificazione aziendale.

1. Formazione

Il Piano Formativo 2015 ha visto la prima applicazione del modello del "Dossier formativo" individuale e di gruppo previsto dalle disposizioni in materia di Educazione Continua in Medicina e che ha la finalità di avvicinare quanto più possibile i percorsi formativi individuali alle necessità delle strutture aziendali e agli obiettivi strategici dell'Azienda.

Le attività formative aziendali, prodotte in economia e con prevalenza di utilizzo di docenti interni, hanno sviluppato **161 corsi** (di cui 21 realizzati in convenzione con altri enti e/o risorse esterne) per complessive **390 edizioni** effettuate per un totale di **3.802 ore di formazione** erogate a **5.243 discenti**.

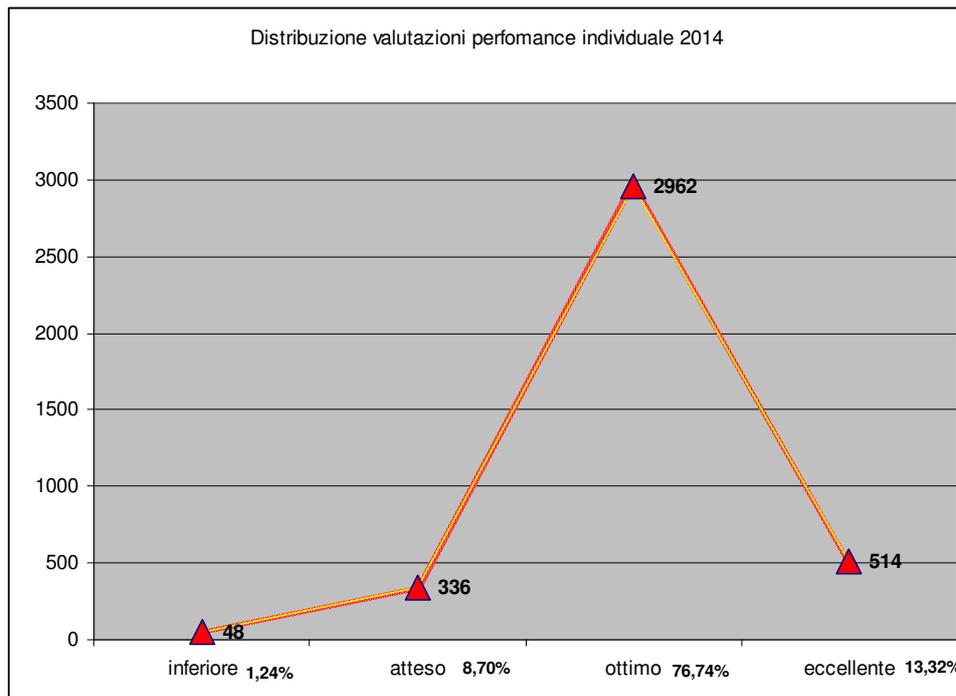
L'offerta formativa è stata, inoltre, integrata da quella organizzata dalla Regione Umbria presso la Scuola di Pubblica Amministrazione Villa Umbra, in particolare per i profili amministrativi, nonché con la formazione in comando presso altri enti o eventi esterni all'Azienda che ha coinvolto 127 operatori per 720 giornate formative.

2. Valutazione del personale

Con la revisione del sistema premiante aziendale, la cui prima applicazione ha riguardato la valutazione della performance individuale 2014, è stato implementato un complesso sistema che, come previsto dalla DGR n. 50/2012, articola la valutazione annuale del personale fra raggiungimento degli obiettivi della equipe di appartenenza e contributo individuale.

Il processo parte dalla autovalutazione di ciascun operatore e si sviluppa nella valutazione di prima istanza da parte del dirigente responsabile della unità operativa di appartenenza, coadiuvato dai responsabili delle posizioni organizzative nel caso del personale non dirigente e si conclude con la revisione in seconda istanza da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale.

A conclusione di detto processo, le valutazioni individuali dei 3.860 operatori risultano distribuite secondo il grafico seguente che vede la maggior parte dei valutati (76,74%) conseguire punteggi intorno al 75% della massima valutazione, mentre solo una parte minima (1,24%) risulta nei valori inferiori al 60% della massima valutazione e un discreto gruppo (13,52%) si colloca sui valori più alti.



Il bassissimo numero di ricorsi (4) contro la valutazione di prima istanza sembra indicare che il sistema sia stato nel complesso efficace e sufficientemente condiviso.

Sulla base di questa prima esperienza sia il Nucleo di Valutazione che la Direzione Aziendale hanno, comunque, ritenuto necessario un ulteriore miglioramento del sistema in direzione di una maggiore responsabilizzazione delle posizioni organizzative e della maggiore tempestività e fluidità dei processi di valutazione.

3. Benessere organizzativo

Azioni per il miglioramento del benessere organizzativo, sono state avviate nel 2015 nelle RSA dell'Azienda in continuità con le precedenti indagini che prevedevano la contemporanea rilevazione della condizione di benessere organizzativo e percepito dagli operatori e la specifica rilevazione del rischio legato allo stress lavoro-correlato (ex D.Lgs 81/09) applicato ai distretti sanitari e al Dipartimento di Prevenzione.

L'indagine utilizza strumenti raccomandati dalle disposizioni di legge e, in particolare, il questionario e le istruzioni emanate da CIVIT (ex art.14, comma 5 del D.Lgs. 150/09) per il benessere organizzativo e il protocollo INAIL per la rilevazione dello stress lavoro correlato.

L'indagine ha evidenziato in generale un basso grado di stress lavoro correlato e di soddisfazione lavorativa fra i dipendenti, ma si segnalano criticità sulle specificità psicosociali del lavoro di aiuto che può esporre gli operatori a fenomeni di burnout per le quali si sono individuate specifiche azioni di miglioramento organizzativo.

Le Risorse Umane

1. Personale Dipendente

Il personale dipendente in dotazione all'Azienda USL Umbria n.1, al 31/12/15, risulta pari a **3.750 unità**, di cui il **73,84%** del ruolo sanitario, il **16,96%** del ruolo tecnico, l'**8,85%** del ruolo amministrativo e lo **0,35%** del ruolo professionale.

Personale dipendente per tipo rapporto (Fonte ASCOT)

Tipologia di personale	al 31/12/2014			al 31/12/2015			Differenze 2015-2014
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	
RUOLO SANITARIO	2.593	189	2.782	2.519	250	2.769	-13
<i>Dirigenza</i>	770	57	827	748	67	815	-12
- Medico-veterinaria	685	48	733	664	58	722	-11
- Sanitaria	85	9	94	84	9	93	-1
<i>Comparto</i>	1.823	132	1.955	1.771	183	1.954	-1
RUOLO PROFESSIONALE	10	2	12	11	2	13	1
<i>Dirigenza</i>	6	2	8	6	2	8	0
<i>Comparto</i>	4		4	5	0	5	1
RUOLO TECNICO	570	64	634	554	82	636	2
<i>Dirigenza</i>	2	1	3	2	1	3	0
<i>Comparto</i>	568	63	631	552	81	633	2
RUOLO AMMINISTRATIVO	332	4	336	328	4	332	-4
<i>Dirigenza</i>	2	4	6	2	4	6	0
<i>Comparto</i>	330		330	326	0	326	-4
TOTALE	3.505	259	3.764	3.412	338	3.750	-14

Rispetto al 2014, la **dotazione è diminuita di 14 unità**, mentre risulta aumentata rispetto al 2013.

Personale dipendente totale (Fonte ASCOT)

Ruolo	al 31/12/2013	al 31/12/2014	al 31/12/2015
Ruolo Sanitario	2.769	2.782	2.769
Ruolo Professionale	12	12	13
Ruolo Tecnico	607	634	636
Ruolo Amministrativo	348	336	332
TOTALE	3.736	3.764	3.750

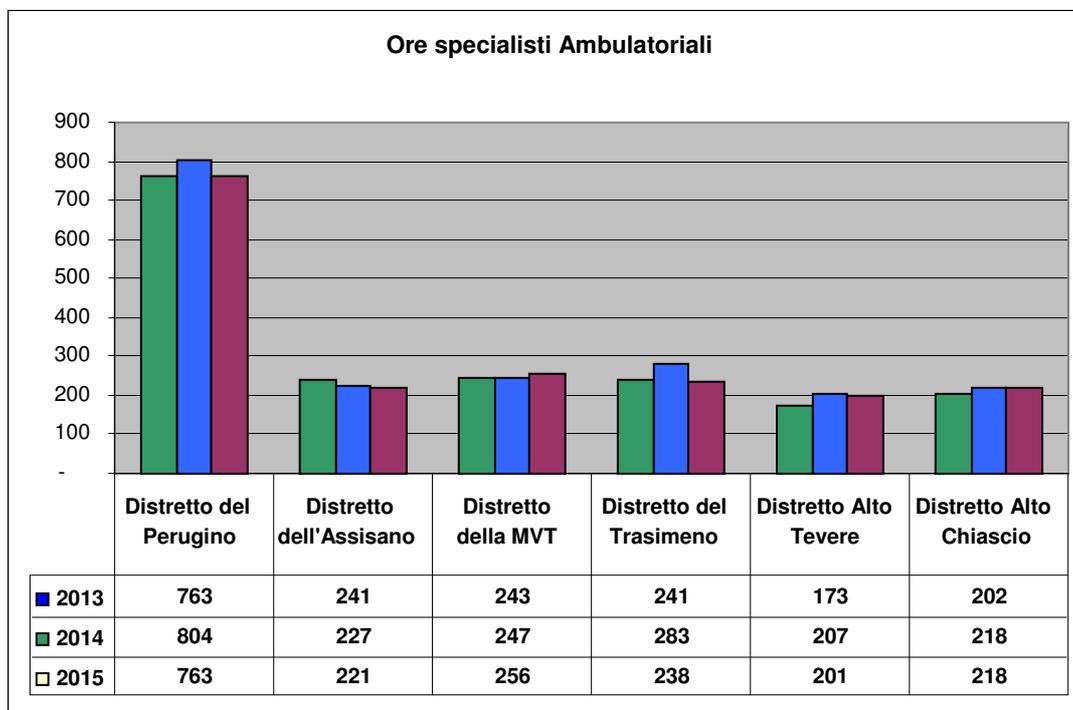
2. Personale Convenzionato

Le risorse professionali dell'Azienda USL Umbria n.1 comprendono anche il personale in rapporto convenzionale: i **medici di Medicina Generale** e di **Pediatria di Libera Scelta**, nonché i **medici dei Servizi di Continuità Assistenziale**. Nell'anno 2015 il personale convenzionato è risultato pari a **612** unità. A questi vanno aggiunti **12** medici del **Servizio Emergenza Territoriale (118)** che operano nelle postazioni degli Ospedali Aziendali (2 Assisano, 4 M.V.T., 4 Trasimeno, 1 Alto Tevere, 1 Alto Chiascio).

Personale convenzionato – Anno 2015

Convenzione	Distretto Perugino	Distretto Assisano	Distretto M.V.T.	Distretto Trasimeno	Distretto Alto Tevere	Distretto Alto Chiascio	USL Umbria 1
Medici di Medicina Generale	167	50	49	48	59	44	417
Medici Pediatria di Libera Scelta	26	9	8	7	10	7	67
Medici di Continuità Assistenziale	25	21	17	18	28	19	128
TOTALE	218	80	74	73	97	70	612

Infine, non va dimenticato che una rilevante attività assistenziale viene assicurata dai **medici specialisti ambulatoriali interni convenzionati** che, nel corso del 2015, hanno garantito **1.896** ore settimanali di attività.



Le Risorse Finanziarie

Per l'anno 2015, la Regione Umbria ha assegnato alla USL Umbria n. 1 la somma di **€ 799.247.616**, per contributi in conto esercizio. Il livello di finanziamento regionale è rimasto pressochè invariato rispetto a quello del 2014, con un incremento minimo di € 1.668.817, pari allo 0,21%, al lordo della quota di finanziamento corrente destinato agli investimenti, esposta, con segno negativo, alla voce *“Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti”*, in conformità alle vigenti disposizioni.

Una notevole diminuzione si registra, invece, per le risorse di parte corrente che la Regione Umbria, in considerazione dell'andamento della gestione economica del Servizio Sanitario Regionale, ha assegnato nel 2015 per il finanziamento degli investimenti, in conformità all'art. 29, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n 118/2011: € 2.500.000 nel 2015 a fronte di € 6.950.000 del 2014.

Si è mantenuta invece costante la quota di contributi in conto esercizio che questa USL, nel rispetto delle disposizioni della Regione Umbria e del D.Lgs 118/2011 (possibilità per ciascuna Azienda Sanitaria di finanziare l'acquisto di immobilizzazioni, sempre salvaguardando l'equilibrio economico della gestione), ha potuto destinare ad investimenti, pari ad € 4.000.000 (nel 2014 erano € 4.200.000). Tale operazione è stata resa possibile, oltre che da una attenta e rigorosa gestione delle risorse, anche in considerazione del fatto che questa Azienda non ha perdite pregresse da ripianare.

Nella tabella seguente è riportata la struttura del valore della produzione dalla quale emerge che circa il **90%** dello stesso è rappresentato dai *“contributi in conto esercizio”* composti dalla quota di FSR e oltre il **5%** deriva da ricavi per prestazioni sanitarie tra cui i più significativi sono la mobilità sanitaria regionale e quella extraregionale.

Valore della Produzione

Tipologia Ricavo	Consuntivo 2014		Consuntivo 2015		Differenza 2015-2014
	Importo	%	Importo	%	
Contributi c/esercizio	797.578.799	91,82	799.247.616	90,66	1.668.817
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti	-11.150.000	-1,28	-6.500.000	-0,74	4.650.000
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	35.976	0,00	636.926	0,07	600.950
Ricavi per prestazioni socio-sanitarie	49.382.203	5,69	48.450.153	5,50	-932.050
concorsi, recuperi, rimborsi	13.225.315	1,52	19.455.986	2,21	6.230.671
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	10.923.792	1,26	11.354.733	1,29	430.941
altri ricavi e proventi	836.205	0,10	784.582	0,09	-51.623
Contributi conto capitale imputati all'esercizio	7.756.138	0,89	8.198.230	0,93	442.092
TOTALE VALORE PRODUZIONE	868.588.428	100,00	881.628.226	100,00	13.039.798

Rispetto all'anno precedente, il valore della produzione è **umentato complessivamente dell'1,5% (+13.039.798)**.

In particolare, tra i ricavi propri aziendali, si segnala un consistente incremento, per complessivi € 6.230.671, alla voce del Valore della Produzione A5), "Concorsi Recuperi Rimorsi" a seguito della assegnazione, da parte della Regione Umbria, con DGR n. 57 del 25/1/2016, della somma di € 4.800.000 quale quota a ripiano dello sfondamento del tetto di spesa della farmaceutica territoriale ed ospedaliera degli anni 2013 e 2014. Inoltre sempre sulla stessa voce, nel rispetto delle disposizioni regionali, sono stati iscritti i finanziamenti assegnati dalla Regione Umbria a rimborso delle spese per le visite fiscali effettuate in favore delle altre pubbliche amministrazioni, per complessivi € 1.486.173.

La Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

1. Stato dell'arte

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura gestionale di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle seguenti macroaree:

- Sanità Pubblica;
- Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
- Sanità Pubblica Veterinaria;
- Sicurezza Alimentare.

Alla macroarea Sanità Pubblica afferiscono: U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.), U.O.S.D. Epidemiologia.

Alla macroarea Prevenzione nei Luoghi di Lavoro afferiscono: U.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.) Area Nord, U.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.) Area Sud.

Alla macroarea Sanità Pubblica Veterinaria afferiscono: U.O.C. Sanità Animale (S.A.) Area Nord, U.O.C. Sanità Animale (S.A.) Area Sud, U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.).

Alla macroarea Sicurezza Alimentare afferiscono: U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.) Area Nord, U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.) Area Sud, U.O.S.D. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (I.A.N.).

Le Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali assicurano la propria attività attraverso punti di erogazione in ognuno dei 6 ambiti distrettuali dell'Azienda.

2. Obiettivi

La prevenzione è oggi considerata una attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, per esempio, le campagne di promozione della salute.

Infatti, la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente, per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo che la ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, assume all'interno dei servizi di prevenzione.

La missione del Dipartimento è garantire la tutela della salute della popolazione, fornendo una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute, perseguendo in particolare le strategie di promozione della salute e di stili di vita sani, la prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici, il benessere animale e la sicurezza alimentare ai fini della tutela della salute della popolazione.

Tra le finalità del DP vi sono anche quelle di assicurare la conoscenza dello stato di salute della popolazione e l'efficacia di interventi di educazione sanitaria; a tal fine collabora con altri Servizi in progetti di prevenzione e di educazione sanitaria. Inoltre, esiste una marcata distribuzione delle attività a livello di Distretto relativamente alle vaccinazioni, alla notifica di malattie infettive ed alle indagini di tipo epidemiologico.

Il Dipartimento opera anche nell'ambito della medicina dello sport per assicurare un adeguato livello di controllo sanitario della popolazione sportiva e per promuovere l'attività fisica e la pratica dello sport nella popolazione.

Per l'anno 2015, i principali obiettivi per il Dipartimento di Prevenzione sono stati:

- Realizzare un sistema di sorveglianza sui risultati di salute dei servizi attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti;
- Sostenere i sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie accreditate a livello nazionale e regionale (PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla Salute, HBSC/GYTS) garantendo le rilevazioni programmate a livello nazionale e regionale;
- Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale;
- Assicurare la prevenzione del rischio infettivo attraverso un'adeguata attività di disinfezione, disinfestazione, derattizzazione nelle strutture sanitarie dell'Azienda;
- Controllare la qualità delle acque da destinare al consumo umano attraverso un'attività integrata con Ente Gestore, Comuni, ATO ed ARPA;
- Promuovere la salute negli ambienti di vita e di lavoro attraverso interventi di promozione della salute secondo standard di qualità condivisi;
- Mantenere i livelli di controllo già previsti dal piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro;
- Mantenere l'attività di monitoraggio nei casi di tumore riconducibili all'esposizione lavorativa a cancerogeni;
- Armonizzare e potenziare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera con il coinvolgimento dei Servizi Sanitari interessati (Servizi Veterinari e Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione);
- Assicurare l'attività di controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare attraverso l'implementazione degli Audit di terza parte (indipendenti) sugli operatori del settore alimentare;
- Garantire la sicurezza alimentare con il controllo degli alimenti di origine animale in base alle emergenze sanitarie attivate da parte del nodo regionale;
- Garantire la sicurezza alimentare attraverso i controlli ufficiali sulle imprese alimentari riconosciute ai sensi del Reg. CE 853/2004 sulla base dell'analisi del rischio da parte del Servizio IAOA;
- Promuovere la sicurezza alimentare attraverso l'implementazione dell'audit su OSA quale strumento del controllo ufficiale;
- Rafforzare l'azione di contrasto all'obesità in linea con quanto previsto dalla Carta Europea e dalle linee di indirizzo per la promozione della salute;

- Promuovere un'attività motoria salubre attraverso l'accertamento della idoneità all'attività sportiva;
- Mantenere l'attività di vigilanza e controllo nelle Aziende di produzione, confezionamento, distribuzione, somministrazione di alimenti e bevande da parte dei servizi IAOA e IAN sulla base dell'analisi del rischio;
- Mantenere l'attività di profilassi ordinaria per l'eradicazione delle zoonosi;
- Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione, deposito, commercializzazione, ed uso di principi farmacologici e chimici;
- Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione e sull'utilizzo degli alimenti zootecnici attraverso programmi di attività e monitoraggio in applicazione anche dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Az.li;
- Tutelare il benessere animale, anche ai fini della qualità delle produzioni, coordinando ed indirizzando le attività di vigilanza;
- Razionalizzare le procedure amministrativo/contabili al fine di ridurre i tempi di emissione degli ordini di pagamento e delle fatture attive.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) del Dipartimento di Prevenzione, con il valore di **97,85%**, ha fatto registrare risultati ottimali.

3. Attività

3.1. Promozione della Salute

Le malattie cronic-degenerative oggi prevalenti in Europa e in Italia, (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) hanno alla base fattori di rischio modificabili, legati allo stile di vita, (quali sedentarietà, alimentazione errata, fumo di tabacco, abuso di alcol). Esse causano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie. I comportamenti individuali sono fortemente influenzati dagli aspetti strutturali e organizzativi dei contesti di vita e di lavoro, nonché dalle condizioni economiche e sociali. Uno stile di vita salutare è reso sempre più difficile dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, a causa della prevalente auto-mobilità e automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Nell'attuale contesto storico, l'approccio bio-medico, centrato sulla malattia e sulla cura, è entrato in crisi. Le disuguaglianze in salute stanno aumentando. In un ambiente incerto come quello attuale, la gestione dei processi riguardanti la salute dell'individuo e della comunità richiede professionisti in grado di orientare le loro azioni quotidiane coniugando la razionalità con la creatività, l'evidenza scientifica con i valori etici. Si rende necessario attivare strategie efficaci per Promuovere Salute, ovvero, come dettato dalla Carta di Ottawa (1986) avviare processi che consentono alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Poiché i determinanti di salute sono disseminati nella Comunità, nei vari contesti di vita e di lavoro, per promuovere Salute bisogna necessariamente agire in modo sinergico tra i vari "settori".

Il DPCM 04/5/2007 "*Guadagnare Salute*" e la successiva Dichiarazione "*Salute in tutte le politiche*" hanno dato indicazioni che vanno in questa direzione, con l'obiettivo di facilitare l'assunzione di comportamenti salutari.

Per monitorare l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della popolazione e orientare gli interventi di prevenzione sono stati attivati dal Ministero della Salute diversi Sistemi di Sorveglianza (OKkio alla Salute; HBSC; PASSI; PASSI d'Argento).

Compito del sistema sanitario, a vari livelli, è promuovere tutti i possibili interventi atti a favorire scelte di vita salutari, in una logica di *stewardship*, ovvero di governance di azioni intersettoriali messe in campo da molteplici attori.

La stessa L.R. 18/2012 individua la promozione della salute, accanto a prevenzione, cura e riabilitazione come obiettivi e pilastri del Servizio sanitario Regionale

In tale ottica, nel 2014, con la Delibera D.G. n.1103 del 17/12/2014 è stata costituita la nuova **"Rete Aziendale dei Servizi per la Promozione della Salute"** prevedendo la partecipazione in qualità di componenti dei Responsabili dei seguenti Servizi, come previsto dalla DGR n. 805/2014: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizio di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, Direzione dei Distretti, Direzione dei Presidi Ospedalieri, Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, Direzione del Dipartimento delle Dipendenze, Servizio Alcoologia, Direzione del Dipartimento di Prevenzione.

Inoltre, si è ritenuta opportuna l'integrazione, quali componenti della Rete Aziendale, dei Responsabili dei seguenti Servizi: Servizi di Medicina dello Sport, Servizio Sviluppo, Qualità e Comunicazione, Servizio Epidemiologia, Servizio Formazione del Personale e Sviluppo Risorse.

I compiti assegnati alla Rete Aziendale dei Servizi per la promozione della salute sono:

- progettare il *"Piano aziendale per la promozione della salute"*, secondo le linee strategiche e la programmazione stabilita nel Piano Regionale di Prevenzione, coordinando e sostenendo interventi di promozione della salute che siano frutto il più possibile di una progettazione partecipata, in collaborazione con i servizi/strutture aziendali e con i soggetti esterni (Scuola, Enti Locali, Associazioni dei cittadini, ecc..) per incrementare le possibilità di scelta dei cittadini verso stili di vita e politiche a favore della salute;
- svolgere un'azione di *"governance"*, cioè garantire qualificate funzioni di consulenza, coordinamento e supporto nei confronti degli altri portatori di interesse che controllano i principali determinanti di salute;
- garantire l'appropriatezza degli interventi e la definizione/diffusione del processo culturale attraverso l'attivazione di percorsi formativi specifici, da una parte nei confronti degli operatori sanitari perché svolgano una adeguata attività di counselling, dall'altra per raggiungere i rappresentanti della società civile affinché diventino *"moltiplicatori delle azioni preventive"*;
- contribuire, in particolare, alla costruzione e sperimentazione di un modello di metodologia didattica all'interno del lavoro scolastico coerente con i principi della promozione della salute che promuova le metodologie riconosciute efficaci e le *"buone pratiche"*, coinvolgendo direttamente gli insegnanti per la realizzazione di attività di educazione e promozione della salute rivolte agli alunni e ai genitori;
- monitorare e valutare attraverso i sistemi di sorveglianza attivi o specifici indicatori di processo individuati con il supporto dell'Epidemiologia, i risultati delle azioni messe in campo
- produrre sussidi e strumenti di informazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione su temi riguardanti la salute, sui risultati ottenuti e sui comportamenti da modificare;
- realizzare incontri informativi rivolti alla popolazione generale o iniziative specifiche sul tema (es. sicurezza stradale, sicurezza in ambiente domestico, promozione della conoscenza dei

servizi, ecc.), tenendo conto dei problemi di salute rilevati e dei diversi target cui sono rivolte le iniziative;

- collaborare con il livello regionale alla individuazione di strategie vincenti in tema di promozione di stili di vita sani e comunque di promozione del benessere della popolazione in tutte le fasce di età e alla valutazione dei risultati ottenuti.

Nel corso del 2015 è stata avviata l'attuazione della citata delibera D.G, n. 1103/2014 ed è stato portato avanti il Programma **“Costruiamo insieme la Città che promuove Salute”**. Il programma è contraddistinto dall'intento di lavorare per processi superando la logica del progetto, in un'ottica di continuità degli interventi. Gli aspetti salienti sono un forte impegno verso la partecipazione dei vari attori sociali ed il moltiplicarsi di azioni a cascata. Tutte le azioni messe in campo sono in sintonia con il mandato regionale e aziendale. Il programma si articola in più linee operative da cui scaturiscono numerose azioni che tendono a rispondere a più obiettivi contemporaneamente, poiché è scientificamente dimostrato che un processo di modifica degli stili di vita ha molte più probabilità di successo quanto più la proposta è complessiva.

Le linee operative avviate sono le seguenti:

- 1) Promuovere la mobilità sostenibile;
- 2) Promuovere l'attività fisica;
- 3) Promuovere una corretta e sana alimentazione;
- 4) Rendere le Scuole promotrici di salute;
- 5) Rendere la città sana e sicura grazie ad assetti urbani che prevengano incidenti e violenze;
- 6) Promuovere socializzazione, integrazione, inclusione (coesione sociale);
- 7) Prevenire e contrastare l'abitudine al fumo;
- 8) Contrastare l'uso rischioso dell'alcol;
- 9) Formare i moltiplicatori dell'Azione Preventiva e di Promozione della Salute (MAPPS);
- 10) Promuovere la comunicazione per la Salute attraverso i social network (Progetto costruiamo insieme la salute attraverso la RETE Facebook).

In attuazione del programma citato, nell'ottica del lavoro di rete, sono state organizzate numerose iniziative, in collaborazione con vari stakeholder, utilizzando la progettazione partecipata, con sistemi di valutazione di gradimento e quindi indirettamente anche di efficacia.

Le iniziative denominate Piedibus, ormai “portate a sistema” nelle diverse tipologie individuate, Scolastico, Piedibus della Salute e del Ben Essere e come eventi “speciali” collaterali organizzati nel territorio per iniziative a valenza aziendale ed extra-aziendale (es. Festa del Ben Essere, picnic, Flash Mob, ecc.), si caratterizzano sempre più come eventi trainanti, radicati e contestualizzati per la promozione della salute.

Considerando tutte le iniziative, nel 2015, complessivamente sono stati coinvolti circa 11.000 partecipanti: Piedibus scolastico (900 presenze), Piedibus speciale (2.500), Piedibus serale (7.560).

3.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona

- Livelli di copertura vaccinale

Le vaccinazioni costituiscono uno dei più potenti strumenti di prevenzione nel campo delle politiche di sanità pubblica. Raggiungere una copertura soddisfacente e riuscire a eliminare alcune delle malattie prevenibili, come il morbillo o la rosolia, sono alcuni degli obiettivi prioritari dei piani di prevenzione nazionale e regionali. Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti con le vaccinazioni di massa (a partire dall'eradicazione del vaiolo, dichiarata nel 1980 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'eliminazione della polio in Europa, dichiarata nel 2002), e la drastica riduzione, nel nostro Paese, di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie non sono ancora ottimali in tutte le Regioni, non raggiungendo i valori-soglia specifici che ne garantirebbero un controllo adeguato o l'eliminazione. Si tratta in particolare di alcune vaccinazioni previste per i bambini e soprattutto quella contro il morbillo, la rosolia e la parotite, malattie che ancora oggi in Italia hanno una elevata frequenza e causano sia gravi complicanze che decessi.

In Italia, le vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente a tutta la popolazione sono: Difterite-Tetano-Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus Influenzae b, Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR), Pneumococco, Meningococco C, Infezione papillomavirus umano, Influenza per la popolazione ultrasessantacinquenne e per le categorie di cittadini a rischio. In alcune regioni, inoltre, viene già fornito il vaccino per Varicella e Meningococco B.

Nell'Azienda USL Umbria n.1, l'attività nel campo delle vaccinazioni in età pediatrica è stata caratterizzata, negli ultimi anni, da un trend in crescente aumento delle coperture vaccinali, mentre negli ultimi due-tre anni si è registrato un trend in riduzione analogamente a quanto verificatosi a livello nazionale.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono scese al di sotto del 95% le vaccinazioni per poliomielite, tetano, difterite ed epatite B e la percentuale scende ulteriormente per le vaccinazioni contro il morbillo, la parotite e la rosolia che raggiunge una copertura dell'86%, in calo di oltre il 4% in appena un anno.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 l'attività vaccinale è decentrata a livello territoriale al fine di rendere l'offerta più aderente alle esigenze della popolazione e più adeguata alla necessità di offrire una prestazione di qualità.

I Punti di erogazione per le vaccinazioni attualmente operanti sono 22 di cui:

- 7 nel Distretto del Perugino: Ponte Felcino, Ponte San Giovanni, Torgiano, San Marco, Via XIV Settembre, San Sisto, Ellera;
- 1 nel Distretto dell'Assisano, presso il Palazzo della Salute di Bastia Umbra;
- 3 nel Distretto della Media Valle del Tevere: Todi, Marsciano e Deruta;
- 5 nel Distretto del Trasimeno: Magione, Passignano, Panicale, C. Pieve e C. Lago;
- 4 nel Distretto Alto Tevere: Città di Castello, Trestina, Umbertide e San Giustino;
- 2 nel Distretto Alto Chiascio: Gubbio e Gualdo Tadino.

Nell'anno 2015, la vaccinazione per Poliomielite (3^a dose), presa a riferimento per le **vaccinazioni obbligatorie** in considerazione della contestualità della somministrazione anche della Difterite-Tetano-Pertosse, ha registrato un valore di **93,04%** che, per la prima volta da anni, risulta inferiore al target del 95% fissato dalla programmazione nazionale regionale. Ancora meno soddisfacenti

sono le coperture ottenute per il **Morbillo** che con l'**86,54%** presenta un valore nettamente inferiore rispetto allo scorso anno e al disotto della soglia del 95% prevista dalla programmazione nazionale regionale.

Copertura per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi

Strutture \ indicatori	Vaccinazione per Poliomielite (3 ^a dose)			Vaccinazione per pneumococco (3 ^a dose)			Vaccinazione per MPR (1 ^a dose)			Vaccinazione per meningococco C (entro 24° mese di vita)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Distretto Perugino	96,75	96,06	94,40	94,72	94,42	92,70	92,49	90,16	89,01	89,04	88,19	88,65
Distretto Assisano	96,42	94,44	92,39	95,03	93,52	91,75	94,23	89,12	87,74	92,84	89,35	87,74
Distretto M.V.T.	97,59	95,40	89,29	96,38	93,72	86,90	94,46	85,56	81,67	92,05	85,15	80,95
Distretto Trasimeno	96,30	95,20	95,42	95,47	91,67	91,11	90,53	88,38	91,11	88,68	86,36	87,87
Distretto Alto Tevere	95,42	96,77	93,02	88,73	92,52	88,96	94,44	92,18	87,18	91,01	88,44	84,58
Distretto Alto Chiascio	98,05	93,36	90,80	91,73	81,28	79,35	90,99	77,25	76,37	90,27	77,49	77,86
USL Umbria n.1	96,67	95,52	93,04	93,78	92,21	89,68	92,83	88,18	86,54	90,24	86,61	85,72

Rispetto al 2014 sono in calo anche la 2^a dose di MPR e la Vaccinazione HPV (1^a dose), mentre è sostanzialmente stabile la copertura per il meningococco C nei dodicenni.

Copertura per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

Strutture \ indicatori	Vaccinazione per MPR (2 ^a dose)			Vaccinazione per meningococco C (dodicenni)			Vaccinazione per HPV (1 ^a dose)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Distretto Perugino	93,56	94,29	90,82	80,29	82,31	82,40	82,68	84,63	77,30
Distretto Assisano	93,66	91,92	91,37	68,91	84,69	76,20	84,96	76,50	83,20
Distretto M.V.T.	93,18	91,98	89,35	81,73	76,21	85,94	79,55	80,19	75,11
Distretto Trasimeno	93,68	91,21	91,49	80,12	81,04	81,06	82,40	77,13	79,90
Distretto Alto Tevere	93,56	91,10	92,54	79,70	81,52	76,04	89,54	84,46	84,87
Distretto Alto Chiascio	85,71	87,16	87,40	68,42	68,41	76,75	77,77	78,83	85,64
USL Umbria n.1	92,69	92,05	90,64	75,48	80,10	80,23	83,14	81,73	79,75

Nel corso della **campagna antinfluenzale** sono stati vaccinati dai MMG, con la collaborazione delle strutture dell'Azienda USL Umbria n.1, complessivamente **73.799 ultrasessantacinquenni**, con una copertura vaccinale del **60,56%**, sostanzialmente stabile rispetto alla copertura della precedente stagione (60,15%).

Campagna vaccinazione antinfluenzale

Strutture \ indicatori	Vaccinazione antinfluenzale		
	2013	2014	2015
Distretto Perugino	63,88	60,76	60,94
Distretto Assisano	66,34	66,97	61,83
Distretto M.V.T.	66,54	65,48	64,50
Distretto Trasimeno	69,15	65,18	64,63
Distretto Alto Tevere	61,47	55,90	57,18
Distretto Alto Chiascio	58,25	54,44	54,42
USL Umbria n.1	64,08	60,15	60,56

- Programmi di diagnosi precoce

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria).

Un **test di screening** è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. Per essere programmato e realizzato, lo screening deve riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia ed attenersi a linee guida di qualità.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono attivi i seguenti programmi di screening:

- Screening dei tumori della mammella;
- Screening dei tumori della cervice uterina;
- Screening dei tumori del colon retto.

Screening per i Tumori della Mammella

Lo Screening del tumore della mammella si propone di invitare tutte le donne dai 50 ai 69 anni di età ad eseguire, presso i Centri di Senologia più vicini, una Mammografia, al fine di individuare il più precocemente possibile le neoformazioni tumorali.

Il 2015 rappresenta il secondo anno del round di screening (IX per il territorio della ex AUSL2 e VIII per quello della ex AUSL1).

Nel corso dell'anno sono state invitate circa **35.500 donne** a fronte della popolazione bersaglio eleggibile teorica di circa 74.000 donne per i 2 anni di round, cioè circa il **48%**.

Il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è pari a **34.353**.

La precedente storia di adesione allo screening relativa alla singola donna influenza molto l'esito dell'invito. Per questo si riporta di seguito l'analisi della composizione delle invitate per storia per ciascun distretto territoriale.

Screening mammografico: Inviti per storia screening - Anno 2015

Distretto	N°	%
Perugino	13.846	100,0%
Aderenti ad invito precedente	8.707	62,9%
Mai aderenti a invito precedente	4.643	33,5%
Primi inviti	496	3,6%
Assisano	4.301	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.897	67,4%
Mai aderenti a invito precedente	1.221	28,4%
Primi inviti	183	4,3%
Media Valle del Tevere	3.542	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.542	71,8%
Mai aderenti a invito precedente	857	24,2%
Primi inviti	143	4,0%
Trasimeno	4.170	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.664	63,9%
Mai aderenti a invito precedente	1.333	32,0%
Primi inviti	173	4,1%

Screening mammografico: Inviti per storia screening - Anno 2015 (segue)

Distretto	N°	%
Alto Tevere	4.947	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.459	69,9%
Mai aderenti a invito precedente	590	11,9%
Primi inviti	898	18,2%
Alto Chiascio	3.547	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.187	61,7%
Mai aderenti a invito precedente	717	20,2%
Primi inviti	643	18,1%
USL Umbria n.1	34.353	100,0%
Aderenti ad invito precedente	22.456	65,4%
Mai aderenti a invito precedente	9.361	27,2%
Primi inviti	2.536	7,4%

Complessivamente circa il 65% degli inviti è rappresentato da aderenti ad invito precedente, seguiti da mai aderenti e da primi inviti. Come si vede tra le donne invitate le categorie relative alla storia screening non sono rappresentate in maniera omogenea nei 6 distretti territoriali: per l'Alto Chiascio e l'Alto Tevere infatti la quota di "primi inviti" tra le invitate è circa il 18% rispetto agli altri distretti che mostrano percentuali decisamente più basse (circa 4%). Ne consegue che la quota di "mai aderenti a invito precedente" invitate per questi distretti è decisamente inferiore (fino a 20 punti percentuali in meno).

La partecipazione, nel secondo anno di round, risulta più bassa e mostra, coerentemente con il dato storico e di letteratura, una flessione nella fascia d'età 55-59. Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una **adesione pari al 66,9%**; includendo la quota delle spontanee la percentuale di esaminate sale al **68,6%**.

Screening mammografico: Adesione per classi d'età - Anno 2015

Fasce di età	% aderenti	% esaminate*
50-54	68.9%	71.0%
55-59	62.4%	64.6%
60-64	67.2%	68.5%
65-69	68.3%	69.3%
USL Umbria n.1	66.9%	68.6%

*invitate + spontanee

La distribuzione delle donne invitate allo screening mammografico, coerentemente con il dato di popolazione, vede maggiormente rappresentato il distretto del Perugino.

Screening mammografico: Adesione per Distretto- Anno 2015

Distretto di residenza	% aderenti	% esaminate*
Perugino	67.0%	67.5%
Assisano	63.9%	64.9%
Media Valle del Tevere	69.8%	71.7%
Trasimeno	61.8%	62.8%
Alto Tevere	68.4%	71.6%
Alto Chiascio	71.6%	75.3%
USL Umbria n.1	66.9%	68.6%

*invitate + spontanee

L'adesione per distretto di residenza mostra una variabilità territoriale pur attestandosi sempre al di sopra del 60%. In particolare evidenzia maggiori percentuali nei distretto Alto Chiascio. Per contro i distretti Trasimeno e Assisano mostrano i valori più bassi; questi distretti, come pure il

Perugino, risentono maggiormente della composizione della popolazione invitata che è rappresentata da percentuali maggiori di inviti a donne mai aderenti per le quali è documentata la minor percentuale di adesione. Questo può in parte contribuire a spiegare la minor adesione complessiva di queste aree territoriali. Anche per la percentuale di esaminate valgono le medesime considerazioni.

L'analisi dell'adesione per storia di screening conferma l'alta percentuale per le donne già fidelizzate al programma (aderenti ad invito precedente); tra i primi inviti l'adesione è di oltre il 50%; le mai aderenti a invito precedente aderiscono solo al 30%.

Screening mammografico: Adesione per storia screening - Anno 2015

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	83.1%
Mai aderenti a invito precedente	30.4%
Primi inviti	58.1%
USL Umbria n.1	66.9%

Screening per il Tumore della Cervice Uterina

Lo Screening del cervico-carcinoma si propone di invitare tutte le donne dai 25 ai 64 anni di età ad eseguire, presso la sede consultoriale più vicina, un esame al fine di individuare precocemente la presenza di lesioni precancerose e garantire un trattamento quasi sempre conservativo e quindi una migliore qualità di vita, soprattutto per le donne in età fertile.

Nel corso del 2015 sono state realizzate alcune azioni di rinforzo al programma di screening della cervice uterina, che hanno riguardato sia la omogeneizzazione delle procedure operative di primo livello in tutto il territorio aziendale, che l'attivazione di gruppi di lavoro specifici per argomento.

È stata inoltre ulteriormente valorizzata l'esperienza realizzata e le competenze maturate nel territorio della ex USL n.1 dell'Umbria nella prosecuzione dello studio multicentrico " *L'HPV come test primario di screening nella prevenzione del tumore del collo dell'utero: dal DNA all'mRNA? Uno studio randomizzato controllato con doppio test di controllo*" iniziato nell'aprile 2013 e tuttora in corso.

Il 2015 rappresenta il secondo anno del VI° round di screening. Nel corso dell'anno sono state invitate circa **48.000** donne a fronte della popolazione bersaglio eleggibile teorica di circa 143.000 donne per i 3 anni di round. Il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è pari a **42.858**.

La precedente storia di adesione allo screening relativa alla singola donna influenza molto l'esito dell'invito. Per questo si riporta di seguito l'analisi della composizione delle invitate per storia per ciascun distretto territoriale.

Screening cervice uterina: Inviti per storia screening - Anno 2015

Distretto	N°	%
Perugino	19.520	100,0%
Aderenti ad invito precedente	14.024	71,8%
Mai aderenti a invito precedente	3.679	18,8%
Primi inviti	1.817	9,3%

Screening cervice uterina: Inviti per storia screening - Anno 2015 (segue)

Distretto	N°	%
Assisano	4.919	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.788	77,0%
Mai aderenti a invito precedente	633	12,9%
Primi inviti	498	10,1%
Media Valle del Tevere	4.331	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.375	77,9%
Mai aderenti a invito precedente	550	12,7%
Primi inviti	406	9,4%
Trasimeno	4.123	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.091	75,0%
Mai aderenti a invito precedente	569	13,8%
Primi inviti	463	11,2%
Alto Tevere	5.832	100,0%
Aderenti ad invito precedente	4.045	69,4%
Mai aderenti a invito precedente	1.189	20,4%
Primi inviti	598	10,3%
Alto Chiascio	4.134	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.258	78,8%
Mai aderenti a invito precedente	485	11,7%
Primi inviti	391	9,5%
USLUmbria1	42.859	100,0%
Aderenti ad invito precedente	31.581	73,7%
Mai aderenti a invito precedente	7.105	16,6%
Primi inviti	4.173	9,7%

Complessivamente circa il 73% degli inviti è rappresentato da aderenti ad invito precedente, seguiti da mai aderenti e da primi inviti. Come si vede tra le donne invitate le categorie relative alla storia screening sono rappresentate in maniera sovrapponibile nei 6 distretti territoriali, ad eccezione dell'Alto Tevere e del Perugino che vedono una maggior percentuale di donne "mai aderenti a invito precedente" tra le invitate nell'anno. La partecipazione risulta in linea con quanto rilevato negli anni precedenti: le classi d'età più giovani (25-34 anni) confermano una minore partecipazione allo screening, mentre nelle fasce d'età successive si osserva una adesione maggiore (circa il 69% nelle 40-49enni).

La percentuale di adesione si mantiene comunque sempre al di sopra del 54%. La quota di spontanee risulta consistente, facendo guadagnare circa 2 punti percentuali sul valore di adesione. Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una **adesione pari al 64.5%**; includendo la quota delle spontanee la percentuale di esaminate sale al 66.1%.

Screening cervice uterina: Adesione per classi d'età - Anno 2015

età	% aderenti	% esaminate*
25-29	55.8%	57.8%
30-34	54.4%	57.7%
35-39	63.0%	65.4%
40-44	69.8%	71.3%
45-49	69.5%	70.8%
50-54	67.8%	69.0%
55-59	66.1%	67.1%
60-64	64.9%	65.7%
USL Umbria n.1	64.5%	66.1%

*invitate + spontanee

L'adesione per distretto di residenza mostra complessivamente valori alti, sempre superiori al 60%: in particolare evidenza maggiori percentuali nei distretti Alto Chiascio e Media Valle del Tevere. Per contro i distretti Alto Tevere e Perugino mostrano i valori più bassi; questi distretti risentono maggiormente della composizione della popolazione invitata che è rappresentata da percentuali maggiori di inviti a donne mai aderenti per le quali è nota una minor percentuale di adesione. Questo può in parte contribuire a spiegare la minor adesione complessiva di queste aree territoriali. Anche per la percentuale di esaminate valgono le medesime considerazioni.

Screening cervice uterina: Adesione per Distretto- Anno 2015

Distretto di residenza	% aderenti	% esaminate*
Perugino	61.9%	63.4%
Assisano	65.1%	66.6%
Media Valle del Tevere	69.1%	70.6%
Trasimeno	67.4%	68.8%
Alto Tevere	61.8%	63.7%
Alto Chiascio	72.0%	73.7%
USL Umbria n.1	64.5%	66.1%

*invitate + spontanee

L'analisi per storia di screening conferma l'alta percentuale di adesione per le donne già fidelizzate al programma (aderenti ad invito precedente); tra i primi inviti circa la metà aderisce, mentre le mai aderenti a invito precedente confermano la più bassa adesione (una su 4).

Screening cervice uterina: Adesione per storia screening - Anno 2015

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	75.9%
Mai aderenti a invito precedente	21.4%
Primi inviti	51.4%
USL Umbria n.1	64.5%

Il ricorso al sollecito dei non rispondenti, se svolto sistematicamente, permette di aumentare i tassi di adesione nei programmi di screening: ha infatti lo scopo di ottenere un effetto di rinforzo rispetto alla prima chiamata. In letteratura esistono evidenze che dimostrano, con l'utilizzo del sollecito, un aumento del 5-10% nell'adesione allo screening. La programmazione del sollecito viene effettuata in base alla disponibilità territoriale (consultori distrettuali) di sedute aggiuntive e prevede l'invio di una lettera nella quale viene riservato un appuntamento alla donna del tutto analogo al primo invito.

Screening cervice uterina: Ricorso e adesione al sollecito - Anno 2015

Distretto di residenza	N Inviti	N aderenti all'invito	N solleciti	N aderenti al sollecito	% dei solleciti	% adesione al sollecito
Perugino	19.520	10.454	9.066	1.627	100,0%	17.9%
Assisano	4.919	2.753	2.166	451	100,0%	20.8%
Media Valle del Tevere	4.331	2.603	1.728	389	100,0%	22.5%
Trasimeno	4.123	2.347	1.776	430	100,0%	24.2%
Alto Tevere	5.831	3.145	2.381	459	89,0%	19.3%
Alto Chiascio	4.134	2.577	1.557	398	100,0%	25.6%
USL Umbria n.1	42.858	23.879	18.674	3.754	98,0%	20.1%

Nel 2015 tutte le aree territoriali sono riuscite a garantire il sistematico ricorso al sollecito, richiamando quasi la totalità delle donne non aderenti (98%).

L'adesione al sollecito raggiunge percentuali molte alte e superiori rispetto al dato di letteratura a conferma del consolidamento del programma di screening nel territorio. Nel territorio aziendale si osservano valori superiori nei Distretti Alto Chiascio e Trasimeno.

Una lettura più completa e non distorta degli indicatori considerati potrà comunque essere restituita dall'analisi complessiva del round (2014-2016)

L'anno 2014 ha visto nuovi cambiamenti nella effettuazione dello screening. Infatti, sulla base della recente letteratura nazionale ed internazionale sull'utilizzo del test Hpv nello screening del cervico-carcinoma, la Regione Umbria ha emanato le DDGRR n. 970/2012 e n. 138/2014 che prevedono **l'introduzione nel programma di screening cervicale dell'HPV DNAhr come test di screening primario per le donne di età compresa tra i 35 e i 64 anni; per le donne più giovani (25-34 anni) il pap test continua invece a essere il test di screening.** Il Programma regionale, sperimentato e adottato inizialmente nel territorio della ex USL n.1, è entrato a regime in tutto il territorio aziendale dal mese di maggio 2014.

In caso di positività al test e di negatività al test di triage (PAP Test) il protocollo prevede che la donna venga invitata a ripetere nuovamente l'HPV Test dopo 12 mesi (HPV12), tempo necessario per la frequente negativizzazione della positività o per l'eventuale evoluzione dell'integrazione del DNA virale all'interno dell'epitelio.

L'analisi dell'adesione all'HPV12 è un ulteriore indicatore di funzionamento del programma e di fiducia della donna nei confronti dei servizi.

Screening cervice uterina: Partecipazione all'HPV 12 per classi d'età - Anno 2015

età	% aderenti	% esaminate*
35-39	84.1%	85.5%
40-44	81.5%	83.1%
45-49	77.4%	78.5%
50-54	86.7%	88.0%
55-59	86.4%	87.0%
60-64	82.9%	85.7%
USL Umbria n.1	82.8%	84.3%

*invitate + spontanee

L'effettuazione del test a 12 mesi mostra una buona adesione, con una flessione nella classe d'età 45-49 anni.

Screening cervice uterina: Partecipazione all'HPV 12 per distretto - Anno 2015

Distretto di residenza	% aderenti	% esaminate*
Perugino	83.6%	84.7%
Assisano	82.8%	82.8%
Media Valle del Tevere	83.7%	83.8%
Trasimeno	83.3%	83.5%
Alto Tevere	79.4%	84.6%
Alto Chiascio	80.8%	85.5%
USL Umbria n.1	82.8%	84.3%

*invitate + spontanee

L'analisi per distretto di provenienza conferma l'alta percentuale di test HPV 12 effettuati in tutto il territorio aziendale.

Complessivamente, vista la recente introduzione del test primario specifico per fascia d'età è verosimile che parte delle positività, procurando incertezza nella donna, siano esitate nel privato.

Screening per il Tumore del Colon Retto

Lo Screening del tumore del colon retto si propone di invitare tutti i cittadini dai 50 ai 74 anni di età ad eseguire, presso il proprio domicilio, il prelievo per la determinazione del sangue occulto nelle feci. Tutti i campioni provenienti dai territori di competenza delle USL Umbria n.1 e n.2 sono processati nel Laboratorio Unico di Screening. In generale l'adesione a questo programma, a differenza degli altri due, è fortemente influenzata dall'atteggiamento di ogni cittadino, il quale non avendo un appuntamento prefissato, sceglie arbitrariamente il momento in cui effettuare il test.

Nell'anno 2015, nell'ambito del programma di screening, è stato condotto uno studio HTA (Health Technology Assessment), che ha coinvolto l'intera Regione e che aveva l'obiettivo di confrontare e valutare le performances di due test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. I test sono stati somministrati alla popolazione precedentemente randomizzata in due bracci secondo l'età, il genere, la storia di screening e la residenza e, all'interno del plico inviato a ciascun cittadino, è stata anche inserita un'informativa che spiegava le modalità di partecipazione al progetto, gli obiettivi dello studio e la richiesta del consenso alla partecipazione ed al trattamento dei dati. Nel corso dell'anno si è notato un buon coinvolgimento della popolazione che ha partecipato in modo più attivo allo studio chiamando di frequente il personale addetto del Laboratorio per avere ulteriori informazioni e questo si è espresso, soprattutto per l'ex USL n.2 in un sensibile aumento della partecipazione allo screening. Tuttavia l'adesione dei cittadini "mai aderenti" è rimasta a valori piuttosto bassi.

Nel corso del 2015 sono stati invitati **66.099** utenti; il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è risultato pari a **63.406**.

La precedente storia di adesione allo screening relativa ad ogni cittadino influenza molto l'esito dell'invito. Per questo si riporta di seguito l'analisi della composizione degli invitati per storia.

Screening colon retto: Inviti per storia screening - Anno 2015

Distretto	N°	%
Perugino	22.029	100,0%
Aderenti ad invito precedente	11.350	51,5%
Mai aderenti a invito precedente	6.875	31,2%
Primi inviti	3.804	17,3%
Assisano	7.401	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.811	51,5%
Mai aderenti a invito precedente	2.369	32,0%
Primi inviti	1.221	16,5%
Media Valle del Tevere	7.168	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.453	48,2%
Mai aderenti a invito precedente	2.492	34,8%
Primi inviti	1.223	17,1%
Trasimeno	7.068	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.626	51,3%
Mai aderenti a invito precedente	2.228	31,5%
Primi inviti	1.214	17,2%

Screening colon retto: Inviti per storia screening - Anno 2015 (segue)

Distretto	N°	%
Alto Chiascio	8.194	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.778	46,1%
Mai aderenti a invito precedente	3.536	43,2%
Primi inviti	880	10,7%
Alto Tevere	11.546	100,0%
Aderenti ad invito precedente	5.081	44,0%
Mai aderenti a invito precedente	5.349	46,3%
Primi inviti	1.116	9,7%
USLUmbria1	63.406	100,0%
Aderenti ad invito precedente	31.099	49,0%
Mai aderenti a invito precedente	22.849	36,0%
Primi inviti	9.458	14,9%

La partecipazione risulta in linea con quanto rilevato negli anni precedenti: le classi d'età più giovani confermano una minore partecipazione allo screening.

Screening colon retto: Adesione per classi d'età - Anno 2015

età	% aderenti
50-54	40,9%
55-59	56,9%
60-64	55,9%
65-69	56,1%
70-74	54,5%
USL Umbria n.1	51,2%

Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una **adesione pari al 51,2%**.

Screening colon retto: Adesione per Distretto- Anno 2015

Distretto di residenza	% aderenti
Perugino	54,6%
Assisano	52,5%
Media Valle del Tevere	50,3%
Trasimeno	52,8%
Alto Tevere	45,4%
Alto Chiascio	48,7%
USL Umbria n.1	51,2%

Nell'anno 2015 si è osservato un sensibile aumento di adesione in tutte le categorie di storia di screening pur essendo confermato l'andamento degli anni precedenti ovvero la più alta percentuale per i cittadini già fidelizzati al programma (aderenti ad invito precedente).

L'aumento più evidente ha riguardato i cittadini invitati per la prima volta, i mai aderenti a invito precedente confermano la più bassa adesione.

Screening colon retto: Adesione per storia screening - Anno 2015

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	84,0%
Mai aderenti a invito precedente	9,3%
Primi inviti	44,7%
USL Umbria n.1	51,2%

3.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita:

- Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano

Per acque destinate al consumo umano si intendono:

- le acque trattate o non trattate, destinate ad uso potabile, per la preparazione di cibi e bevande, o per altri usi domestici, a prescindere dalla loro origine, siano esse fornite tramite una rete di distribuzione, mediante cisterne, in bottiglie o in contenitori;
- le acque utilizzate in un'impresa alimentare per la fabbricazione, il trattamento, la conservazione o l'immissione sul mercato di prodotti o di sostanze destinate al consumo umano (definizione da normativa).

Per garantirne la conformità alle normative europee, nazionali (D.Lgs. 31/2001) e regionali vigenti in materia di acqua potabile sono attuati sistematicamente approfonditi controlli analitici.

Questi vengono eseguiti su:

- acque prelevate dall'ambiente (acque sotterranee e superficiali) al fine di identificare l'eventuale presenza di inquinanti di origine antropica o naturale;
- acque sottoposte a processi di potabilizzazione per monitorare e ottimizzare l'efficacia dei trattamenti;
- acque erogate dagli impianti di produzione e su quelle immesse nelle reti di distribuzione.

L'attività di controllo svolta dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (ISP) del Dipartimento di Prevenzione è indipendente da quella di competenza dell'Ente Gestore, anche se il programma di monitoraggio che il Gestore svolge viene sempre concordato con l'ISP. Inoltre gli esiti di questi controlli, nonché tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuati, sono inviati all'ISP.

I controlli di competenza dell'Azienda USL, definiti dalla normativa "controlli esterni" comprendono la determinazione di parametri microbiologici, parametri chimici, parametri di radioattività e parametri accessori.

Per l'esecuzione dei controlli i campionamenti delle acque sono effettuati nei punti stabiliti dalla normativa, quindi alle captazioni, agli impianti di adduzione, accumulo e potabilizzazione ed alle reti di distribuzione. Il sistema di controllo è strutturato in modo da garantire la tempestiva individuazione di eventuali situazioni di rischio.

Sorveglianza sulla qualità delle acque potabili

Indicatori	2013	2014	2015
n° campioni su captazione di acque destinate al consumo umano effettuati	157	184	166
N° campioni su manufatti di trattamento/accumulo di acque destinate al consumo umano effettuati	22	28	24
n° sopralluoghi effettuati c/o punti di captazione e manufatti di trattamento/accumulo	43	21	55
n° punti di prelievo in distribuzione	1.127	1.127	1.127
n° campioni acque potabili effettuati in distribuzione	1.966	1.962	2.010
n° campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parti A e B	61	54	34
% campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parti A e B	3,10	2,75	1,69
n° campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parte C	97	94	74
% campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parte C	4,93	4,79	3,68
n° provv. amm.vi per acque potabili	4	-	-
n° comunicazioni per superamento valori di parametro (d.leg.vo 31/01, all.1)	165	142	105

3.4. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi all'ambiente di lavoro

I Servizi *Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL)* hanno quale compito fondamentale la tutela della salute nei luoghi di lavoro attraverso la promozione della cultura della prevenzione e del controllo delle condizioni di sicurezza, di igiene e di salute dei lavoratori.

Nel 2015 sono state controllate, dei diversi comparti, **1.612 aziende** (1.601 nel 2014).

In particolare:

- sono stati sottoposti ad ispezione **881 cantieri** (pari al 30,22% dei cantieri notificati) dei quali il 6,36% è risultato non a norma;
- sono stati effettuati **153 sopralluoghi** in **125 aziende agrarie** e **693 sopralluoghi** in **606 aziende di altri comparti**.

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Edilizia

Indicatori	2013	2014	2015
n° complessivo di cantieri ispezionati	847	832	881
di cui non a norma	91	68	56
% di cantieri ispezionati su quelli notificati	24,57	26,30	30,22
% di cantieri ispezionati non a norma	10,74	8,17	6,36
n° aziende con dipendenti oggetto di ispezione (comparto edilizia)	1.288	1.026	1.043
n° sopralluoghi complessivamente effettuati	1.330	1.076	1.149
n° totale verbali	139	62	76
n° piani bonifica (ex art.59 dlgs 257/06)	555	521	441
n° cantieri ispezionati per amianto	223	205	246

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Agricoltura

Indicatori	2013	2014	2015
n° aziende agrarie con dipendenti oggetto di ispezione	164	178	125
n° sopralluoghi complessivamente effettuati nelle aziende agrarie	209	247	153
N° medio sopralluoghi	1,27	1,39	1,22
n° totale verbali	25	16	9

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Altri comparti

Indicatori	2013	2014	2015
n° aziende con dipendenti oggetto di ispezione (altri comparti)	610	591	606
n° sopralluoghi complessivamente effettuati (altri comparti)	855	884	693
N° medio sopralluoghi	1,40	1,50	1,14
n° totale verbali	150	117	125

3.5. Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti

I Servizi *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IAN)*, *Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA)* e *Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ)*, in base alla normativa nazionale ed europea, assicurano il controllo sanitario ufficiale sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, commercializzazione e somministrazione degli alimenti di origine animale e non. Negli ultimi anni questi servizi hanno potenziato l'integrazione operativa per garantire una migliore sicurezza alimentare con un più razionale uso delle risorse.

I **Servizi IAN** tutelano la salute del cittadino sia attraverso il controllo diretto sulla qualità e sicurezza degli alimenti sia grazie alla formazione del personale preposto alla produzione, distribuzione di alimenti e bevande finalizzata alla prevenzione dell'insorgenza delle malattie correlate agli alimenti.

Nel corso del 2015, i Servizi IAN hanno effettuato **2.155 sopralluoghi** in **1.305 aziende**, nel **36,71 %** delle quali sono state rilevate violazioni della normativa. Il confronto con gli anni precedenti non risulta possibile essendo modificato il sistema di rilevazione.

Servizi IAN: Sicurezza Alimentare

Indicatori	2015
N° aziende del settore alimentare controllate	1.305
N° sopralluoghi/ispezioni effettuati	2.155
N° aziende del settore alimentare non a norma	479
% aziende del settore alimentare non a norma	36,71
N° notifiche di inizio attivita' registrate	2.457
N° campioni alimenti prelevati	349
N° campioni alimenti non regolamentari	9
% campioni alimenti non regolamentari	2,58
N° provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati per la sicurezza alimentare	495
N° segnalazioni del sistema d'allerta	78
N° sopralluoghi effettuati per vigilanza straordinaria per la gestione del sistema d'allerta	241

Inoltre assicurano l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione per promuovere stili di vita sani e consapevoli, sia autonomamente che in collaborazione con altri Servizi.

Per rafforzare l'azione di contrasto all'obesità in linea con quanto previsto dalla Carta Europea, il SIAN nell'Anno 2015 ha elaborato/revisionato 38 menù scolastici di asili-nido, scuole materne, elementari e 4 menù per la ristorazione collettivo/assistenziale. Sono stati effettuati 13 incontri con i Comuni di Marsciano, Panicale, Torgiano, Perugia, Città di Castello e Gubbio e, in fase di vigilanza nutrizionale, 19 verifiche dei menù nella ristorazione scolastica.

Sono state attuate iniziative educative/formative per la promozione di una sana alimentazione e di un'appropriata attività fisica nelle scuole (ad esempio i progetti "*Alimenta la Salute*", "*Mangia chiaro- Mangia pulito*", "*Fruttasballo 2015*") e iniziative di promozione della qualità nutrizionale nelle residenze protette.

I **Servizi IAOA** si occupano della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e dei prodotti derivati (carni di tutte le specie, prodotti a base di carne, prodotti della pesca, uova ed ovo prodotti, miele, alimenti composti).

I controlli igienico sanitari si ispirano al concetto di filiera, pertanto dall'origine al consumo, e si articolano attraverso le fasi della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione.

Nel corso del 2015, tra le varie attività svolte, i Servizi IAOA, hanno garantito attività di:

- *ispezione* di **365.292** animali;
- *controllo* di **93.138** tonnellate di alimenti di origine animale;
- *vigilanza*, con **1.431** sopralluoghi nelle aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande.

Servizi IAOA: Attività di Ispezione Produzioni Primarie

Indicatori	2013	2014	2015
n° totale di animali posti a visita sanitaria in stabilimenti di macellazione carni rosse	365.878	354.173	365.292
n° esami trichinoscopici effettuati	322.698	324.906	336.974
n° campioni alimenti di origine animale effettuati (piani controllo/sorveglianza)	230	267	484
n° campioni alimenti di origine animale non idonei (piani controllo/sorveglianza)	1	4	15
% campioni alimenti di origine animale non idonei (piani controllo/sorveglianza)	0,43	1,50	3,10

Servizi IAOA: Controllo Stabilimenti riconosciuti

Indicatori	2013	2014	2015
n° controlli effettuati aziende di lavorazione, trasformazione, deposito di alimenti di origine animale soggette a controllo sistematico	12.713	1.949	1.156
tonnellate di alimenti di origine animale controllati negli stabilimenti riconosciuti	95.857	67.813	93.138
n° tonnellate di alimenti di origine animale sequestrate negli stabilimenti riconosciuti	16	13	1
n° campioni alimenti di origine animale effettuati	40	44	62
n° campioni alimenti di origine animale non idonei	1	3	3
% campioni alimenti di origine animale non idonei	2,50	6,82	4,84

Servizi IAOA: Attività di Vigilanza Aziende registrate

Indicatori	2013	2014	2015
N° aziende produz./trasformaz./confez./distribuz./somministr. alimenti/bevande controllate	1.420	1.471	961
n° aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande sottoposte a vigilanza non a norma	398	380	277
% aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande sottoposte a vigilanza non a norma	28,03	25,83	28,82
n° sopralluoghi effettuati	1.683	1.789	1.431
n° campioni alimenti di origine animale effettuati (vigilanza programmata)	237	140	80
n° campioni alimenti di origine animale non idonei (vigilanza programmata)	4	-	5
% campioni alimenti di origine animale non idonei (vigilanza programmata)	1,69	-	6,25

I Servizi IAPZ si occupano dell'intera filiera dalla produzione primaria alla vendita di prodotti alimentari, quali latte e prodotti a base di latte (formaggi, yogurt, gelati,...), seguendo il processo lungo tutto il suo svolgimento e monitorandone i punti critici.

Servizi IAPZ: Sicurezza Alimentare Settore Lattiero-Caseario

Indicatori	2013	2014	2015
N° allevamenti da latte (produzione primaria) controllati	83	105	111
n° allevamenti da latte non a norma	27	21	19
% allevamenti da latte non a norma	32,53	20,00	17,12
n° sopralluoghi effettuati negli allevamenti da latte	138	135	140
n° aziende di produzione/trasformazione/distribuzione di latte e suoi derivati controllate	45	42	47
n° aziende di produzione/trasformazione/distribuzione di latte e suoi derivati non a norma	14	8	12

Servizi IAPZ: Sicurezza Alimentare Settore Lattiero-Caseario (segue)

Indicatori	2013	2014	2015
% aziende di produzione/trasformazione/distribuzione di latte e suoi derivati non a norma	31,11	19,05	25,53
N° sopralluoghi effettuati in aziende produz./trasformaz./distribuz. di latte e suoi derivati	132	120	99
n° campioni di latte e prodotti lattiero caseari effettuati	123	92	65
n° campioni di latte e prodotti lattiero caseari non idonei	4	3	
% campioni di latte e prodotti lattiero caseari non idonei	3,25	3,26	

3.6. Sanità Pubblica Veterinaria

I **Servizi Sanità Animale (SA)** e **Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ)** intervengono nel campo della Sanità Pubblica Veterinaria:

- I **Servizi SA** hanno come oggetto l'animale, essere vivente, che a vario titolo si relaziona o con altri animali oppure con l'uomo. Nel contesto urbano affrontano le problematiche relative agli animali da reddito, destinati a divenire alimento per l'uomo, da compagnia (cani, gatti, animali da affezione in genere) e sinantropici (piccioni, gatti e cani vaganti).
- I **Servizi IAPZ** vigilano sul benessere degli animali sia da reddito che da affezione, sull'utilizzo del farmaco veterinario, sulla riproduzione animale, tutelano l'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici, curano la raccolta, il trasporto, lo smaltimento delle spoglie animali.

Nel corso del 2015 i **Servizi di SA** hanno svolto, tra le varie competenze, attività di:

- *profilassi*, con la totale copertura degli allevamenti soggetti a profilassi di stato (**1.635** allevamenti);
- *vigilanza permanente*, su parte degli allevamenti censiti nella USL Umbria n.1 (**3.729** interventi).

Servizi SA: Attività di profilassi

Indicatori	2015
N° allevamenti bovini e bufalini riproduzione	736
N° allevamenti bovini e bufalini Ingrasso	1.085
Allevamenti bovini e bufalini controllati per TBC	387
% allevamenti bovini controllati per TBC	21,25
Allevamenti bovini e bufalini controllati per BRUC/LEB	236
% allevamenti bovini controllati per BRUC/LEB)	12,96
N° allevamenti suini riproduzione	194
N° allevamenti suini ingrasso (escluso allev. familiari)	293
Allevamenti suini controllati per MVS / PSC / Auj	367
% allevamenti suini controllati per MVS / PSC / Auj	75,36
N° allevamenti ovini + caprini	1.540
Allevamenti ovi - caprini controllati per Brucellosi	435
% allevamenti ovi-caprini controllati per Brucellosi	28,25
N° allevamenti di equidi	2.469
Allevamenti di equidi controllati per Anemia infettiva equina	111
% allevamenti di equidi controllati per Anemia infettiva equina	4,50
N° allevamenti avicoli e selvaggina avicola allevata	134
Allevamenti avicoli e selvaggina avicola allevata controllati per Influenza Aviaria	68
% allevamenti avicoli e selvaggina avicola allevata controllati per Influenza Av	55,28
N° allevamenti avicoli e selvaggina avicola allevata controllati per Salmonella	31
% allevamenti avicoli e selvaggina avicola allevata controllati per Salmonella	23,13
N° allevamenti altre specie	19

Servizi SA: Attività di vigilanza permanente

Indicatori	2015
N° interventi c/o allevamenti bovini e bufalini per Vigilanza permanente	1.402
N° interventi c/o allevamenti equidi per Vigilanza permanente	212
N° interventi c/o allevamenti suini per Vigilanza permanente	1.459
N° interventi c/o allevamenti ovi - caprini per Vigilanza permanente	422
N° interventi c/o allevamenti avicoli e selvaggina avicola per Vigilanza permanente	234

I **Servizi IAPZ** hanno svolto, , tra le varie competenze ed oltre a quanto già riferito in tema di sicurezza alimentare per la filiera lattiero casearia, attività di:

- **vigilanza del farmaco veterinario:** si tratta di un'attività di verifica dell'efficacia e della sicurezza di un farmaco nella pratica clinica. Viene esercitata sia nelle aziende di produzione, deposito e commercio dello stesso, che negli allevamenti e negli ambulatori veterinari che ne fanno uso;
- **vigilanza dell'alimentazione zootecnica:** attraverso la vigilanza ed il controllo sui mangimi, si propone di assicurare la salubrità dei prodotti di origine animale destinati al consumo umano. In particolare ha l'obiettivo di verificare la rispondenza ai requisiti, previsti dalla vigente normativa, di ogni sostanza impiegata per la produzione di alimenti per animali e di assicurare l'effettuazione, omogenea e coordinata, dei controlli sulla filiera dell'alimentazione animale, anche in funzione degli effetti sullo stato di salute e del benessere animale;
- **tutela del benessere animale:** è finalizzata al controllo delle condizioni di benessere degli animali detenuti negli allevamenti, nei macelli prima della macellazione e durante il loro trasporto (trasporti nazionali o comunitari). L'importanza del rispetto del benessere animale è sia legata a motivi etici sia ai fini della salvaguardia della salubrità e qualità degli alimenti di origine animale.

Servizi IAPZ: Farmacosorveglianza e Farmacovigilanza

Indicatori	2013	2014	2015
N° aziende di produzione, deposito e commercializ. del farmaco veterinario controllate	29	40	39
N° ditte di produzione, deposito e commercializzazione del farmaco veterinario non a norma	2		
% ditte di prod., depos. e commercializz. farmaco veterinario non a norma	6,90		
n° allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario	563	529	503
n° allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario non a norma	39	22	7
% allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario non a norma	6,93	4,16	1,39
n° sopralluoghi effettuati per sorveglianza farmaco veterinario	649	705	574
n° ambulatori veterinari controllati	14	51	35
n° ambulatori veterinari controllati non a norma		6	3
% ambulatori veterinari controllati non a norma		11,76	8,57
n° prescrizioni sanitarie pervenute	7.462	10.786	8.867
n° prescrizioni sanitarie controllate	3.730	4.741	3.711
% prescrizioni sanitarie controllate	49,99	43,96	41,85
n° campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco effettuati	146	55	58
n° campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco non idonei		1	1
% campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco non idonei		1,82	1,72

Servizi IAPZ: Alimentazione zootecnica

Indicatori	2013	2014	2015
N° aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici controllate	70	74	99
N° aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici non a norma	11	3	10
% aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici non a norma	15,71	4,05	10,10
N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo di alimenti zootecnici	486	527	503
N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo di alimenti zootecnici non a norma		8	
% allevamenti controllati per corretto utilizzo alimenti zootecnici non a norma		1,52	
n° sopralluoghi effettuati per sorveglianza alimenti zootecnici	524	808	694
n° campioni alimenti zootecnici effettuati	250	228	360
n° campioni alimenti zootecnici non idonei	6	4	5
% campioni alimenti zootecnici non idonei	2,40	1,75	1,39

Servizi IAPZ: Tutela del Benessere Animale

Indicatori	2013	2014	2015
n° allevamenti/ricoveri/stabulari controllati	487	553	511
n° allevamenti/ricoveri/stabulari controllati non a norma	48	61	16
% allevamenti, ricoveri ed aziende trasporto non a norma	9,86	11,03	3,13
n° impianti di trasporto animale, stalle di sosta,mercati ..controllati	107	146	68
n° impianti di trasporto animale, stalle di sosta,mercati ..controllati non a norma	5	13	2
% impianti di trasporto animale, stalle di sosta,mercati ..controllati non a norma	4,67	8,90	2,94
n° comunicazioni inizizioni inizio sperimentazione sugli animali pervenute	22	27	29
n° comunicazioni inizizioni inizio sperimentazione sugli animali controllate	1	17	
% comunicazioni inizizioni inizio sperimentazione sugli animali controllate	4,55	62,96	
n° sopralluoghi effettuati per la tutela del benessere animale	714	687	631
n° autorizzazioni al trasporto animali rilasciate	79	55	

3.7. Medicina dello sport

I Servizi di Medicina dello Sport sono preposti a certificare l'idoneità ed a svolgere educazione sanitaria diretta a favorire e diffondere l'attività sportiva e motoria nella popolazione con particolare attenzione a quella scolastica.

Nel corso del 2015, sono state realizzate numerose iniziative educative/formative per la promozione di un'appropriata attività fisica, o meglio "attività motoria", intendendo esprimere, con tale terminologia, un concetto più ampio e completo, che racchiuda tutte le possibili forme e intensità di movimento: non solo svolgere attività sportive vere e proprie ma anche passeggiare, andare a scuola a piedi e fare le scale.

E' a pieno regime l'attività svolta presso il "Parco attivo Centro Servizi Grocco": uno spazio all'aperto completamente attrezzato per promuovere l'attività motoria in un ambiente sicuro e gradevole, rivolto a tutti i cittadini sia in forma libera che organizzata in corsi. In particolare è stata individuata un'area gioco per bambini sani e bambini con disabilità, un'area fitness con attrezzi per attività fisica all'aperto, un campo polivalente per sport di squadra, di percorsi per camminata libera con attività proposte di: Nordic Walking, Tai Chi Ch'uan, Passe Gym aperti al pubblico.

Relativamente all'attività per l'accertamento dell'idoneità sportiva, nel corso del 2015, i Servizi di Medicina dello Sport hanno effettuato **26.394 visite di idoneità**.

L'Assistenza Distrettuale

1. Stato dell'arte

I sei Distretti dell'Azienda USL Umbria n.1 hanno una struttura organizzativa basata su un modello che prevede:

- l'articolazione in **Centri di Salute**, decentrati in più Punti di Erogazione,
- la presenza, a seconda del modello organizzativo adottato, di **Unità Operative orientate a specifici livelli di assistenza**: servizi consultoriali, servizi per la tutela della salute mentale, servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze, poliambulatori territoriali, servizi di riabilitazione adulti e minori, servizi rivolti agli anziani, servizi di cure palliative, servizi di cure intermedie.

Nello specifico dell'articolazione in Centri di Salute, nel 2015:

- il **Distretto del Perugino** era organizzato in 6 Centri di Salute articolati su 10 Punti di Erogazione: Centro di Salute 1 (Ponte Felcino, Ponte Pattoli), Centro di Salute 2 (Ponte San Giovanni, Torgiano), Centro di Salute 3 (Via XIV Settembre, San Marco), Centro di Salute 4 (Madonna Alta), Centro di Salute 5 (Castel del Piano, San Sisto), Centro di Salute 6 (Ellera-Corciano);
- il **Distretto dell'Assisano** era organizzato in 2 Centri di Salute articolati su 6 Punti di Erogazione: Centro di Salute 1 (Bastia, Bettona, Cannara), Centro di Salute 2 (Santa Maria degli Angeli, Petrignano, Valfabbrica);
- il **Distretto della Media Valle del Tevere** era organizzato in 3 Centri di Salute articolati su 8 Punti di Erogazione: Centro di Salute 1 (Marsciano, Fratta Todina, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Spina), Centro di Salute 2 (Todi, Massa Martana), Centro di Salute 3 (Deruta);
- il **Distretto del Trasimeno** era organizzato in 3 Centri di Salute articolati su 6 Punti di Erogazione (oltre alla realtà di Tuoro dove è attualmente presente solo attività prelievi e amb. Inf. una volta a settimana): Centro di Salute Trasimeno Sud (Città della Pieve, Tavernelle, Panicale), Centro di Salute Trasimeno Ovest (Castiglione del Lago), Centro di Salute Trasimeno Nord (Magione, Passignano);
- il **Distretto dell'Alto Tevere** era organizzato in 3 Centri di Salute articolati su 6 Punti di Erogazione: Centro di Salute San Giustino (San Giustino, Pistrino – Citerna), Centro di Salute Città di Castello (Città di Castello, Trestina), Centro di Salute Umbertide (Umbertide, Pietralunga);
- il **Distretto dell'Alto Chiascio** era organizzato in 3 Centri di Salute articolati su 6 Punti di Erogazione: Centro di Salute Gubbio (Gubbio), Centro di Salute Gualdo Tadino (Gualdo Tadino), Centro di Salute Fascia Appenninica (Sigillo, Scheggia-Pascelupo, Costacciaro, Fossato).

L'Azienda opera mediante **176 presidi a gestione diretta e 75 strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale**.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Strutture a gestione diretta al 01/01/2015 (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza									
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Att. Consultorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip/alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. Malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	53	11	9							
Struttura residenziale					20	1	11	2	1	1
Struttura semiresidenziale					9	1	9	7	7	
Altro tipo di struttura	1			24	21	9				1

Strutture convenzionate al 01/01/2015 (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza									
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip/alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. AIDS	Ass. Idrotermale
Ambulatorio Laboratorio	10	7	14							
Struttura residenziale				13	3	15	1	4	1	
Struttura semiresidenziale				1	1	2	2	4		
Altro tipo di struttura										1

2. Obiettivi

I sei Distretti dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono, attraverso proprie strutture o acquisendole da strutture private accreditate convenzionate, tutte le attività previste dal Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Distrettuale": assistenza sanitaria di base (medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare, continuità assistenziale notturna e festiva, guardia medica turistica), assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, assistenza protesica, assistenza integrativa, cure domiciliari, assistenza specialistica ambulatoriale, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV, attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti, assistenza termale.

La programmazione nazionale e regionale ha incentivato, inoltre, lo sviluppo del ruolo dei Distretti nel "governo della domanda", al fine di riuscire a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, partendo da un'accurata analisi dei bisogni.

Per l'anno 2015, i principali obiettivi per i Distretti sono stati:

- Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali e Servizio Farmaceutico, l'assistenza farmaceutica per renderla sicura, efficace ed appropriata e contenerne la spesa;
- Riquilibrare l'assistenza protesica migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la personalizzazione degli interventi e contenendone la spesa;

- Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali, Specialisti prescrittori, Servizio Farmaceutico e Servizio Informatico l'assistenza integrativa per renderla appropriata e contenerne la spesa;
- Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale;
- Contrastare le patologie rilevanti attraverso il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale;
- Potenziare, in stretta collaborazione con le Equipe Territoriali, il Sistema delle Cure Domiciliari anche garantendo la continuità assistenziale sui 7 giorni e la corretta e completa registrazione dei dati nel sistema informativo;
- Migliorare l'assistenza ai malati terminali assicurando una veloce ed appropriata presa in carico da parte della rete aziendale delle Cure Palliative;
- Garantire la parità di accesso alle prestazioni ambulatoriali a tutti gli utenti in tempi adeguati alla richiesta, al fine di assicurare il diritto alla salute e percorsi di accesso agevolati per i pazienti esenti;
- Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali;
- Favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale nel Percorso Nascita;
- Ridurre l'istituzionalizzazione degli anziani attraverso il potenziamento dell'ADI, il potenziamento dei C.D. e l'utilizzo delle RSA a degenza breve per superare momenti di particolare impegno assistenziale;
- Riorganizzare e razionalizzare i servizi assistenziali (DGR 970/12-L.R.18/12) allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza con la messa a regime di modelli assistenziali che promuovono la centralità del paziente e un corretto utilizzo delle risorse;
- Garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del sistema di accreditamento;
- Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) dei Distretti, nel 2015, ha fatto registrare risultati ottimali:

- **Distretto del Perugino 95,50%;**
- **Distretto dell'Assisano 94,23%;**
- **Distretto della Media Valle del Tevere 90,43%;**
- **Distretto del Trasimeno 95,79%;**
- **Distretto dell'Alto Tevere 88,27%;**
- **Distretto dell'Alto Chiascio 86,84%.**

3. Attività

3.1. Assistenza farmaceutica convenzionata

Con il termine “farmaceutica convenzionata” si intende l’erogazione di medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle farmacie aperte al pubblico. La dispensazione, che avviene previa presentazione della prescrizione medica su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria.

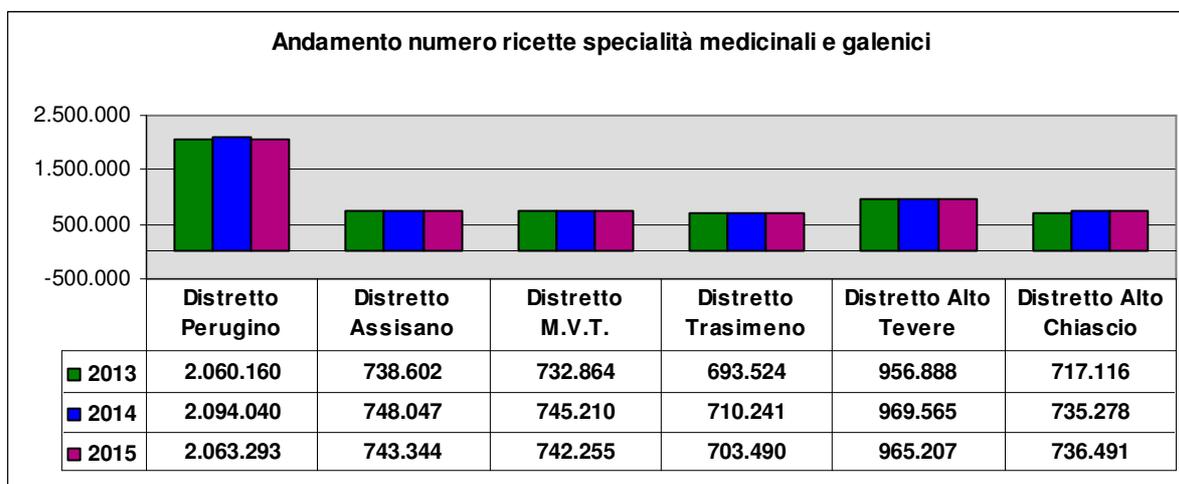
Nell’anno 2015 la spesa farmaceutica netta dell’Azienda USL Umbria n.1, scorporata dalla quota dell’ossigeno-terapia, è stata pari ad **€ 73.556.182,84**. Tenendo conto dei dati della popolazione (dati forniti dalla Regione Umbria) l’Azienda ha speso in media **€ 145,17** netti per ciascun residente con un costo netto a ricetta di **€ 11,75**. La spesa procapite risulta nettamente inferiore a quella registrata nella USL Umbria n.2 (€ 150,13).

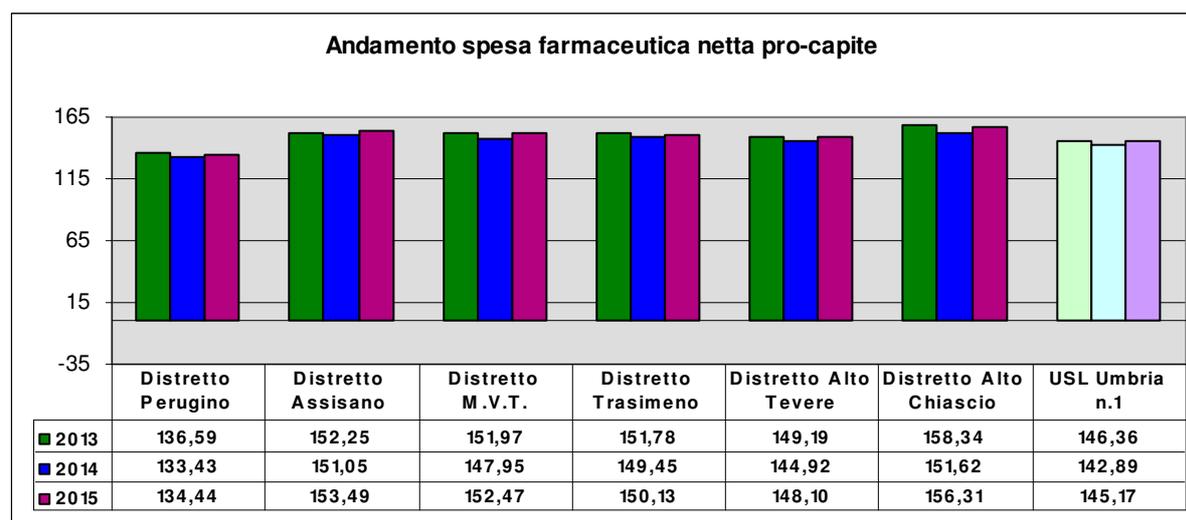
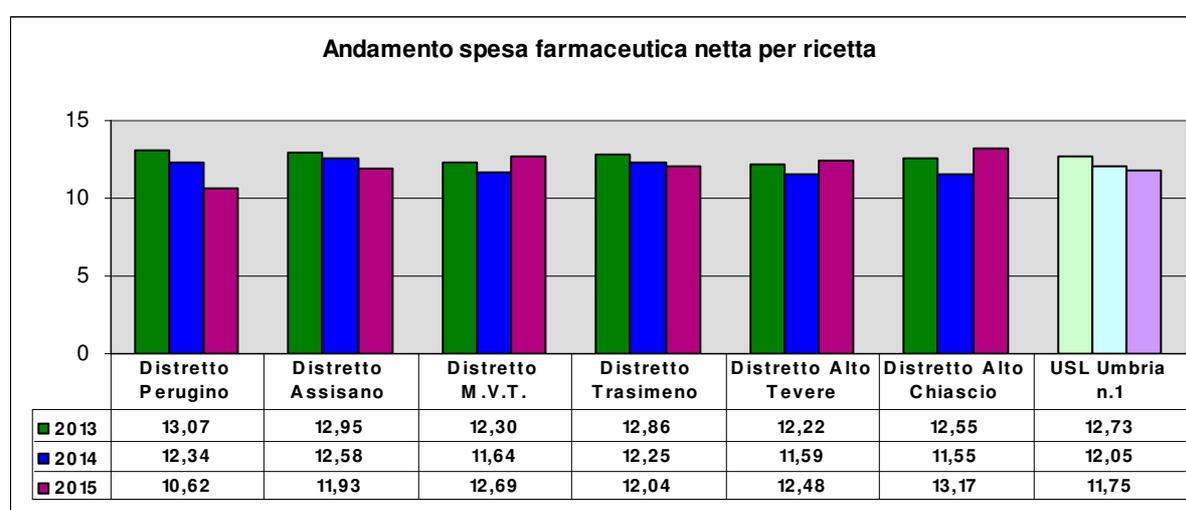
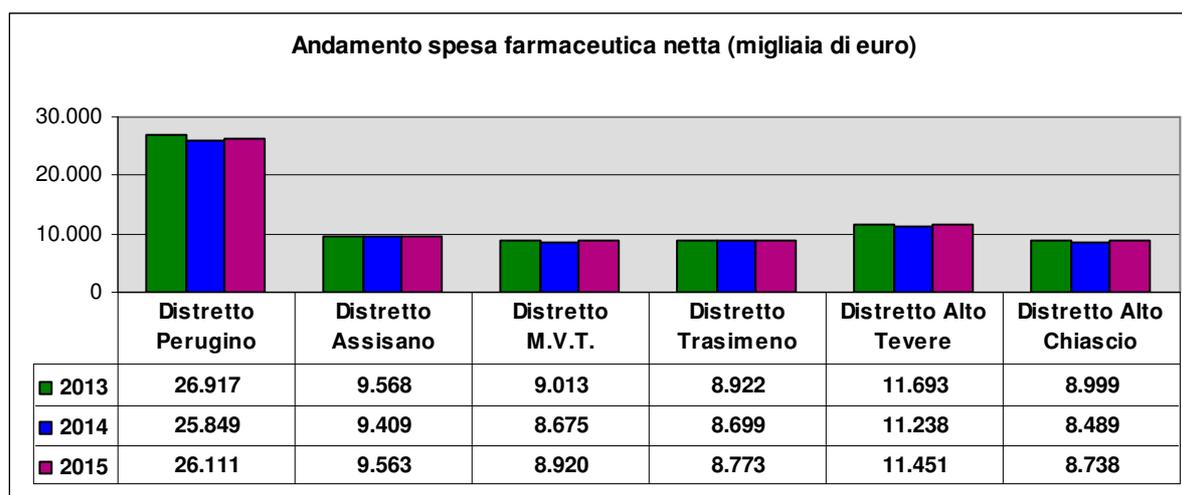
Assistenza farmaceutica convenzionata (Fonte Servizio Farmaceutico) – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° ricette di specialità medicinali e galenici	N° ricette spec. medicinali e galenici per assistito	Spesa netta assistenza farmaceutica territoriale	Spesa netta ass. farmaceutica territoriale per ricetta	Spesa procapite ass. farmaceutica convenzionata
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	5.954.080	11,75	73.556.182,84	12,35	145,17
(Liv 3) Distretto del Perugino	2.063.293	10,62	26.110.781,07	12,65	134,44
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	743.344	11,93	9.563.332,41	12,87	153,49
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	742.255	12,69	8.919.746,67	12,02	152,47
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	703.490	12,04	8.773.110,18	12,47	150,13
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	965.207	12,48	11.451.042,90	11,86	148,10
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	736.491	13,17	8.738.169,61	11,86	156,31

Rispetto all’anno precedente:

- le ricette di specialità medicinali e galenici (escluse quelle per ossigeno terapeutico) sono diminuite dello 0,80%;
- la spesa farmaceutica netta aziendale (senza ossigeno terapeutico) è aumentata dell’1,66%;
- la spesa per ricetta è diminuita del 2,52%;
- la spesa procapite aziendale è aumentata dell’1,60%.





Il contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica convenzionata è frutto di provvedimenti nazionali, regionali ed aziendali volti in particolare ad implementare la prescrizione di farmaci equivalenti in regime di S.S.N. nell'ambito della medesima categoria terapeutica.

A livello aziendale, nell'anno 2014, è stato siglato l'Accordo Aziendale Medicina Generale Assistenza Primaria anni 2014-2015 che, tra i vari punti, fissa un obiettivo di miglioramento o consolidamento della percentuale di principi attivi non coperti da brevetto sul totale delle

confezioni erogate, limitatamente alla categoria terapeutica delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina. Accanto a tale obiettivo, l'Accordo prevede il rispetto di livelli di spesa pro-capite media da parte della Medicina Generale limitatamente ad alcune categorie terapeutiche ad alta criticità di prescrizione come quella degli inibitori di pompa protonica e del sistema respiratorio.

I risultati raggiunti nel contenimento della spesa farmaceutica sono stati possibili anche grazie alla prosecuzione delle attività di audit sull'appropriatezza farmaceutica, sulle note A.I.F.A., sulle limitazioni prescrittive e di rimborsabilità. Attraverso tali incontri, che hanno visto la partecipazione di M.M.G., P.L.S. e specialisti, oltre ad affrontare i temi sopra citati si è analizzato l'andamento della spesa farmaceutica e delle prescrizioni delle principali categorie terapeutiche maggiormente impattanti sulla spesa farmaceutica aziendale ed oggetto dell'Accordo decentrato della medicina generale.

3.2. Assistenza protesica

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un progetto riabilitativo individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.

Il Decreto 27 agosto 1999, n. 332 individua nel dettaglio le categorie di persone che hanno diritto all'assistenza protesica, le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore tariffario e le modalità di erogazione:

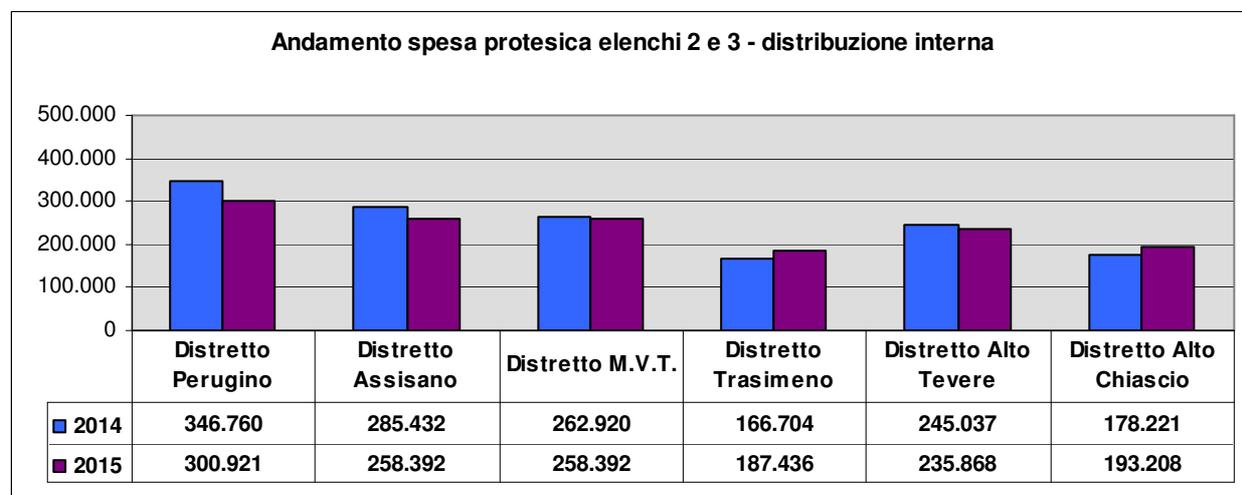
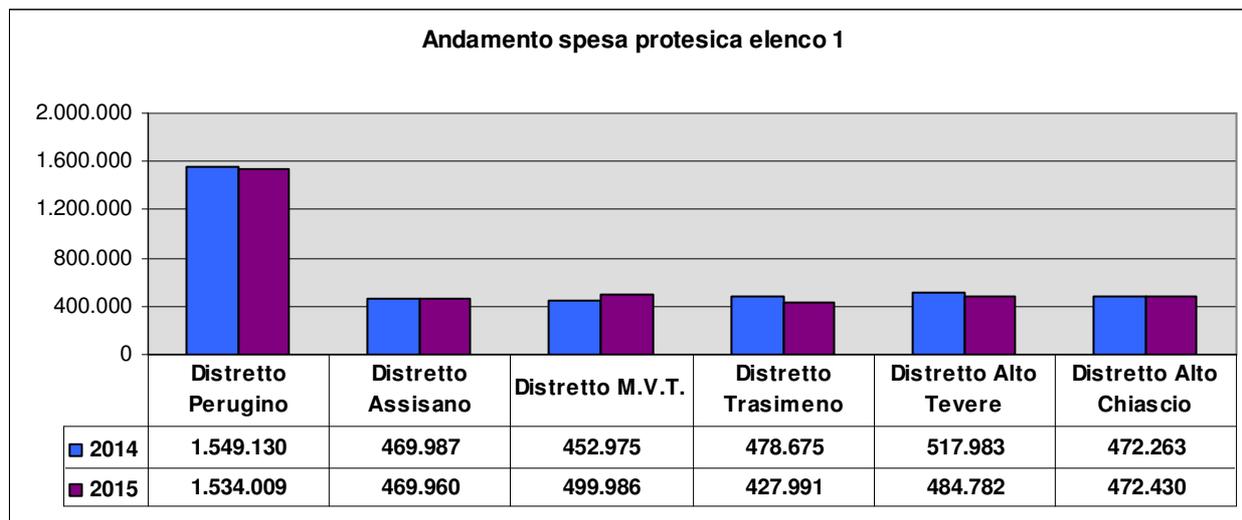
- l'elenco n. 1 del nomenclatore contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso. L'elenco n. 1 contiene, inoltre, i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista. I dispositivi contenuti nell'elenco n. 1 sono destinati esclusivamente al paziente cui sono prescritti.
- l'elenco n. 2 del nomenclatore contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie, la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato.
- l'elenco n. 3 del nomenclatore contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende USL ed assegnati in uso con procedure indicate.

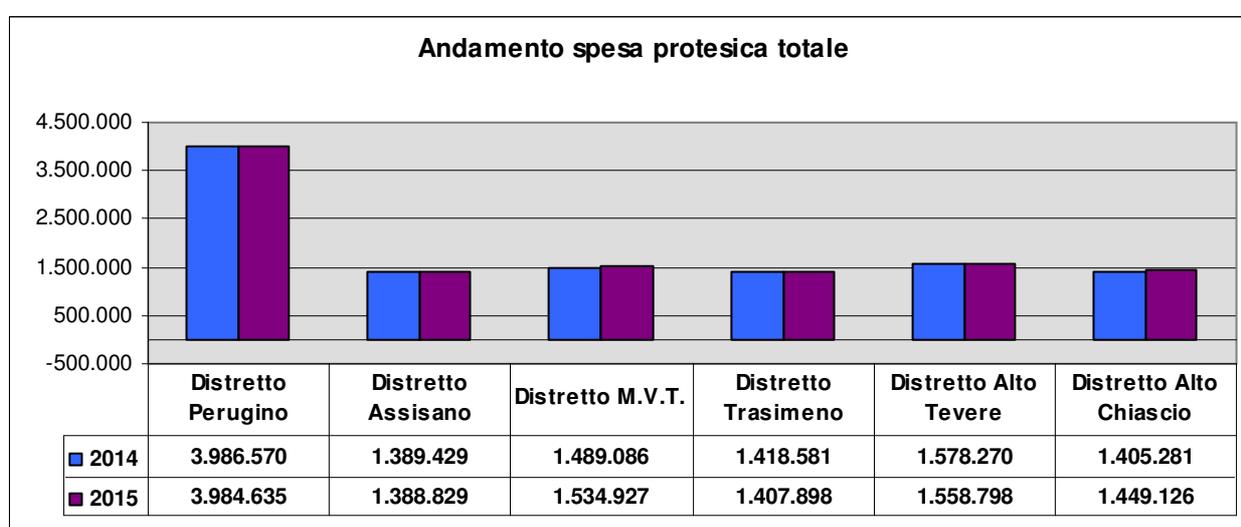
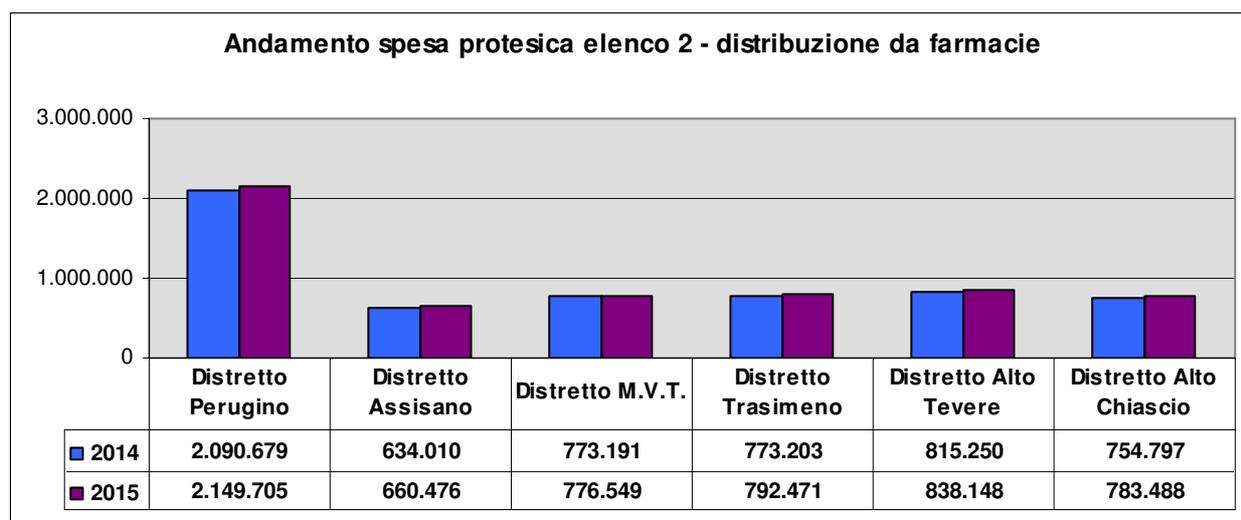
Nel corso del 2015, la spesa per assistenza protesica è risultata pari a **€ 11.324.213**, di cui il 34,34% per l'elenco 1, il 12,67% per gli elenchi 2 (distribuzione interna) e 3 e il 52,99% per l'elenco 2 distribuito dalle farmacie.

Spesa Protesica (Fonte SAP) – Anno 2015

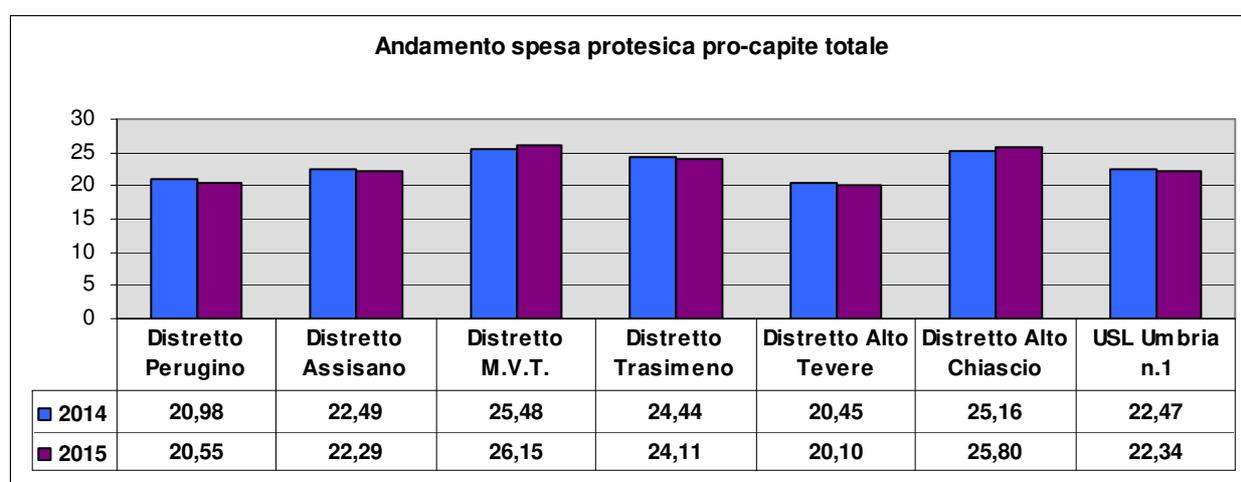
Strutture \ Indicatori	Spesa protesica elenco 1	Spesa ass. protesica elenchi 2 e 3 - distribuzione interna	Spesa protesica elenco 2 - distribuzione da farmacie	Spesa totale per ass. protesica	Spesa procapite ass. protesica elenco 1	Spesa procapite ass. protesica elenchi 2 e 3 - distribuzione interna	Spesa procapite ass. protesica elenco 2 - distribuzione da farmacie
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	3.889.158	1.434.217	6.000.838	11.324.213	7,67	2,83	11,84
(Liv 3) Distretto del Perugino	1.534.009	300.921	2.149.705	3.984.635	7,91	1,55	11,09
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	469.960	258.392	660.476	1.388.829	7,54	4,15	10,60
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	499.986	258.392	776.549	1.534.927	8,52	4,40	13,23
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	427.991	187.436	792.471	1.407.898	7,33	3,21	13,57
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	484.782	235.868	838.148	1.558.798	6,25	3,04	10,81
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	472.430	193.208	783.488	1.449.126	8,41	3,44	13,95

Rispetto all'anno precedente la spesa totale è sostanzialmente stabile **(+0,51%)**, la spesa per l'elenco 1 è **diminuita dell'1,32%** così come risulta diminuita del **3,42%** quella per gli elenchi 2 e 3 da distribuzione interna, mentre è in **aumento del 2,73%** la spesa per l'elenco 2 distribuito dalle farmacie.





Per quanto riguarda la spesa procapite totale, è **diminuita dello 0,61%** a livello aziendale, con differenti andamenti nei 6 Distretti.



Nell'Azienda USL Umbria n.1 è attivo il **Centro Ausili Aziendale – A.R.C.A.** che rappresenta un servizio di informazione, consulenza e supporto finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso la migliore conoscenza, scelta e utilizzo delle soluzioni tecniche e tecnologiche necessarie a migliorare l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità.

Il Centro Ausili è un centro di alta specialità finalizzato, inoltre, a promuovere e garantire l'appropriatezza prescrittiva, l'applicazione uniforme delle linee guida regionali, nonché il miglioramento continuo della qualità dei percorsi prescrittivi.

Il Centro Ausili è anche lo strumento per contribuire a promuovere quegli adattamenti ambientali e culturali necessari a favorire la persona con disabilità nel raggiungimento della migliore partecipazione possibile e gestione delle proprie attività di vita.

Le attività del Centro Ausili sono indirizzate al settore degli ausili e delle soluzioni tecniche e tecnologiche relative ai bisogni di:

- Mobilità;
- Autonomia e vita indipendente;
- Cura della persona e assistenza;
- Accessibilità e adattamento degli spazi di vita e lavoro;
- Comunicazione, apprendimento e interazione con l'ambiente;
- Controllo ambientale e domotica;
- Inserimento scolastico, sociale e lavorativo;
- Integrazione ed inclusione.

Le attività del Centro Ausili sono rivolte a:

- Operatori dei Servizi di Riabilitazione ospedalieri e territoriali;
- Operatori dei Servizi sanitari e sociali;
- Ufficio assistenza protesica;
- Persone con disabilità, adulti e in età evolutiva, loro familiari e caregiver;
- Istituzioni educative;
- Organizzazioni sociali, culturali, sportive;
- Cooperative e imprese;
- Enti pubblici.

Gli utenti del Centro Ausili sono:

- Persone adulte, anziane e in età evolutiva con problemi prevalentemente motori di origine neurologica e/o ortopedica come patologie neuromuscolari, esiti lesioni cerebrali, gravi cerebrolesioni, paralisi cerebrale infantile, sindrome da ipomobilità, lesioni midollari, esiti di politraumi, ecc.
- Persone adulte, anziane e in età evolutiva con disabilità complessa caratterizzata da problemi cognitivi, della comunicazione e sensoriali e comportamentali, come disturbi dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia), disturbi del linguaggio, disturbi della comunicazione, cecità e ipovisione, ecc.

Nel corso del 2015 l'attività è stata significativamente potenziata. Infatti sono stati seguiti **188 utenti** (136 nel 2014) con **564 accessi** (408 nel 2014), mentre i **collaudi a domicilio** sono stati **52** (21 nel 2014).

3.3. Assistenza integrativa

Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, nei limiti e con le modalità fissati dalla normativa, l'erogazione di:

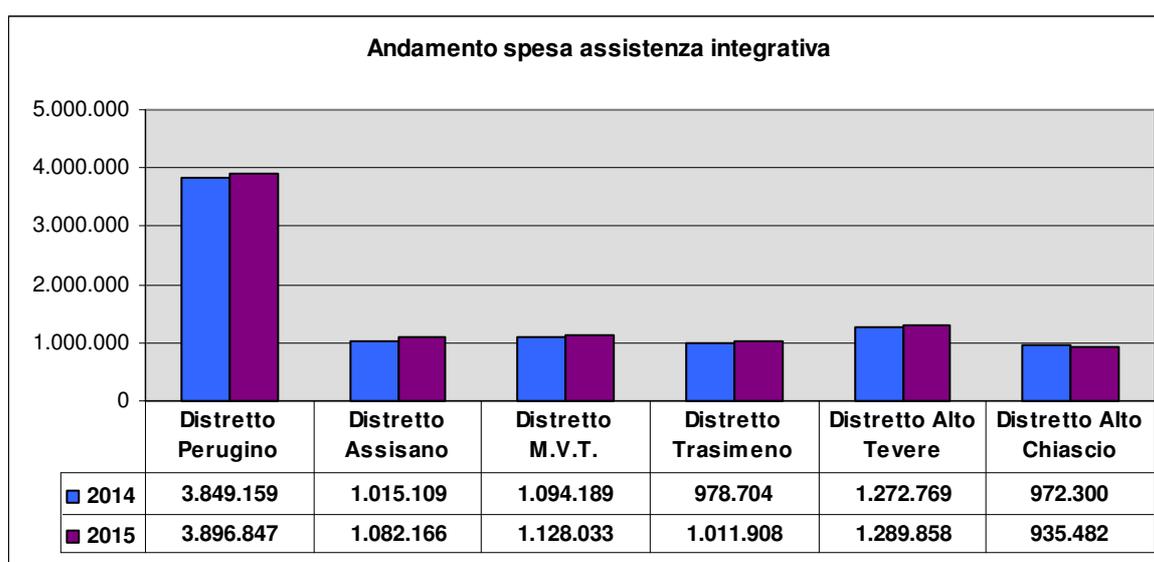
- dispositivi medici monouso agli assistiti laringectomizzati, tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da incontinenza urinaria o fecale cronica ed agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento;
- presidi per diabetici;
- prodotti destinati ad un'alimentazione particolare alle persone affette da malattie metaboliche congenite, da fibrosi cistica (o malattia fibrocistica del pancreas o mucoviscidosi) e da morbo celiaco compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme.

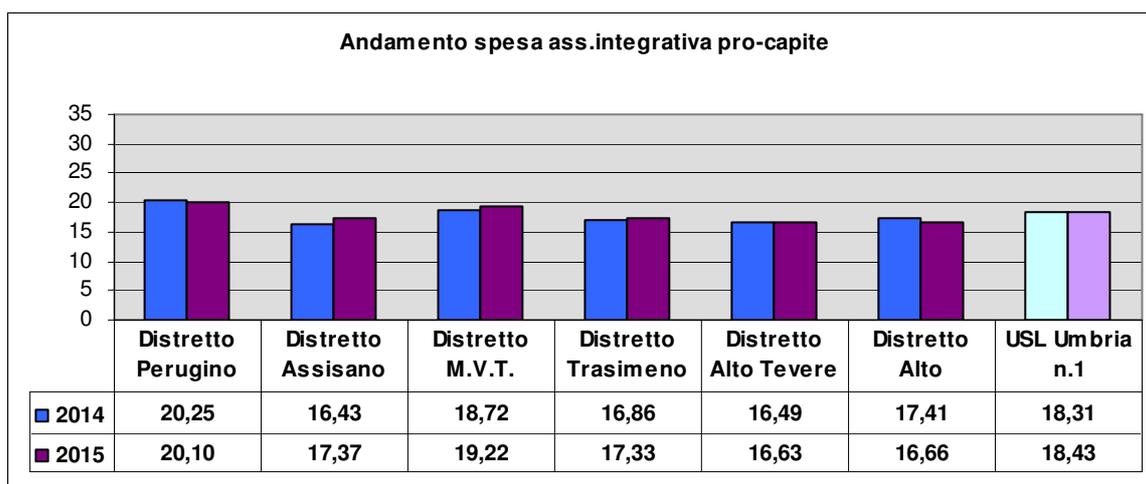
Nel corso del 2015, la spesa per assistenza integrativa è risultata pari a **€ 9.344.295** con un procapite di **€ 18,43**.

Spesa Assistenza Integrativa (Fonte SAP)

Strutture \ Indicatori	Spesa per assistenza integrativa (presidi e ausili)	Spesa ass. integrativa procapite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	9.344.295	18,43
(Liv 3) Distretto del Perugino	3.896.847	20,10
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	1.082.166	17,37
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	1.128.033	19,22
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	1.011.908	17,33
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	1.289.858	16,63
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	935.482	16,66

Rispetto all'anno precedente la spesa totale è **umentata dell'1,76%**, mentre quella procapite è sostanzialmente stabile **(+0,63%)**.





3.4. Attività di Continuità Assistenziale

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, è attivo il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

La Continuità Assistenziale integra l'attività del medico di Medicina Generale e del pediatra di Libera Scelta nelle ore notturne, prefestive e festive. I medici di Medicina Generale e i pediatri di Libera Scelta, in base al loro contratto di lavoro con il Sistema Sanitario Nazionale, prestano il loro servizio per 5 giorni a settimana e in una fascia oraria limitata.

Il servizio garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante o pediatra di libera scelta.

Il medico di Continuità Assistenziale può:

- effettuare visite domiciliari non differibili;
- prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona;
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni;
- proporre il ricovero in ospedale.

Il Servizio di Continuità Assistenziale dell'Azienda USL Umbria n.1 è strutturato su **18 punti di erogazione**: Perugia, Ponte San Giovanni, S. Maria degli Angeli, Valfabbrica, Marsciano, Todi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Panicale, Passignano, Magione, Città di Castello, Umbertide, San Giustino, Pietralunga, Gubbio, Gualdo Tadino e Scheggia per la fascia appenninica.

Nel corso del 2015, il servizio è stato assicurato da circa **105 medici titolari** e **28 sostituti**, per un totale di **173.556 ore**.

Continuità Assistenziale - Dati strutturali – Anno 2015

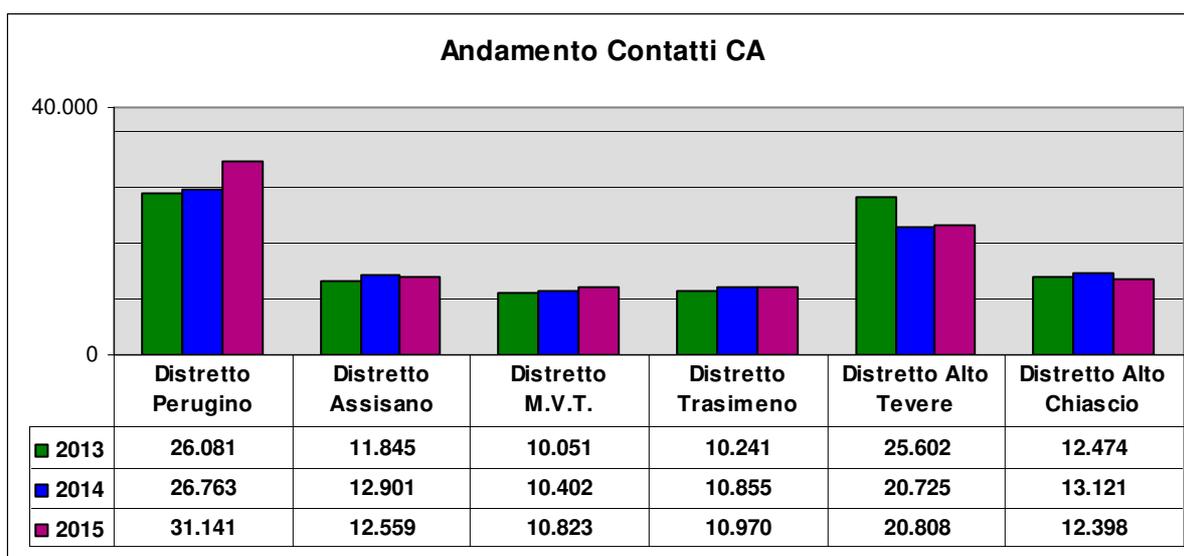
Indicatori	n° punti CA	n° medio medici titolari di CA	n° medio medici sostituiti di CA	n° ore totali effettuate da medici CA
(Liv 2) Assistenza \ Distrettuale	18	104,50	28,00	173.556
(Liv 3) Distretto del Perugino	2	18,25	7,50	33.420
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	2	21,25	1,00	27.996
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	2	14,25	3,50	23.340
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	5	17,00	1,75	24.732
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	4	21,00	7,75	37.908
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	3	12,75	7,00	26.160

Si sono registrati **98.699 contatti**, di cui circa il 26% rappresentato da visite domiciliari (**50,94 per mille assistiti**) ed il 47,76% da visite ambulatoriali. I ricoveri prescritti sono stati **421** pari allo **0,83 per mille assistiti**.

Continuità Assistenziale – Attività – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° visite domiciliari effettuate	n° visite ambulatoriali effettuate	n° consigli telefonici	N° contatti totali	% visite domiciliari	N° visite domiciliari per mille assistiti	n° ricoveri prescritti
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	25.829	47.137	25.733	98.699	26,17	50,94	421
(Liv 3) Distretto del Perugino	6.665	12.924	11.552	31.141	21,40	34,37	99
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	3.586	6.083	2.890	12.559	28,55	57,56	52
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	3.475	4.468	2.880	10.823	32,11	59,20	57
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	4.398	4.858	1.714	10.970	40,09	75,31	106
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	4.180	12.327	4.301	20.808	20,09	53,91	58
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	3.525	6.477	2.396	12.398	28,43	62,77	49

Rispetto all'anno precedente, si è registrato un **aumento del 4% nei contatti** (94.767 nel 2014).



3.5. Cure Domiciliari

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati “**cure domiciliari**” consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Il bisogno clinico-assistenziale viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un “**Piano Assistenziale Individuale (PAI)**”.

L’assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire un’adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità. Con questa forma di assistenza si cerca di evitare il ricorso improprio al ricovero, garantendo la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenendo la famiglia.

Nel corso del 2015, l’Azienda USL Umbria n.1 ha proseguito il percorso di qualificazione del sistema delle cure domiciliari con i seguenti obiettivi principali:

- miglioramento dell’assistenza attraverso lo sviluppo della valutazione multidisciplinare nella presa in carico dei casi;
- semplificazione delle procedure di accesso alle cure domiciliari ed agli interventi socio-sanitari, attraverso l’identificazione di percorsi e con l’utilizzo di una modulistica aziendale, per facilitare i rapporti ospedale-territorio e con i Medici di Medicina Generale;
- informatizzazione delle attività nel sistema gestionale regionale Atl@nte per garantire l’assolvimento del debito informativo di cui al D.M. 17-12-2008 nei confronti della Regione e del Ministero.

In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, si distinguono le seguenti tipologie di cure domiciliari:

- Assistenza domiciliare programmata (ADP), di tipo prestazionale monoprofessionale;
- Assistenza domiciliare integrata (ADI).

3.5.1. Assistenza Domiciliare programmata (ADP)

L’assistenza domiciliare programmata consiste nell’erogazione di prestazioni sanitarie mediche, infermieristiche e/o riabilitative, occasionali o a ciclo programmato limitate all’episodio di malattia in atto.

Tale tipologia di assistenza, la cui durata è limitata nel tempo, è attivata e gestita dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dai servizi distrettuali della ASL ed è generalmente erogata a quelle persone che sono nell’impossibilità di raggiungere lo studio del medico o i servizi della ASL perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni.

Nel corso del 2015 sono stati assistiti dal personale infermieristico in assistenza prestazionale **12.954 utenti**, di cui l’81,83% ultrasettantacinquenni.

Assistenza infermieristica domiciliare prestazionale - Utenti – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° utenti età <65 aa	n° utenti età 65-74 aa	n° utenti età >=75 aa	N° utenti totali
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.209	1.145	10.600	12.954
(Liv 3) Distretto del Perugino	324	381	3.736	4.441
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	242	202	1.579	2.023
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	132	118	1.376	1.626
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	65	65	605	735
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	323	265	2.343	2.931
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	91	103	946	1.140
(Liv 3) Attività di Volontariato in Convenzione	32	11	15	58

Gli accessi sono stati **113.350** e le prestazioni **155.731** con poco più di una prestazione ad accesso (1,37).

Assistenza infermieristica domiciliare prestazionale – Attività – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

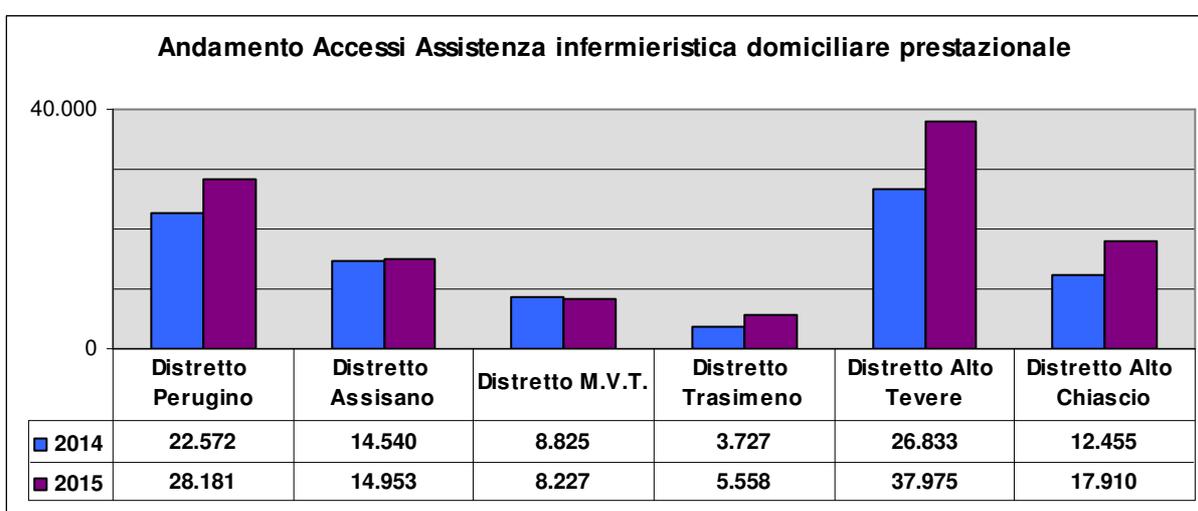
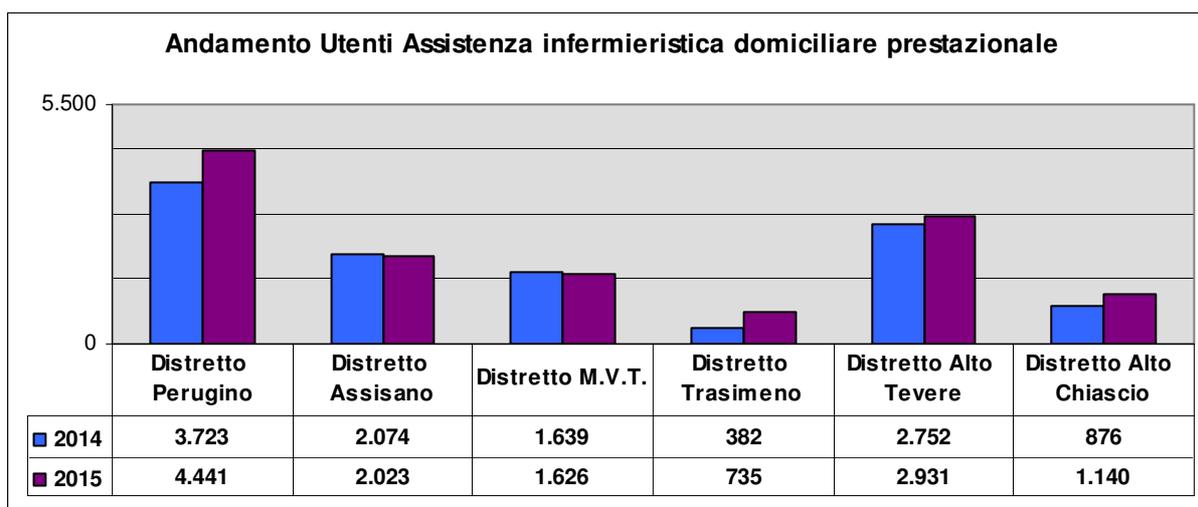
Strutture \ Indicatori	N° accessi	N° accessi per utente	N° prestazioni	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	113.350	8,75	155.731	1,37
(Liv 3) Distretto del Perugino	28.181	6,35	32.946	1,17
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	14.953	7,39	16.674	1,12
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	8.227	5,06	9.671	1,18
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	5.558	7,56	6.330	1,14
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	37.975	12,96	49.359	1,30
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	17.910	15,71	40.205	2,24
(Liv 3) Attività di Volontariato in Convenzione	546	9,41	546	1,00

Sempre a domicilio sono anche stati seguiti da operatori della riabilitazione **749 utenti** con **4.324 accessi** e **4.818 prestazioni**.

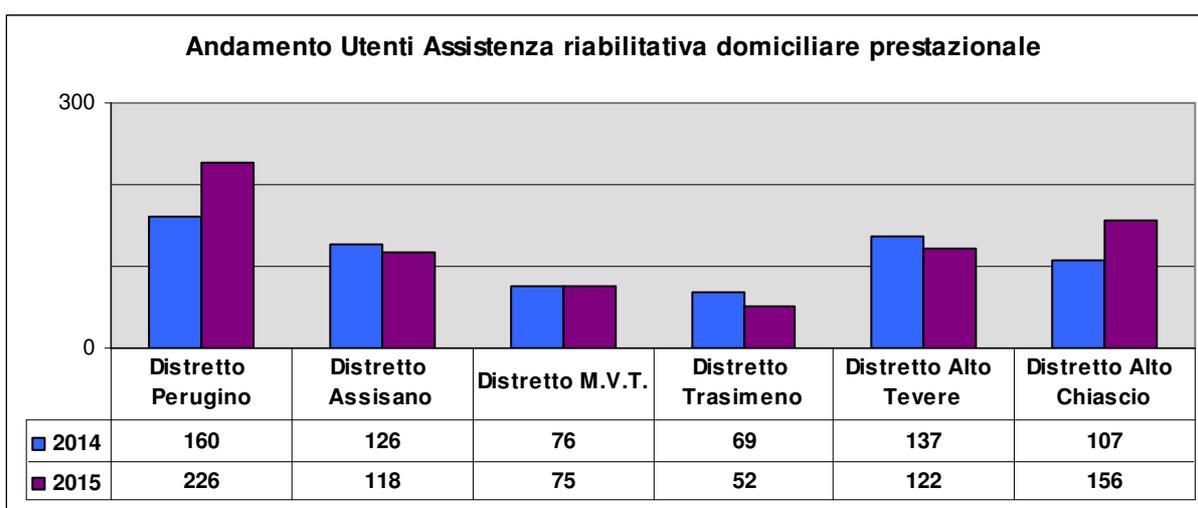
Assistenza riabilitativa domiciliare prestazionale – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

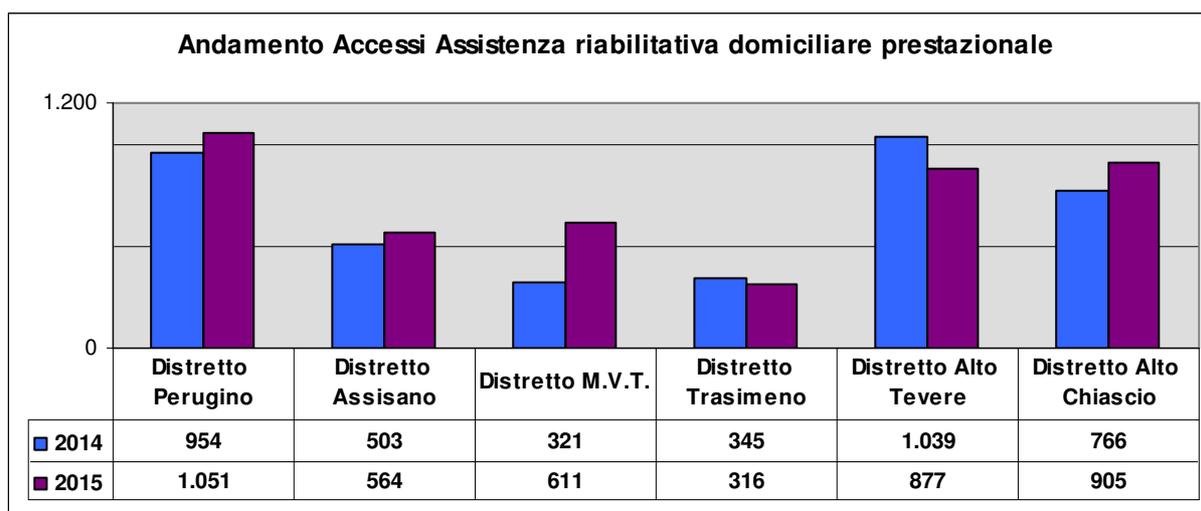
Strutture \ Indicatori	N° utenti	N° accessi	N° accessi per utente	N° prestazioni	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	749	4.324	5,77	4.818	1,11
(Liv 3) Distretto del Perugino	226	1.051	4,65	1.236	1,18
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	118	564	4,78	605	1,07
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	75	611	8,15	699	1,14
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	52	316	6,08	340	1,08
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	122	877	7,19	879	1,00
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	156	905	5,80	1.059	1,17

Rispetto all'anno precedente, gli utenti assistiti a domicilio dal personale infermieristico sono aumentati del **12,67%** e gli accessi di oltre il **26%**.



Anche l'attività assicurata dal personale riabilitatore a domicilio è aumentata rispetto al 2014: gli utenti del **10,96%** e gli accessi del **10,08%**.





Infine, vanno considerate anche le visite assicurate dai medici di Medicina Generale ad utenti in ADP che, nel 2015, sono state complessivamente **4.042** con un incremento del **7,47%** rispetto al 2014 e con una spesa pari a € **84.328** di indennità corrisposte.

ADP Medici di Medicina Generale

Strutture \ Indicatori	2014		2015	
	N° Medici	N° Visite	N° Medici	N° Visite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	136	3.761	134	4.042
(Liv 3) Distretto del Perugino	33	921	32	958
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	15	370	13	365
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	29	529	25	555
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	17	398	16	322
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	17	572	18	503
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	25	971	30	1.339

3.5.2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI assicura, a casa della persona non autosufficiente, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate.

Le patologie che consentono l'avvio dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero e, salva diversa determinazione concordata tra il Medico Responsabile del Centro di Salute e il Medico di MG in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di assistenza domiciliare integrata con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale che generalmente, generalmente distinti in:

- **ADI di 1° e 2° livello**, costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (1° livello) o su 6 giorni (2° livello) in relazione alla criticità e complessità del caso;
- **ADI ad elevata intensità (3° livello)**, costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia;
- **ADI di 4° livello**, rappresentate dalle Cure Palliative.

Nel corso del 2015, sono stati assistiti **4.077 utenti**, di cui l'89,28% ultrasessantacinquenni ed il 78,42% ultrasettantacinquenni.

Rispetto ai target regionale dell'1‰ sui residenti di età inferiore ai 65 aa, e del 2,5% sui residenti di età superiore ai 64 aa, si sono registrati valori ottimali rispettivamente dell'**1,14‰** e del **3,12‰**.

ADI per Distretto - Utenti – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° utenti ADI età <65 aa	n° utenti ADI età 65-74 aa	n° utenti ADI età >=75 aa	N° utenti totali ADI	N° utenti ADI < 65 aa su 1000 residenti	N° utenti ADI >=65 aa su 100 residenti
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	443	445	3.216	4.104	1,14	3,12
(Liv 3) Distretto del Perugino	138	131	942	1.211	0,92	2,49
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	62	61	300	423	1,28	2,62
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	36	41	529	606	0,81	4,02
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	75	78	606	759	1,70	4,82
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	74	70	397	541	1,24	2,60
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	52	62	433	547	1,23	3,52
(Liv 3) Attività di Volontariato in Convenzione	6	2	9	17		

Dei 4.101 utenti, il **33,65%** presenta un elevato livello di complessità (3° e 4° livello).

Utenti ADI per livello di complessità – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

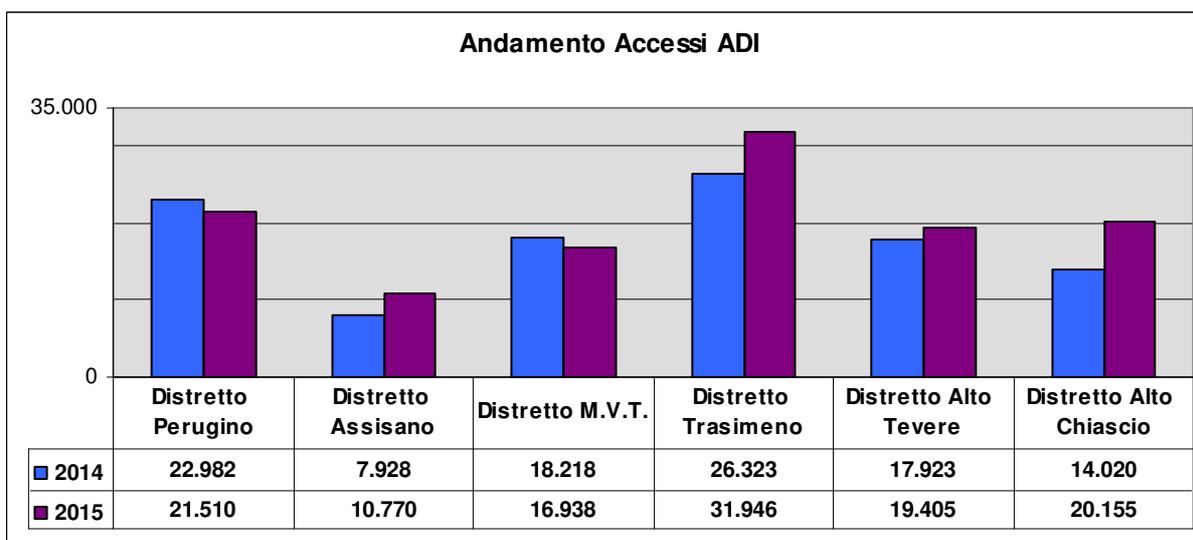
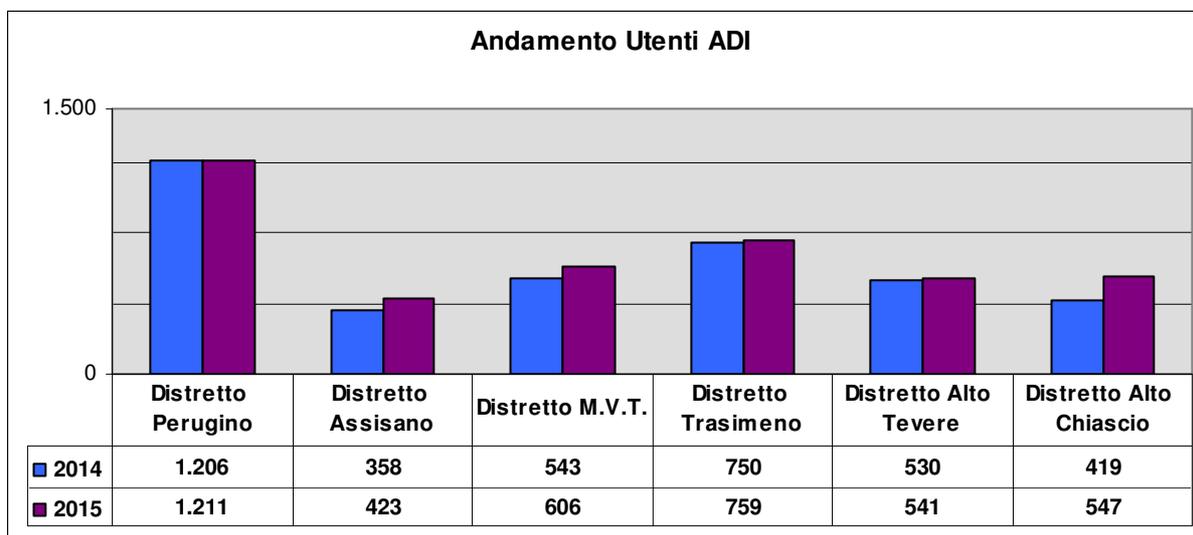
Strutture \ Indicatori	N° utenti ADI di 1° livello	N° utenti ADI di 2° livello	N° utenti ADI di 3° livello	N° utenti ADI di 4° livello	N° utenti totali ADI
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.836	887	450	931	4.104
(Liv 3) Distretto del Perugino	522	225	208	256	1.211
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	125	67	67	164	423
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	386	110	40	70	606
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	365	206	81	107	759
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	175	167	37	162	541
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	263	112	17	155	547
(Liv 3) Attività di Volontariato in Convenzione				17	17

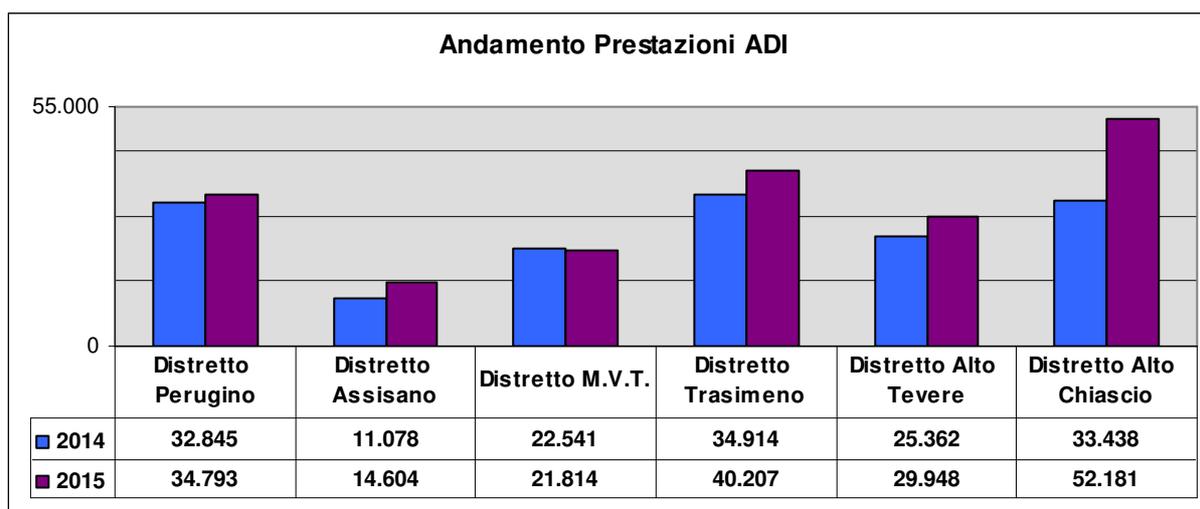
Gli accessi assicurati al domicilio del paziente sono stati **120.845** (oltre 331 accessi al giorno) e le prestazioni **193.684** con una media di **1,60** prestazioni ad accesso.

ADI per Distretto - Attività (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	N° accessi ADI	N° accessi ADI per utente	N° accessi ADI al giorno	N° prestazioni ADI	N° prestazioni ADI per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	120.845	37,33	331,08	193.684	1,60
(Liv 3) Distretto del Perugino	21.510	21,49	58,93	34.793	1,62
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	10.770	31,49	29,51	14.604	1,36
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	16.938	33,94	46,41	21.814	1,29
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	31.946	49,76	87,52	40.207	1,26
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	19.405	53,31	53,16	29.948	1,54
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	20.155	53,75	55,22	52.181	2,59
(Liv 3) Attività di Volontariato in Convenzione	121	8,64	0,33	137	1,13

Rispetto all'anno precedente, gli utenti sono aumentati del **7,83%**, gli accessi del **12,52%** e le prestazioni del **20,92%**.





Infine, vanno considerate anche le visite assicurate dai medici di Medicina Generale ad utenti in ADI che, nel 2015, sono state complessivamente **20.825** con una riduzione dell'**8,83%** ed una spesa pari a € **434.480** di indennità corrisposte.

ADI Medici di Medicina Generale

Strutture \ Indicatori	2014		2015	
	N° Medici	n° visite	N° Medici	n° visite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	208	22.843	197	20.825
(Liv 3) Distretto del Perugino	36	1.880	32	1.663
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	15	1.074	16	1.124
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	39	3.549	30	2.366
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	30	3.813	29	3.496
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	52	7.530	53	7.288
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	36	4.997	37	4.888

3.6. Cure Palliative

Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale."*

Lo Stato Italiano con la legge 38 del 15 marzo 2011 ha dato disposizioni per garantire, nei livelli essenziali di assistenza, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore dei propri cittadini, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Le cure palliative si rivolgono a pazienti in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, in primo luogo malattie oncologiche, ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche ed hanno lo scopo di dare al malato la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della sua volontà, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa. La fase terminale è quella condizione non più reversibile con le cure che evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal

manifestarsi di sintomi fisici, come il dolore, e psichici che coinvolgono anche il nucleo familiare e delle relazioni sociali.

La rete assistenziale deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare nel 75-85% dei casi e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

La rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere garantito, se richiesto, un adeguato supporto religioso. E' particolarmente stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di quelle del volontariato, attive da anni nel settore.

Le cure palliative possono essere definite come *"il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive ed irreversibili, attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, più della patologia che ne è la causa"*.

Lo scopo delle cure palliative è quello di ottenere la massima qualità di vita possibile per il paziente affetto da una patologia per la quale non esistono terapie e laddove esistano, sono inadeguate o risultano inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento della vita.

Le stesse, pertanto:

- non anticipano e non posticipano la morte;
- si adoperano per controllare la sofferenza non solo fisica del malato;
- rispettano l'autodeterminazione del malato;
- sono erogate da équipe multidisciplinari ed interdisciplinari di professionisti e di non professionisti;
- si occupano anche della famiglia del malato, compresa la fase del lutto.

Nello della USL Umbria n.1, è stata costituita, a livello Aziendale, l'**Unità di Cure Palliative (UCP)**, aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in struttura residenziale dedicata (Hospice), a domicilio e in altre strutture residenziali (per anziani o disabili).

Le finalità dell'UCP sono: garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative; garantire la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato; garantire la continuità assistenziale (ospedale-domicilio-hospice); garantire la qualità delle cure, anche attraverso i flussi informativi e il rispetto degli indicatori ministeriali; promuovere ed attuare, in accordo con i Servizi di Formazione delle Aziende, programmi obbligatori di formazione a tutte le figure professionali operanti nella rete.

Inoltre, con lo stesso atto è stato definito il modello organizzativo aziendale della rete per le cure palliative i cui snodi sono rappresentati da: Unità di Cure Palliative Aziendale (UCP), Servizi domiciliari dei Centri di Salute, medico di Medicina Generale, medico Palliativista, Associazioni di Volontariato e Onlus.

Le attività possono essere erogate al domicilio del paziente o presso il Centro Residenziale per Malati Terminali (Hospice).

Nel corso dell'anno 2015 sono stati assistiti a domicilio **914** utenti con un incremento dell'1,78% rispetto al 2014.

Cure Palliative - Utenti presi in carico a domicilio

Strutture \ Indicatori	2014		2015	
	N°	%	N°	%
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	898	100,00	914	100,00
(Liv 3) Distretto del Perugino	265	29,51	256	28,01
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	136	15,14	164	17,94
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	64	7,13	70	7,66
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	120	13,36	107	11,71
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	160	17,82	162	17,72
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	153	17,04	155	16,96

L'Hospice è una struttura residenziale che ha le caratteristiche di una casa, si propone come alternativa all'abitazione della persona ogni qual volta vi siano situazioni non più gestibili a domicilio. E' organizzato in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy. La struttura ha una dotazione di **10 posti letto** che devono essere occupati secondo standard di eleggibilità del paziente stabiliti sulla base di indicazioni ministeriali:

- paziente con malattia evolutiva in stadio avanzato irreversibile con sopravvivenza presunta a 90 giorni;
- quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e un adeguamento della terapia non compatibili con la permanenza al domicilio;
- sintomatologia non controllabile a domicilio sia fisica che psichica, problemi sociali, problemi relazionali;
- necessità di frequenti accessi medici ed infermieristici non compatibili con l'organizzazione delle cure domiciliari;
- indice di autonomia secondo la scala Karnofsky inferiore o uguale a 50;
- mancanza di una adeguata rete familiare, gravi situazioni sociali, rilevata non idoneità del domicilio, necessità di sollievo temporaneo da parte della famiglia e/o caregiver;
- volontà del paziente ad essere ricoverato in Hospice.

Nel corso dell'anno sono stati assistiti **227** pazienti con **2.999** giornate di presenza in Hospice (+3.127 rispetto al 2014).

Attività Hospice

Indicatori	2014	2015
n° posti letto effettivi	10	10
n° utenti presenti inizio anno	7	8
n° utenti ammessi nel periodo	214	219
n° utenti dimessi nel periodo	80	88
n° utenti deceduti nel periodo	133	128
n° giornate di assistenza in residenzialità	2.636	2.999
Tasso di Utilizzo PL	72,22	82,16

3.7. Assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'ambito dei LEA, l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale: le visite, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.) le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, inclusi alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione, e altro.

A tutti coloro che non sono esenti (per malattia o per reddito) è richiesta una quota di partecipazione al costo (ticket) di tali prestazioni.

L'assistenza specialistica ambulatoriale afferisce all'area più ampia dell'assistenza distrettuale, anche se gli ambulatori ed i laboratori possono essere dislocati presso le strutture di ricovero.

L'Azienda Sanitaria USL Umbria n.1 garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso **22 punti di erogazione territoriali** (5 nel Perugino, 2 nell'Assisano, 3 nella Media Valle del Tevere, 6 nel Trasimeno, 3 nell'Alto Tevere, 3 nell'Alto Chiascio) e **7 ospedalieri** (1 nell'Assisano, 1 nella Media Valle del Tevere, 2 nel Trasimeno, 2 nell'Alto Tevere, 1 nell'Alto Chiascio).

Nel corso del 2015 sono state garantite **5.602.721** prestazioni con un incremento del **2,56%** rispetto al 2014.

Attività Specialistica Ambulatoriale Territoriale (Fonte CUP)

Branca Specialistica	2014		2015	
	Prestazioni	Fatturato	Prestazioni	Fatturato
Lab. Analisi - Anat. e Ist. Patol. - Genet. - Immunoemat. e Trasf	4.264.010	15.126.908,30	4.330.892	15.605.854,40
Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica	280.016	12.174.617,38	284.686	12.549.109,06
Nefrologia	81.778	8.169.416,80	69.321	8.105.853,90
Cardiologia	107.506	3.747.000,90	121.043	4.197.436,90
Oculistica	71.236	3.598.041,40	72.523	3.799.532,20
Chirurgia Vascolare - Angiologia	34.147	1.445.325,20	71.811	2.748.588,40
Prestazioni Interdisciplinari	122.784	2.059.040,70	123.637	2.051.887,60
Radioterapia	15.404	1.970.639,30	16.800	1.985.764,60
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	21.212	1.240.945,80	22.783	1.283.782,40
Medicina Fisica e Riabilitazione	107.170	1.219.725,10	98.060	1.158.431,30
Ortopedia E Traumatologia	32.684	1.000.577,50	33.632	1.000.616,50
Otorinolaringoiatria	43.099	744.305,80	43.593	753.166,40
Dermosifilopatia	38.849	721.388,20	39.679	749.390,50
Neurologia	33.275	554.253,10	40.699	658.943,10
Chirurgia Generale	61.702	588.413,00	70.317	653.962,70
Endocrinologia	35.590	601.756,00	37.513	632.744,00
Oncologia	32.815	441.423,60	41.842	538.890,20
Ostetricia e Ginecologia	20.000	496.587,60	18.527	467.106,10
Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	14.748	425.573,00	16.469	477.332,40
Anestesia	7.821	318.192,50	8.055	331.503,90
Urologia	14.112	322.066,10	14.953	287.679,30
Pneumologia	9.185	241.882,70	10.598	274.808,80
Chirurgia Plastica	7.859	209.306,60	8.760	231.135,20
Psichiatria	5.894	101.028,60	6.521	112.355,60
Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare	1	173,00	5	865,00
Neurochirurgia	1	113,60	2	133,60
Azienda USL Umbria n.1	5.462.898	57.518.701,78	5.602.721	60.656.874,06

Le prestazioni più frequenti sono quelle afferenti alla branca del laboratorio, seguita dalla diagnostica per immagini.

Una migliore rappresentazione della tipologia delle prestazioni per branca specialistica si ottiene se si considerano le prestazioni equivalenti, ossia le prestazioni standardizzate in base al sistema tariffario (una prestazione che ha tariffa = euro 5,16 vale 1; le prestazioni che hanno una tariffa superiore o inferiore a euro 5,16 sono rapportate al valore unitario).

Prestazioni Equivalenti

Branca Specialistica	2014	2015
Lab. Analisi - Anat. e Ist. Patol. - Genet. - Immunoemat. e Trasf	2.931.571,38	3.024.390
Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica	2.359.421,97	2.431.998
Nefrologia	1.583.220,31	1.570.902
Cardiologia	726.162,97	813.457
Oculistica	697.294,84	736.343
Chirurgia Vascolare - Angiologia	280.101,78	532.672
Prestazioni Interdisciplinari	399.038,90	397.653
Radioterapia	381.906,84	384.838
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	240.493,37	248.795
Medicina Fisica e Riabilitazione	236.380,83	224.502
Ortopedia E Traumatologia	193.910,37	193.918
Otorinolaringoiatria	144.245,31	145.962
Dermosifilopatia	139.803,91	145.231
Neurologia	107.413,39	127.702
Chirurgia Generale	114.033,53	126.737
Endocrinologia	116.619,38	122.625
Oncologia	85.547,21	104.436
Ostetricia e Ginecologia	96.237,91	90.524
Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	82.475,39	92.506
Anestesia	61.665,21	64.245
Urologia	62.415,91	55.752
Pneumologia	46.876,49	53.258
Chirurgia Plastica	40.563,29	44.794
Psichiatria	19.579,19	21.774
Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare	33,53	168
Neurochirurgia	22,02	26
Azienda USL Umbria n.1	11.147.035,23	11.755.208,15

E' importante sottolineare anche che, **nel Distretto del Perugino, insistono l'Azienda Ospedaliera di Perugia e la maggior parte delle strutture private accreditate** con le quali sono stipulati specifici contratti annuali per la fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Particolare attenzione è stata sempre posta all'**abbattimento dei tempi di attesa**, al fine di garantire un adeguato supporto diagnostico-terapeutico ai medici di medicina generale, alternativo al ricovero.

Le liste di attesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale rappresentano un fenomeno strutturale comune a tutti i servizi sanitari, anche a quelli più avanzati.

In questo contesto è dimostrato dall'esperienza internazionale che il semplice aumento dell'offerta di prestazioni e servizi non costituisce una soluzione definitiva al problema. Tale

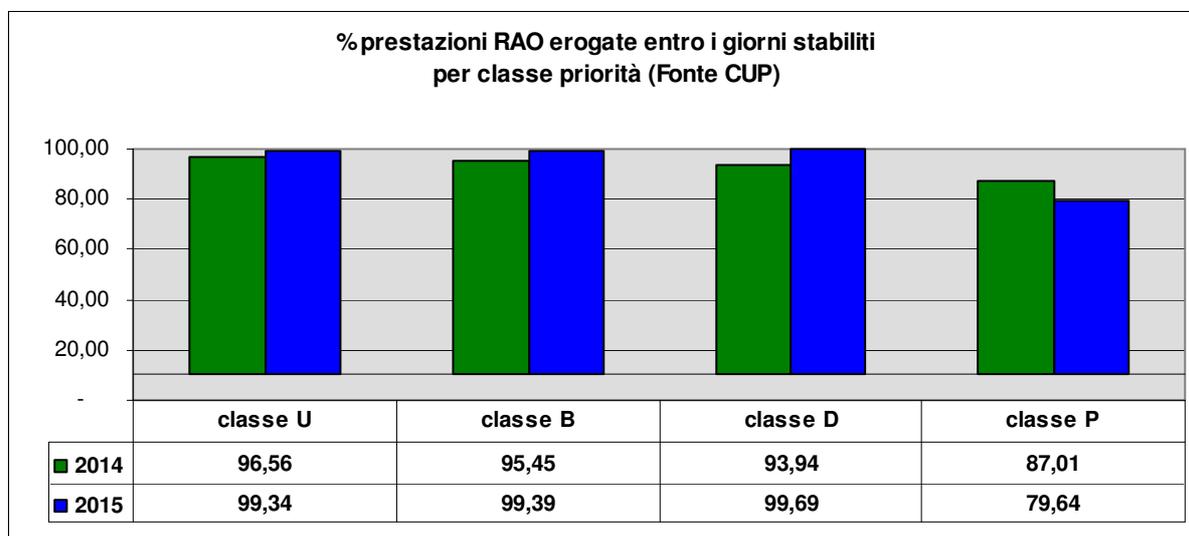
soluzione, infatti, determina una riduzione dei tempi di attesa di breve durata, mentre, nel tempo, all'aumento dell'offerta si accompagna generalmente un aumento della domanda.

Non a caso nel corso degli ultimi anni si sono sviluppate a livello internazionale strategie di intervento basate principalmente sullo sviluppo della capacità di selezione della domanda.

Nel corso dell'anno 2015, oltre ad 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, sono state realizzate le seguenti principali iniziative:

- potenziamento dell'offerta nelle aree specialistiche a maggiore criticità;
- coinvolgimento dei MMG nelle riunioni delle equipe territoriali per il perseguimento di crescenti livelli di appropriatezza nelle richieste di visite e indagini strumentali specialistiche;
- inserimento nella negoziazione di budget 2015 con i Dipartimenti Ospedalieri e i Distretti di specifici obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa;
- utilizzazione dei criteri di priorità di accesso secondo la metodologia RAO ;
- inserimento di tutte le agende a CUP;
- inserimento dei Tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sul sito WEB aziendale con aggiornamento mensile.

Grazie al notevole impegno di tutta la struttura erogativa aziendale, i tempi medi di attesa per le visite e prestazioni ambulatoriali si sono dimostrati, per la maggioranza delle prestazioni, entro i tempi massimi aziendali stabiliti. Le criticità maggiori si sono registrate soprattutto nelle prestazioni RAO priorità P.



3.8. Attività Consultori Materno-Infantili

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile ritenute necessarie ed appropriate nelle seguenti aree di attività:

- educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;
- somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- consulenza preconcezionale;
- tutela della salute della donna;
- assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
- corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero;
- consulenza e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;
- consulenza e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;
- consulenza e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
- consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;
- consulenza e assistenza a favore degli adolescenti;
- prevenzione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di abusi;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- supporto psicologico e sociale a nuclei familiari a rischio;
- adempimenti per l'affidamento familiare e l'adozione di minori compresi i rapporti con il Tribunale dei minori.

Nell'Azienda USL Umbria n. 1 sono presenti **25 punti di erogazione**: 10 nel Distretto del Perugino (compresi lo Spazio Menopausa ed il Consultorio Giovani), 1 nel Distretto dell'Assisano, 3 nel Distretto della Media Valle del Tevere, 5 nel Distretto del Trasimeno, 3 nel Distretto dell'Alto Tevere, 3 nel Distretto dell'Alto Chiascio.

Nel corso del 2015, sono stati seguiti **50.782 utenti**, di cui il 29,56% stranieri.

Attività consultoriale - Utenti (Fonte Aster) - Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° utenti già in carico	nuovi utenti	N° utenti totali dei consultori	di cui utenti stranieri
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	26.387	24.395	50.782	15.013
(Liv 3) Distretto del Perugino	13.271	8.136	21.407	6.736
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	2.406	2.462	4.868	1.491
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	3.118	1.615	4.733	1.332
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	4.265	2.231	6.496	1.807
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	1.420	5.225	6.645	1.994
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	1.907	4.726	6.633	1.653

Rispetto alle fasce d'età, la più rappresentata (**61,85%**) è quella tra i 20 e i 49 aa.

Attività consultoriale - Utenza per classi d'età (Fonte Aster) – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N° Utenti < 14 anni	N° utenti 15-19 anni	N° Utenti 20-49 anni	n° utenti 50-64 anni	N° utenti >= 65 anni	N° utenti totali dei consultori
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	147	1.275	31.409	15.022	2.929	50.782
(Liv 3) Distretto del Perugino	41	696	12.773	6.535	1.362	21.407
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	17	73	3.170	1.405	203	4.868
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	4	45	3.068	1.445	171	4.733
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	29	123	4.015	1.780	549	6.496
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	18	157	4.231	1.979	260	6.645
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	38	181	4.152	1.878	384	6.633

L'area d'intervento più rappresentata è quella della "prevenzione tumori" seguita dall'area "ginecologia"

Attività consultoriale - Utenza per area d'intervento (Fonte Aster) – Anno 2015

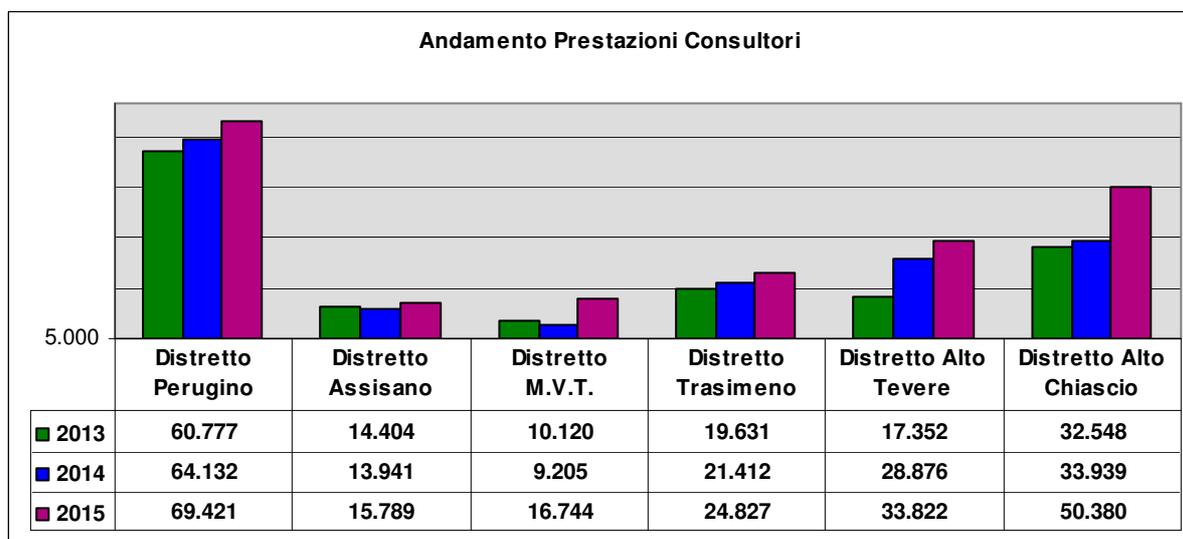
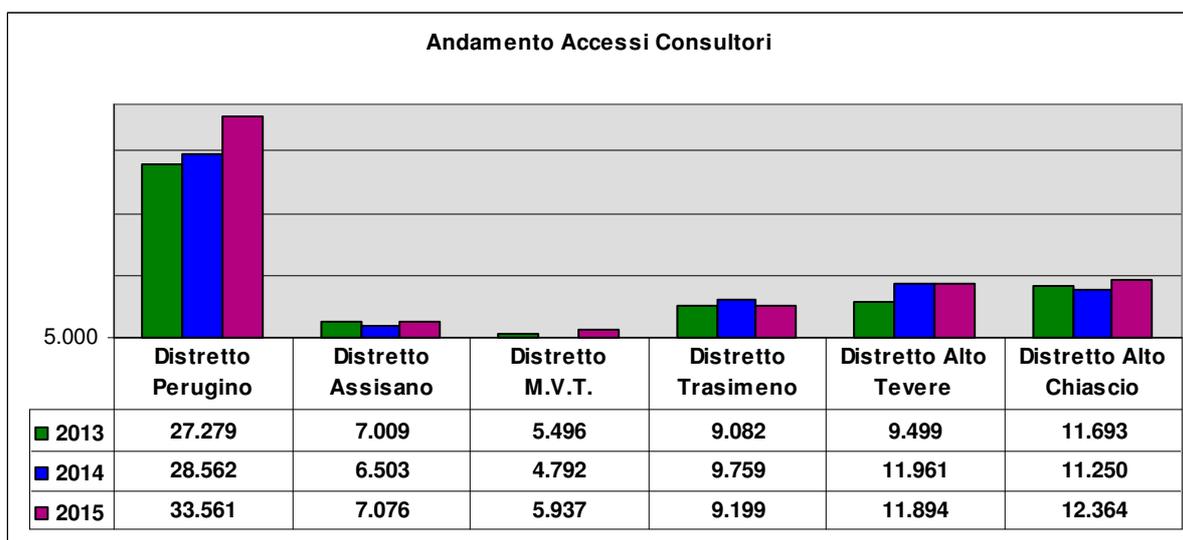
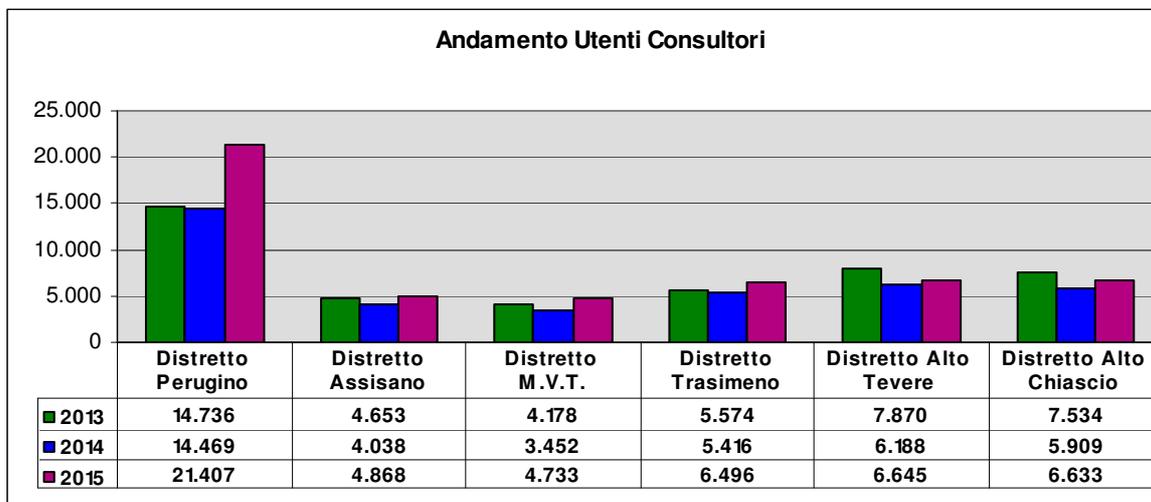
Indicatori \ Strutture	(Liv 3) Distretto del Perugino	(Liv 3) Distretto dell'Assisano	(Liv 3) Distretto Media Valle Tevere	(Liv 3) Distretto del Trasimeno	(Liv 3) Distretto Alto Tevere	(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	(Liv 2) Assistenza Distrettuale
n° utenti area contraccezione	1.505	220	97	174	512	748	3.256
n° utenti area controllo sterilità	134	67	25	36	28	54	344
n° utenti area ginecologia	3.725	520	579	2.186	965	1.939	9.914
n° utenti area i.v.g.	372	41	13	25	74	36	561
n° utenti area menopausa	1.458	240	61	213	145	632	2.749
n° utenti area percorso nascita	1.653	464	534	655	938	630	4.874
n° utenti area prevenzione MST	1.057	250	3	341	304	801	2.756
n° utenti area prevenzione tumori	15.272	3.608	3.741	3.673	4.663	3.965	34.922
n° utenti area sessuologia	31	0	0	0	5	8	44

In totale sono state assicurate **210.983 prestazioni** con **80.031 accessi**.

Attività consultoriale - Attività (Fonte Aster) – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per accesso	N° prestazioni per utente
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	80.031	1,58	210.983	2,64	4,15
(Liv 3) Distretto del Perugino	33.561	1,57	69.421	2,07	3,24
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	7.076	1,45	15.789	2,23	3,24
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	5.937	1,25	16.744	2,82	3,54
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	9.199	1,42	24.827	2,70	3,82
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	11.894	1,79	33.822	2,84	5,09
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	12.364	1,86	50.380	4,07	7,60

Rispetto all'anno precedente, anche per effetto del processo di riorganizzazione della rete dei Punti Nascita con potenziamento dei servizi territoriali, gli utenti sono aumentati di circa il **22%**, gli accessi del **9%** e le prestazioni del **19%**.



3.9. Assistenza riabilitativa ambulatoriale per adulti

L'assistenza riabilitativa per adulti viene assicurata nell'Azienda USL Umbria n.1 da **13 punti di erogazione**, dei quali 3 situati nell'ambito territoriale del Perugino, 1 nell'Assisano, 2 nella Media Valle del Tevere, 4 nel Trasimeno, 1 nell'Alto Tevere e 2 nell'Alto Chiascio.

L'intervento riabilitativo è di tipo "estensivo" e viene effettuato a domicilio dell'utente, nelle strutture (Ospedali, RSA, RP), nonché in regime ambulatoriale.

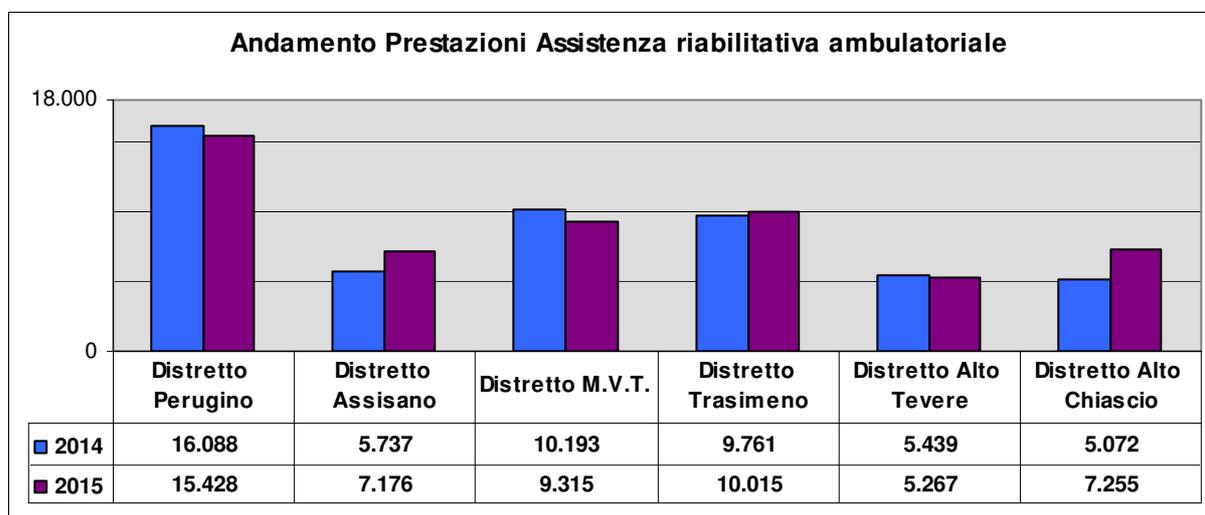
L'assistenza riabilitativa erogata a domicilio è stata inserita nel paragrafo dedicato alle cure domiciliari, al fine di fornire una veduta d'insieme di tutti gli interventi territoriali domiciliari.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati trattati, in regime ambulatoriale, **5.002 utenti** con **54.456 prestazioni**.

Assistenza riabilitativa ambulatoriale (Fonte Atl@nte) – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N° utenti	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per utente	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	5.002	51.155	10,23	54.456	10,89	1,06
(Liv 3) Distretto del Perugino	1.550	13.995	9,03	15.428	9,95	1,10
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	937	6.923	7,39	7.176	7,66	1,04
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	705	8.591	12,19	9.315	13,21	1,08
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	853	9.393	11,01	10.015	11,74	1,07
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	401	5.042	12,57	5.267	13,13	1,04
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	556	7.211	12,97	7.255	13,05	1,01

Rispetto all'anno precedente le prestazioni sono aumentate del 3,98% con differenti andamenti nei vari ambiti territoriali.



3.10. Assistenza riabilitativa per minori

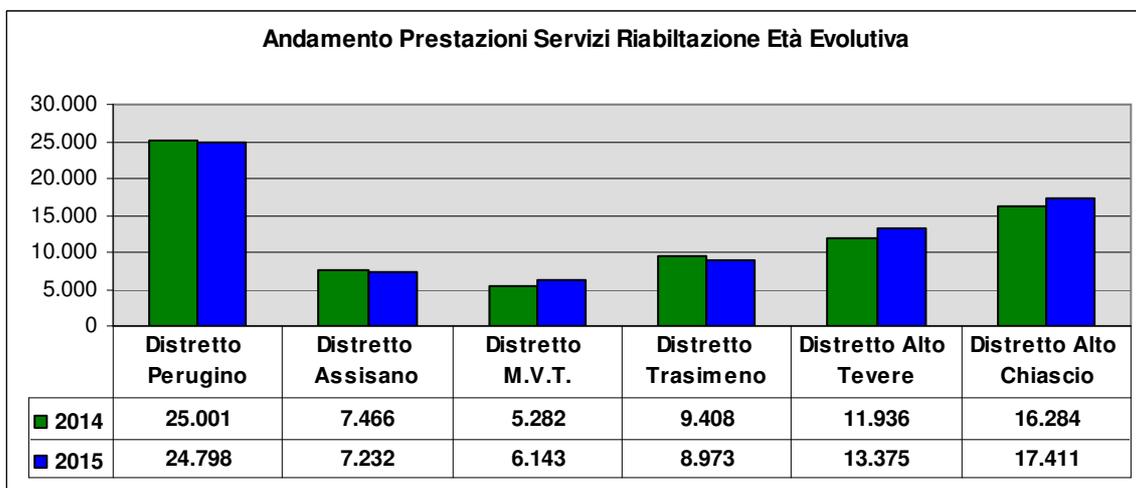
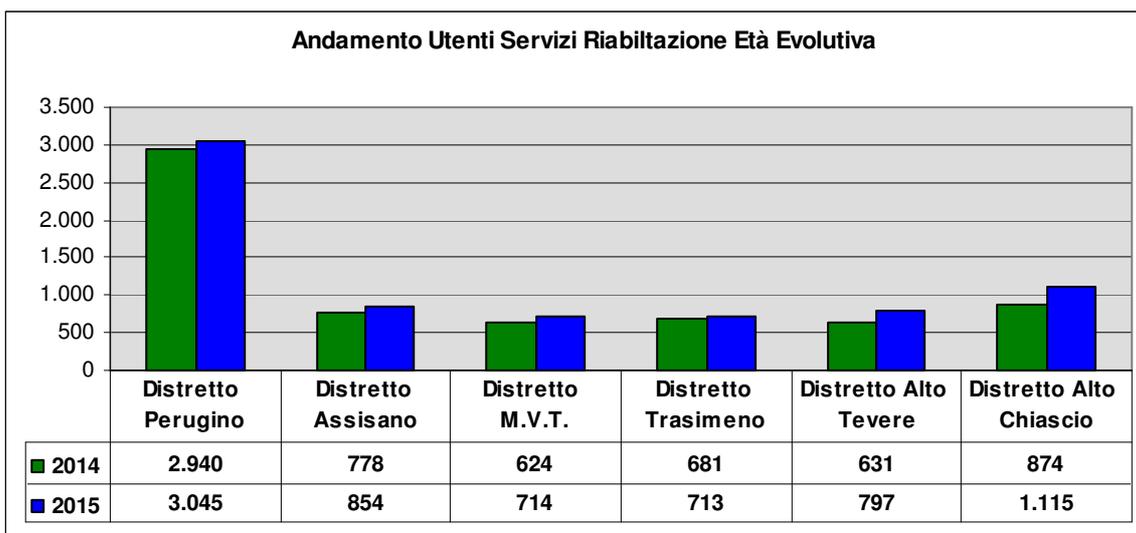
L'assistenza riabilitativa per minori viene garantita nell'Azienda USL Umbria n.1 da **10 punti di erogazione**: 2 nel Distretto del Perugino (compresa la Neuro-Psichiatria Infantile), 1 nell'Assisano, 2 nella Media Valle del Tevere, 3 nel Trasimeno, 1 nell'Alto Tevere e 1 nell'Alto Chiascio.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati seguiti **7.238 utenti** di cui **nuovi 2.336 (32,27%)**, con **66.596 accessi** e **77.932 prestazioni**.

Assistenza riabilitativa Età Evolutiva – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	Utenti REE già in carico	n° nuovi utenti	N° utenti totali	n° accessi	N° accessi per Utente	N° prestazioni totali
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	4.902	2.336	7.238	66.596	9,20	77.932
(Liv 3) Distretto del Perugino	1.875	1.170	3.045	22.846	7,50	24.798
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	581	273	854	6.906	8,09	7.232
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	462	252	714	5.884	8,24	6.143
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	547	166	713	8.219	11,53	8.973
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	598	199	797	10.241	12,85	13.375
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	839	276	1.115	12.500	11,21	17.411

Rispetto all'anno precedente, gli utenti sono aumentati del **9,81%** e le prestazioni del **3,28%**.



3.11. Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 tale assistenza è assicurata da **6 Ser.T.**, uno per Distretto ed un GOAT presente nel Distretto del Perugino.

Nel corso del 2015 sono stati presi in carico, dai Ser.T., **1.951 soggetti** tossicodipendenti, dei quali l'80,4% è di sesso maschile ed il 19,6% di sesso femminile.

Utenti Ser.T – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	Maschi		Femmine		Totali
	N°	%	N°	%	
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.568	80,4	383	19,6	1.951
(Liv 4) Ser.T Perugino	616	79,6	158	20,4	774
(Liv 4) Ser.T Assisano	156	87,6	22	12,4	178
(Liv 4) Ser.T M.V.T.	147	81,7	33	18,3	180
(Liv 4) Ser.T Trasimeno	169	77,2	50	22,8	219
(Liv 4) Ser.T Alto Tevere	257	76,5	79	23,5	336
(Liv 4) Ser.T Alto Chiascio	223	84,5	41	15,5	264

Distinguendo gli utenti per fasce di età si osserva che, la classe più frequente è quella con età superiore ai 44 anni (26,8%).

Utenti Ser.T per fasce d'età – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

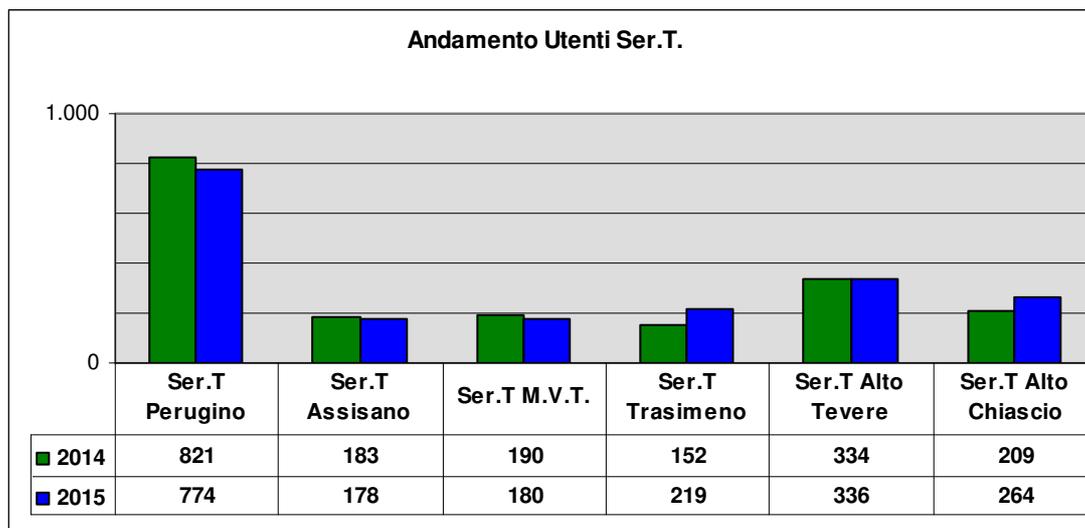
Età	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<=19	17	2,2	14	7,9	2	1,1	21	9,6	12	3,6	15	5,7	81	4,2
20-24	50	6,5	19	10,7	8	4,4	16	7,3	37	11,0	42	15,9	172	8,8
25-29	90	11,6	19	10,7	24	13,3	23	10,5	50	14,9	29	11,0	235	12,0
30-34	106	13,7	29	16,3	32	17,8	35	16,0	88	26,2	37	14,0	327	16,8
35-39	133	17,2	30	16,9	37	20,6	29	13,2	48	14,3	38	14,4	315	16,1
40-44	140	18,1	34	19,1	21	11,7	27	12,3	40	11,9	37	14,0	299	15,3
>44	238	30,7	33	18,5	56	31,1	68	31,1	61	18,2	66	25,0	522	26,8
Totale	774	100,0	178	100,0	180	100,0	219	100,0	336	100,0	264	100,0	1.951	100,0

Per quanto riguarda le sostanze primarie utilizzate, sicuramente l'eroina rappresenta, con il 71%, la principale problematica.

Sostanze primarie utilizzate – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Sostanze	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LSD			1	0,3			1	0,4					2	0,1
Amfetamine									1	0,3	2	0,7	3	0,1
Ecstasy	3	0,3	6	1,6									9	0,4
Benzodiazepine			2	0,5	1	0,5	2	0,8	1	0,3	6	2,1	12	0,5
Altri ipnotici e sedativi	1	0,1	1	0,3			1	0,4	1	0,3	1	0,3	5	0,2
Cannabinoidi	44	4,5	83	22,0	11	5,6	44	17,8	48	12,7	69	24,1	299	12,2
Cocaina	75	7,7	84	22,2	11	5,6	49	19,8	46	12,2	49	17,1	314	12,8
Crack	4	0,4	2	0,5			2	0,8	3	0,8			11	0,4
Eroina	839	86,2	184	48,7	167	85,6	142	57,5	271	71,7	142	49,7	1.745	71,0
Metadone			1	0,3			1	0,4	2	0,5	1	0,3	5	0,2
Altri Oppiacei	1	0,1	2	0,5	2	1,0	1	0,4			2	0,7	8	0,3
Alcool	4	0,4	10	2,6	1	0,5	2	0,8	4	1,1	14	4,9	35	1,4
Ketamina	1	0,1					1	0,4					2	0,1
Buprenorfina n.p.			2	0,5									2	0,1
Altro	1	0,1	0	0,0	2	1,0	1	0,4	1	0,3			5	0,2

Rispetto al 2014, gli utenti sono aumentati di circa il 3% con differenti andamenti nei vari ambiti territoriali.



Nel corso del 2015 sono stati presi in carico **1.256** soggetti con problemi di alcoldipendenza, dei quali il 76% è di sesso maschile e il 24% di sesso femminile.

Utenti GOAT – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	Maschi		Femmine		Totali
	N°	%	N°	%	
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	949	75,6	307	24,4	1.256
(Liv 4) GOAT Perugino	385	72,5	146	27,5	531
(Liv 4) Ser.T Assisano	107	72,8	40	27,2	147
(Liv 4) Ser.T M.V.T.	66	74,2	23	25,8	89
(Liv 4) Ser.T Trasimeno	164	80,8	39	19,2	203
(Liv 4) Ser.T Alto Tevere	69	77,5	20	22,5	89
(Liv 4) Ser.T Alto Chiascio	158	80,2	39	19,8	197

Distinguendo gli utenti per fasce di età si osserva che, la classe più frequente è quella con età superiore ai 44 anni (55%).

Utenti GOAT per fasce d'età – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

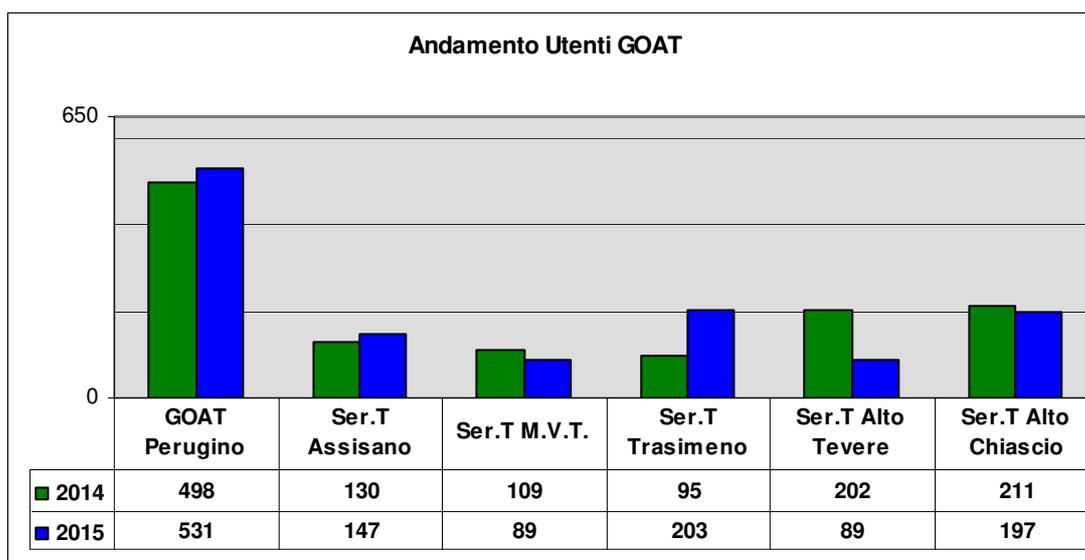
Età	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<=19	1	0,2			1	1,1	1	0,5	1	1,1	1	0,5	5	0,4
20-24	12	2,3	3	2,0	1	1,1	22	10,8			6	3,0	44	3,5
25-29	20	3,8	11	7,5	2	2,2	26	12,8	6	6,7	7	3,6	72	5,7
30-34	47	8,9	11	7,5	7	7,9	29	14,3	10	11,2	11	5,6	115	9,2
35-39	65	12,2	18	12,2	8	9,0	31	15,3	10	11,2	27	13,7	159	12,7
40-44	84	15,8	17	11,6	15	16,9	24	11,8	11	12,4	23	11,7	174	13,9
>44	302	56,9	87	59,2	55	61,8	70	34,5	51	57,3	122	61,9	687	54,7
Totale	531	100,0	147	100,0	89	100,0	203	100,0	89	100,0	197	100,0	1.256	100,0

Per quanto riguarda le bevande alcolica di uso prevalente, sicuramente il vino e la birra rappresentano, con il 78%, la principale problematica.

Bevanda alcolica di uso prevalente – Anno 2015 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Sostanze	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Birra	167	31,5	49	33,3	25	35,7	49	42,6	17	22,7	66	31,3	373	32,5
Vini	223	42,0	62	42,2	35	50,0	52	45,2	46	61,3	101	47,9	519	45,2
Amari, aperitivi, digestivi	37	7,0	22	15,0	3	4,3	8	7,0	3	4,0	22	10,4	95	8,3
Superalcolici	104	19,6	14	9,5	7	10,0	5	4,3	9	12,0	22	10,4	161	14,0
Altro							1	0,9					1	0,1

Rispetto al 2014, gli utenti sono aumentati di circa l'1% con differenti andamenti nei vari ambiti territoriali.



3.12. Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disturbi psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 l'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata da 8 CSM, 6 strutture semiresidenziali e 17 strutture a carattere residenziale.

3.12.1. Assistenza psichiatrica territoriale

Il **Centro di Salute Mentale (CSM)** è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al CSM fa capo un'équipe multiprofessionale costituita da psichiatri, psicologi, assistenti sociali e infermieri professionali.

Nel corso dell'anno 2015, i CSM hanno assistito **9.631 utenti** (58,50% femmine, e 41,50% maschi), di cui la classe di età più numerosa è quella tra i 40 ed 54 anni.

Assistenza Psichiatrica territoriale - Utenti per classi d'età – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

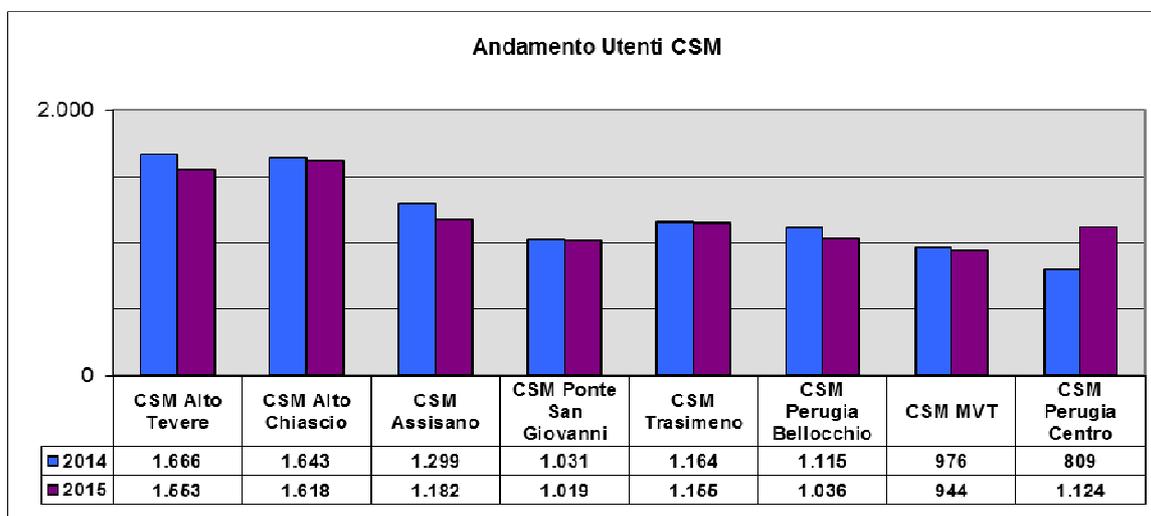
Strutture \ Indicatori	n° utenti <= 24 aa	n° utenti 25 - 39 aa	n° utenti 40 - 54 aa	n° utenti 55 - 64 aa	n° utenti >= 65 aa	n° utenti totali
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	845	1.755	2.983	1.877	2.171	9.631
(Liv 4) U.O.C. CSM Alto Tevere e Alto Chiascio	190	539	982	674	786	3.171
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Chiascio	113	288	485	335	332	1.553
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Tevere	77	251	497	339	454	1.618
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Est	250	432	704	385	430	2.201
(Liv 5) CSM Assisano	119	244	374	203	242	1.182
(Liv 5) CSM Ponte San Giovanni	131	188	330	182	188	1.019
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Ovest	245	383	676	414	473	2.191
(Liv 5) CSM Perugia Bellocchio	146	198	371	201	239	1.155
(Liv 5) CSM Trasimeno	99	185	305	213	234	1.036
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Sud	160	401	621	404	482	2.068
(Liv 5) CSM Media Valle del Tevere	54	152	299	194	245	944
(Liv 5) CSM Perugia Centro	106	249	322	210	237	1.124

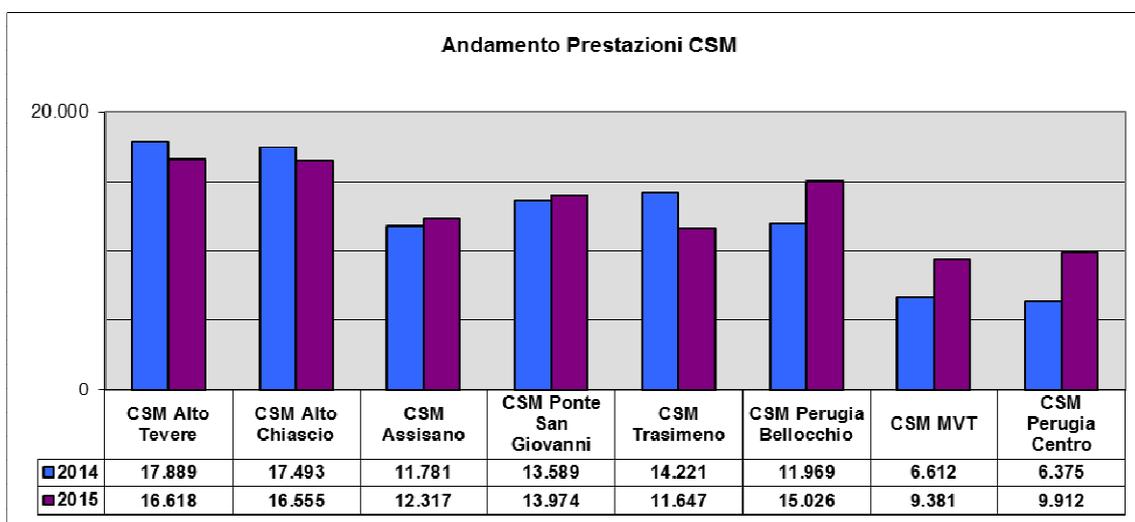
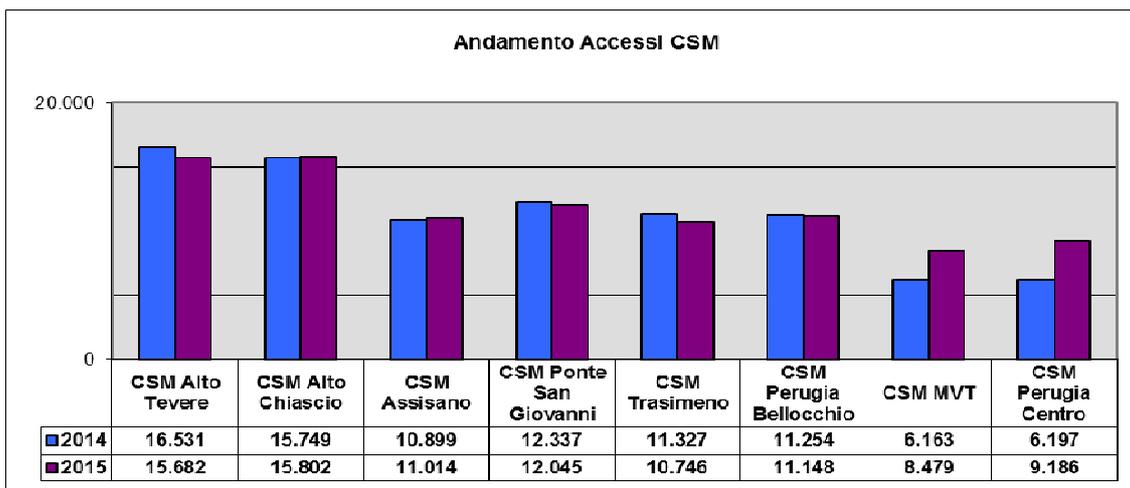
Nel 2015, sono state assicurate **105.430** prestazioni, di cui l'**11,27% domiciliari**.

Assistenza Psichiatrica territoriale - Attività – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° accessi	n° prestazioni domiciliari	n° prestazioni ambulatoriali	Altre prestazioni CSM	N° prestazioni totali CSM	% prestazioni domiciliari
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	94.102	11.878	78.555	14.997	105.430	11,27
(Liv 4) U.O.C. CSM Alto Tevere Alto Chiascio	31.484	2.394	21.690	9.089	33.173	7,22
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Chiascio	15.682	1.038	12.395	3.185	16.618	6,25
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Tevere	15.802	1.356	9.295	5.904	16.555	8,19
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Est	23.059	4.274	20.757	1.260	26.291	16,26
(Liv 5) CSM Assisano	11.014	2.272	9.214	831	12.317	18,45
(Liv 5) CSM Ponte San Giovanni	12.045	2.002	11.543	429	13.974	14,33
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Ovest	21.894	2.767	20.235	3.671	26.673	10,37
(Liv 5) CSM Perugia Bellocchio	10.746	1.539	9.868	240	11.647	13,21
(Liv 5) CSM Trasimeno	11.148	1.228	10.367	3.431	15.026	8,17
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Sud	17.665	2.443	15.873	977	19.293	12,66
(Liv 5) CSM Media Valle del Tevere	8.479	1.259	7.486	636	9.381	13,42
(Liv 5) CSM Perugia Centro	9.186	1.184	8.387	341	9.912	11,95

Rispetto all'anno precedente gli utenti sono diminuiti dello 0,74%, mentre gli accessi e le prestazioni sono aumentati rispettivamente di circa il 4% ed il 5,5%.





3.12.2. Assistenza psichiatrica semiresidenziale

Nell'Azienda USL Umbria n.1 viene assicurata, attraverso proprie strutture, anche un'attività psichiatrica in regime semiresidenziale.

Nel corso del 2015, sono state garantite **26.631 giornate** in semiresidenzialità.

Assistenza psichiatrica semiresidenziale a gestione diretta – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° utenti presenti inizio periodo	n° utenti ammessi nel periodo	n° utenti dimessi nel periodo	n° giornate presenza
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	205	24	38	26.631
(Liv 5) AT - CAD "La Ginestra" Umbertide	42		2	5.569
(Liv 5) AS- Centro di giorno Bastia Umbra	14	4	4	2.581
(Liv 5) AS - Centro Riabilitazione Psico-Sociale Bastia	42	2	1	8.838
(Liv 5) PG - Centro Riabilitazione Psico-Sociale (KAOS)	21	4	3	3.451
(Liv 5) AC - CAD "Il Passo di Ulisse" Gubbio	65	11	27	2.840
(Liv 5) PG - Centro Riabilitazione Psico-Sociale (C.A.D.)	21	3	1	3.352

Rispetto all'anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel 2015, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

3.12.3. Assistenza psichiatrica residenziale

L'Azienda USL Umbria n.1 garantisce l'assistenza psichiatrica in regime di residenzialità con strutture a gestione diretta e con strutture private accreditate e convenzionate.

Nel corso del 2015, sono state **garantite 49.098 giornate** in residenzialità.

Assistenza Psichiatrica residenziale a gestione diretta – Anno 2015 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° posti letto	n° utenti presenti inizio periodo	n° utenti ammessi nel periodo	n° utenti dimessi nel periodo	n° giornate presenza	Tasso di utilizzo
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	151	134	46	38	49.098	89,08
(Liv 5) AT - U.C. Villa Igea	12	10	6	4	3.718	84,89
(Liv 5) AT - Gruppo Appartamento Umbertide	8	6	2		2.374	81,30
(Liv 5) AS - U.C. Bastia Umbra	13	13	2	5	4.100	86,41
(Liv 5) PG - C.T.R. 1 La Residenza	9	7	5	3	2.820	85,84
(Liv 5) AC - Comunità Fornacette	10	8	10	8	3.128	85,70
(Liv 5) AC - U.C. via Reposati Gubbio	5	3	1		1.280	70,14
(Liv 5) AC - U.C. Piazza Diogene, 1 Gubbio	5	5	1		1.892	103,67
(Liv 5) PG - U.C. Casa Verde	7	7			2.555	100,00
(Liv 5) PG - U.C. Il Lago Castel del Piano	8	10		1	3.624	124,11
(Liv 5) PG - C.T.R. 1 Il Poggio	10	10	3	3	3.601	98,66
(Liv 5) PG - U.C. S. Sisto	8	8	1	1	2.910	99,66
(Liv 5) PG - C.T.R. 1 Via dal Pozzo	10	7	4	3	2.545	69,73
(Liv 5) PG - C.T.R. 2 Il Borgo	8	8	2	3	2.443	83,66
(Liv 5) PG - G.A. S. Costanzo	8	7	1	1	2.565	87,84
(Liv 5) TM - U.C. Casa Colonica	8	6			2.190	75,00
(Liv 5) PG - G.A. Taralla	7	6	1		2.365	92,56
(Liv 5) PG - U.C. Le Fattorie	15	13	7	6	4.988	91,11

Rispetto all'anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel 2015, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

3.13. Assistenza Riabilitativa per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono complesse malattie mentali che portano, chi ne è affetto, a vivere con l'ossessione del cibo, del peso e dell'immagine corporea. Il peso, tuttavia, non è un marcatore clinico imprescindibile di disturbi del comportamento alimentare, perché anche persone di peso corporeo normale possono essere affette dalla patologia.

I disturbi del comportamento alimentare possono compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.) e portare a morte.

Colpiscono con più frequenza le giovani donne e tendono ad essere molto mutevoli, anche nello stesso individuo. L'età di esordio si è abbassata e non è raro ormai trovare forme di disturbi del comportamento alimentare anche tra bambini e pre-adolescenti.

Se ne distinguono quattro tipi principali: anoressia nervosa; bulimia; binge eating (disturbo da alimentazione incontrollata); altre forme: disturbi sottosoglia, forme ibride ed Ednos (disturbi alimentari non altrimenti specificati o disturbi del comportamento alimentare-Nas).

Per il successo del trattamento sono fondamentali la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo affidato ad un'équipe di specialisti, comprendente medici, psichiatri, psicologi e nutrizionisti.

L'Azienda USL Umbria n.1 si è dotata di quattro strutture per il trattamento riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare: il DCA di Todi, che ha iniziato la sua attività nel 2003, il DAI di Città della Pieve, che ha iniziato la sua attività nel corso del 2008, il Nido delle Rondini a Todi, che ha iniziato la sua attività nel 2012 e uno specifico ambulatorio a Umbertide che ha invece iniziato la sua attività nel corso del 2014.

Il programma riabilitativo viene effettuato in regime ambulatoriale o in regime semiresidenziale e residenziale nel caso di pazienti che non rispondano al trattamento ambulatoriale, ma che, comunque, non presentano serie complicanze mediche tali da richiedere il ricovero ospedaliero.

Nel corso del 2015 sono stati seguiti in regime ambulatoriale **437** utenti di cui 224 inseriti in terapia di gruppo.

Assistenza riabilitativa ambulatoriale per D.C.A. – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	utenti < 18 anni	utenti >= 18 anni	N° utenti totali	n° prestazioni ambulatoriali	n° sedute terapia di gruppo
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	121	316	437	5.676	224
(Liv 5) Centro Diurno il Nido delle Rondini	24	20	44	1.679	
(Liv 5) Residenza per D.C.A.Villa Francisci	52	82	134	545	
(Liv 5) Centro D.A.I.- Città della Pieve	19	137	156	661	150
(Liv 5) Ambulatorio DCA – Umbertide	26	77	103	2.791	74

In regime di semiresidenzialità sono stati seguiti **185 utenti** con **4.574 giornate** di assistenza, mentre gli utenti in regime di residenzialità sono stati **144** con **6.630 giornate** di assistenza.

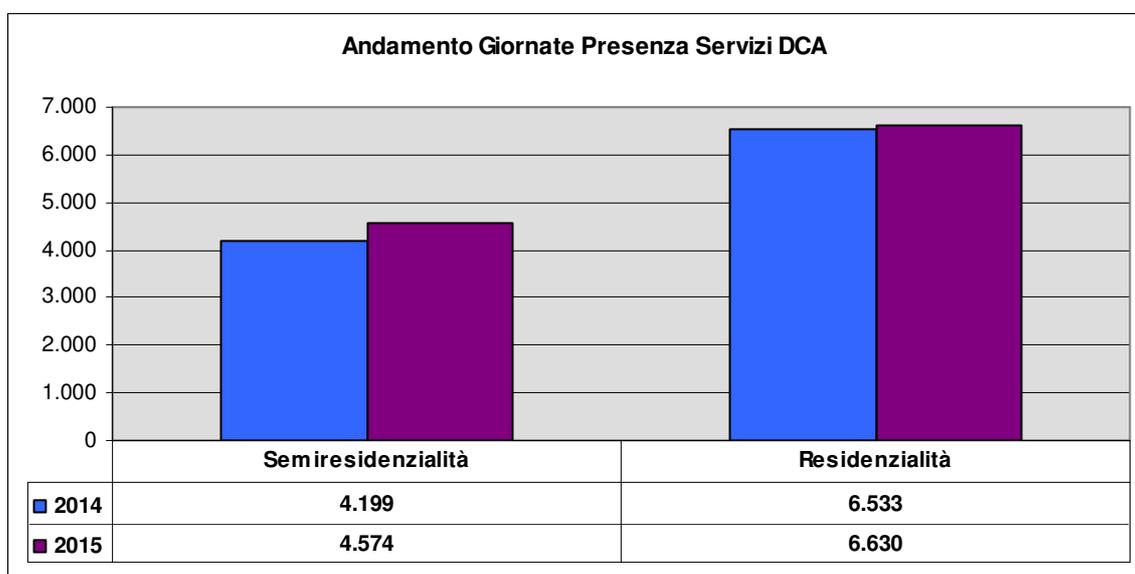
Assistenza riabilitativa semiresidenziale per D.C.A. – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° posti disponibili	n° utenti presenti inizio anno	n° nuovi utenti ammessi	n° cicli terap. chiusi nel periodo	n° giornate presenza	Durata media dei cicli terapeutici
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	24	20	165	328	4.574	13,95
(Liv 5) Centro Diurno il Nido delle Rondini	14	10	39	36	2.258	62,72
(Liv 5) Residenza per D.C.A.Villa Francisci	4	3	49	218	1.651	7,57
(Liv 5) Centro D.A.I.- Città della Pieve	6	7	77	74	665	8,99

Assistenza riabilitativa residenziale per D.C.A. – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° posti disponibili	n° utenti resid. presenti inizio anno	n° nuovi utenti ammessi	n° cicli terap. chiusi nel periodo	n° giornate presenza	Tasso utilizzazione posti letto
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	21	15	129	177	6.630	85,48
(Liv 5) Residenza per D.C.A. Villa Francisci	12	9	60	88	3.633	82,95
(Liv 5) Centro D.A.I.- Città della Pieve	9	6	69	89	2.997	88,77

Rispetto all'anno precedente, le giornate di presenza in semiresidenzialità sono aumentate dell'8,20% e quelle in residenzialità dell'1,46%.



3.14. Assistenza agli anziani

L'invecchiamento della popolazione assume grande rilievo anche nell'Azienda USL Umbria n.1 che registra un progressivo incremento della popolazione anziana e di quella molto anziana (oldest old) dove massima è la concentrazione di morbilità e disabilità.

In ambito socio-sanitario, principale obiettivo degli interventi rivolti agli anziani è il mantenimento e/o il recupero dell'autosufficienza, possibile attraverso:

- la messa in atto di interventi di tipo preventivo;
- l'identificazione multidimensionale delle problematiche (sanitarie, socio-ambientali e relazionali), che prevede la messa a punto di percorsi individualizzati e la successiva verifica dei risultati;
- la disponibilità di servizi tra loro fortemente integrati (rete di servizi), in grado di offrire risposte articolate e diversificate, non limitate nel tempo, a garanzia di una adeguata continuità assistenziale.

La rete assistenziale per gli anziani nell'Azienda USL Umbria n.1 si basa essenzialmente su tre diverse tipologie di interventi :

- polo dell'assistenza domiciliare con il potenziamento/consolidamento delle cure domiciliari integrate (A.D.I.) e con misure di sostegno alle famiglie;

- servizi semiresidenziali (Centri Diurni);
- servizi residenziali (Residenze Protette).

Le attività erogate in regime domiciliare sono riportate nel capitolo delle cure domiciliari, mentre di seguito sono dettagliate le attività in regime semiresidenziale e residenziale.

3.14.1. Attività Centri Diurni (C.D.) Anziani

Il Centro Diurno svolge un ruolo importante e strategico nell'ambito dei servizi rivolti agli anziani: è una struttura di tipo semiresidenziale destinata a persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti bisognose di programmi di riabilitazione globale, mantenimento e socializzazione e che dispongono di una rete assistenziale sufficiente a garantire la permanenza al domicilio nelle ore e nei giorni non coperti dal servizio.

Le principali finalità del servizio sono: concorrere al mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita, evitare o ritardare l'istituzionalizzazione ed il decadimento psico-fisico dello stesso, fornire sostegno alla persona non autosufficiente e sollievo alla sua famiglia.

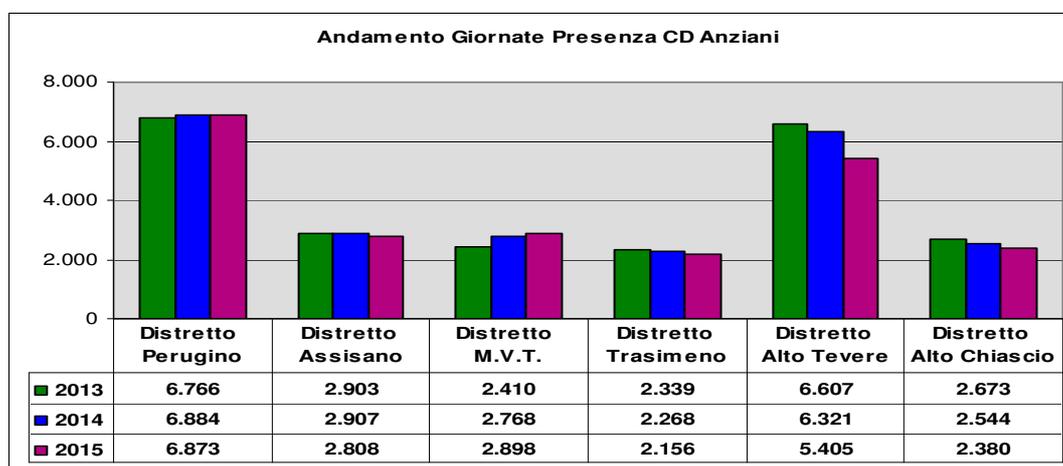
L'Azienda Umbria n.1 ha attivato **9 Centri Diurni** a: Perugia (Madonna Alta e S. Mariano), Bettona, Fratta Todina, Panicale, Città di Castello, Trestina, Umbertide, Gubbio.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati seguiti **245** utenti per **22.520 giornate di presenza**.

Attività Centri Diurni Anziani – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n° utenti presenti ad inizio anno	n° utenti ammessi	n° utenti dimessi	N° totale utenti trattati	n° giornate di presenza	Presenza Media Giornaliera
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	170	75	76	245	22.520	89,01
(Liv 5) C.D. Alzheimer Madonna Alta	25	11	12	36	2.975	11,76
(Liv 5) C.D. Alzheimer S. Mariano	28	12	7	40	3.898	15,41
(Liv 5) C.D. Alzheimer Bettona	22	14	14	36	2.808	11,10
(Liv 5) C.D. Alzheimer - Fratta Todina	19	12	9	31	2.898	11,45
(Liv 5) C.D. Anziani Panicale	10	3	5	13	2.156	8,52
(Liv 5) Centro Diurno Alzheimer Luigi Coli Castello	14	8	7	22	1.774	7,01
(Liv 5) Centro Diurno Alzheimer Trestina	15	5	6	20	1.822	7,20
(Liv 5) Centro Diurno Alzheimer "Il Roseto" Umbertide	15	4	8	19	1.809	7,15
(Liv 5) C.D. Alzheimer - Gubbio	22	6	8	28	2.380	9,41

Rispetto all'anno precedente le giornate di presenza sono diminuite di circa il 5%.



3.14.2. Attività Residenze Protette per anziani

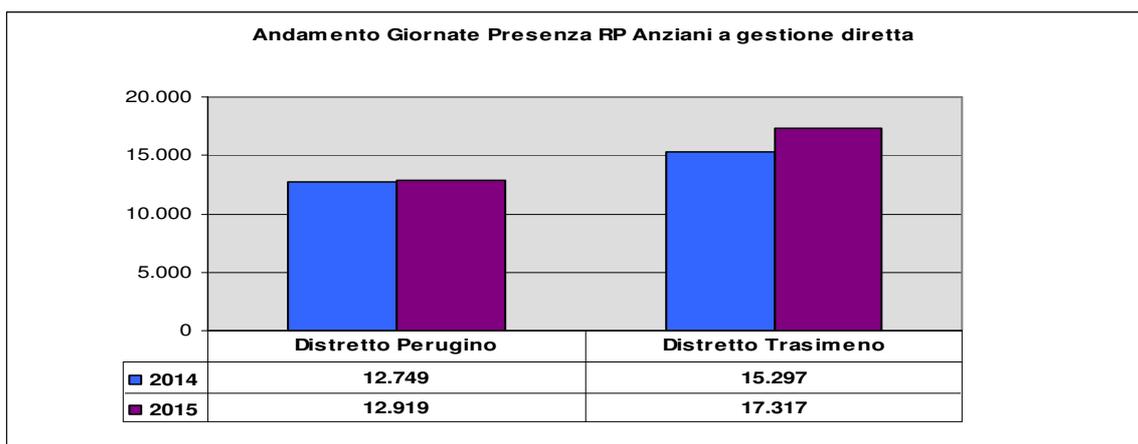
La residenzialità permanente si realizza attraverso l'inserimento in Residenza Protetta, struttura riservata a persone anziane con patologie croniche stabilizzate, o adulte con problematiche assimilabili a quelle degli anziani non altrimenti assistibili.

Nel 2015 le risposte sul versante della residenzialità per gli anziani sono state garantite sia da strutture a gestione diretta, sia da strutture private accreditate.

Nelle strutture residenziali a gestione diretta sono state erogate, nell'anno 2015, **30.236** giornate di assistenza, con un **aumento del 7,80%** rispetto all'anno precedente dovuto all'apertura della RP San Sebastiano a Panicale avvenuta il 28/04/2014.

Attività Residenze Protette per anziani a gestione diretta – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N° posti letto medi	N. utenti presenti inizio anno	N. ammissioni	N. dimissioni	N. giornate presenza	Tasso Utilizzo posti letto	Presenza Media Giornaliera
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	84	83	39	38	30.236	98,62	82,84
(Liv 5) Residenza Protetta Seppilli	36	36	12	12	12.919	98,32	35,39
(Liv 5) Residenza Protetta Panicale	30	29	20	19	10.860	99,18	29,75
(Liv 5) Residenza Protetta San Sebastiano	18	18	7	7	6.457	98,28	17,69



3.15. Attività Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

La RSA è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai medici di Medicina Generale e dai medici della Continuità Assistenziale, con il supporto degli specialisti.

Le attività di ricovero sono destinate ai pazienti affetti da patologie cronic-degenerative momentaneamente scompensate o riacutizzate, con rischio sociale variabile, che non possono essere assistite a domicilio, e che spesso vengono impropriamente ricoverati nei reparti ospedalieri di Medicina Generale.

La RSA rappresenta l'anello di congiunzione tra l'Ospedale e il territorio, il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria e corrisponde ai Presidi Territoriali/Ospedali di Comunità, previsti dal Patto per la Salute e dal "Regolamento standard ospedalieri" di cui al DM 70 del 2 aprile 2015.

Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono presenti già da alcuni anni RSA Santa Margherita con 47 PL e la RSA Seppilli a Perugia con 36 PL, una RSA a Città della Pieve con 10 PL, una RSA a Marsciano con 20 PL, una RSA a Pantalla con 8 PL.

Nel corso del 2014 sono state attivate una RSA a Città di Castello con 16 PL, una RSA ad Assisi con 12 PL, una RSA a Branca con 14 PL e nel 2015 la RSA di Umbertide con 10 PL.

Situazione particolare è quella della RSA Santa Margherita del Distretto del Perugino, riveniente dalla destrutturazione dell'ex Ospedale Psichiatrico. Per tale struttura, già nel Piano Attuativo Triennale PRINA 2009-2011 della ex USL n.2 dell'Umbria, era previsto, considerata la tipologia di pazienti trattati, l'avvio dell'iter autorizzativo per trasformarla in Residenza Protetta a seguito del programmato intervento di ristrutturazione edilizia (che sarà effettuato nel 2016).

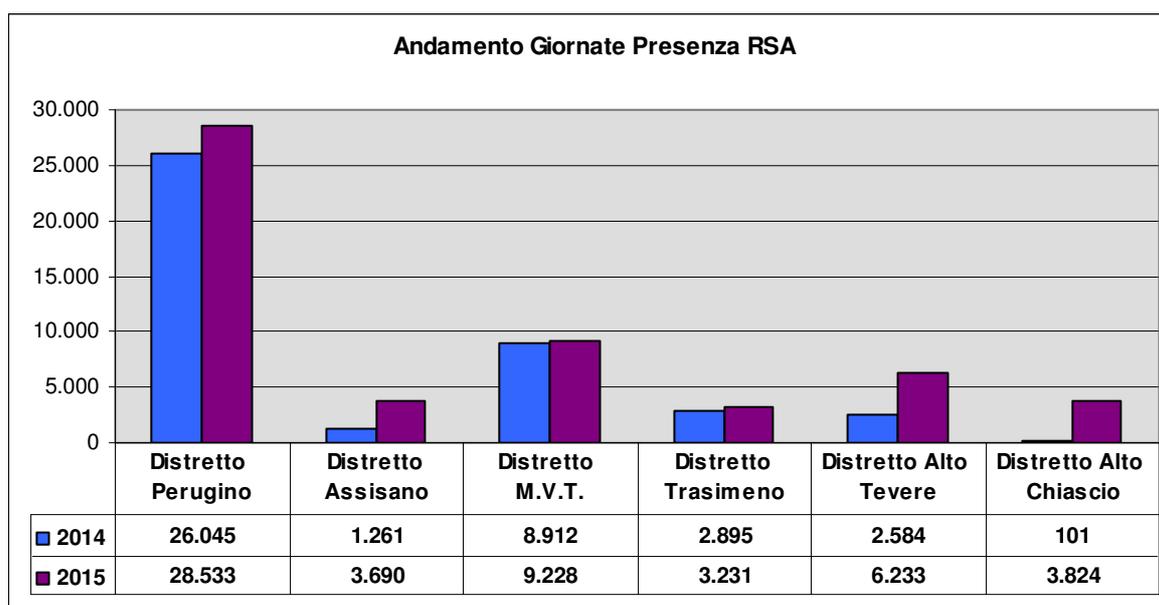
Nel corso del 2015, sono stati assistiti **1.460 utenti** con **54.739 giornate di presenza**.

Attività RSA – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N° posti letto medi	N. utenti presenti inizio anno	N. ammissioni	N. dimissioni	N. giornate presenza	Degenza media	Tasso Utilizzo posti letto
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	166	145	1.315	1.314	54.739	37,49	90,16
(Liv 5) R.S.A. S. Margherita	47	46	9	14	16.543	300,78	96,43
(Liv 5) R.S.A. Seppilli	35	39	288	298	11.990	36,67	93,86
(Liv 5) RSA Assisi	12	8	169	167	3.690	20,85	84,25
(Liv 5) R.S.A. Marsciano	20	18	167	166	6.560	35,46	89,86
(Liv 5) R.S.A. Pantalla	8	7	80	79	2.668	30,67	91,37
(Liv 5) RSA Città della Pieve	10	10	107	111	3.231	27,62	88,52
(Liv 5) RSA Città di Castello	15	10	222	217	4.487	19,34	81,95
(Liv 5) RSA Umbertide	7		68	61	1.746	25,68	71,48
(Liv 5) RSA Branca	13	7	205	201	3.824	18,04	82,82

N.B.: Gli indicatori relativi alla RSA di Umbertide risultano sottostimati in quanto la struttura è stata attivata nel corso del 2015

Rispetto all'anno precedente le giornate sono aumentate del **30,96%**.



3.16. Sanità Penitenziaria

Dal 14 giugno 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia. E' quanto prevede il D.P.C.M. 1 aprile 2008 che disciplina "*le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria*" in attuazione dell'Articolo 2, comma 283, Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008).

Conseguentemente, la Giunta Regionale Umbra, con delibera n. 628 del 9/06/2008, ha dettato indirizzi al fine di coordinare le prestazioni e le attività socio sanitarie delle aziende sanitarie interessate a tale disposizione normativa, prevedendo, tra l'altro, l'attivazione di strutture organizzative aziendali cui demandare le competenze relative alle funzioni trasferite.

A seguito di tale normativa, alla ex USL n.2 sono state trasferite le attività ed il personale riconducibili alle funzioni sanitarie svolte presso la Casa Circondariale di Capanne.

Nel Presidio Sanitario interno alla Casa Circondariale sono assicurate attività di:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza specialistica ambulatoriale (clinica, diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini);
- altri Servizi Specialistici: Salute Mentale, Servizi per le dipendenze, Consultorio/mediazione culturale.

Al momento del passaggio delle competenze nel 2008, la popolazione stanziale dell'Istituto era di 258 individui. Durante l'anno 2015, la media delle presenze è stata di **320 detenuti nel primo semestre e di 300 nel secondo**.

Il **56%** della popolazione è rappresentato da detenuti stranieri. Le etnie maggiormente rappresentate sono: tunisina (37%), rumena (15%), albanese (14,4%), marocchina (7,2%), nigeriana (4,8%), algerina (2,4%), polacca (1,8%), ucraina (1,2%). I rimanenti stranieri sono rappresentati da una minoranza proveniente da vari Paesi (Bulgaria, Macedonia, Iraq, Iran, Colombia, Francia, Moldavia, Bosnia e Cossovo).

In generale prevalgono i disturbi psichiatrici legati allo stato detentivo; sono frequenti i disturbi conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive legali ed illegali, disturbi del cavo orale, problemi dermatologici, traumi, disturbi ginecologici. Il 9,6% degli utenti risulta HCV - positivo, il 6,25% HBV positivo e l'1,3% HIV positivo. I tossicodipendenti rappresentano circa il 10,6% della media della popolazione detenuta, mentre i detenuti con problemi alcol correlati rappresentano circa il 3,9% .

L'attività specialistica assicurata all'interno ha fatto registrare **1.555 visite e 714 accertamenti di diagnostica per immagini**, mentre le visite effettuate in strutture esterne sono state 121 (60 urgenti e 161 programmate) e gli accertamenti di diagnostica per immagini 41.

All'interno vengono garantite consulenze specialistiche di odontoiatria, cardiologia, ecografia, ortopedia, infettivologia, oculistica, chirurgia generale, ginecologia/consultorio, pediatria, ORL, psichiatria, ser.T, alcologia, fisiatria.

All'interno del Presidio Sanitario è presente, inoltre, un medico del **Ser.T** di Perugia che accede due volte alla settimana per la presa in carico ed il trattamento dei detenuti con problemi di abuso e dipendenza da sostanze. Tale attività viene svolta in collaborazione con i due psichiatri che

operano all'interno del presidio e garantiscono il trattamento di questi utenti durante tutta la settimana.

Le principali attività svolte dal Ser.T sono state:

- valutazione del "nuovo giunto" con problemi di dipendenza/abuso di sostanze ed eventuale prescrizione di terapia sostitutiva e/o sintomatica;
- presa in carico e definizione di un progetto terapeutico individualizzato;
- predisposizione di programmi alternativi alla detenzione in collaborazione con l'area trattamento mentale dell'Istituto e con l'UEPE;
- monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti;
- consulenza tecnica per i progetti di promozione della salute e di prevenzione dei problemi legati all'abuso di sostanze;
- controlli giornalieri sulla corrispondenza tra giacenza contabile ed effettiva dei farmaci soggetti a carico e scarico.

Infine, per quanto riguarda i problemi alcol-correlati, ogni settimana accede un operatore del Servizio di **Alcologia** del Perugino per rispondere alle richieste di intervento nelle situazioni in cui emergono tali problemi.

L'operatore del Servizio di Alcologia si occupa di:

- condurre colloqui motivazionali e di sostegno con i detenuti con problemi alcol correlati;
- definire il progetto pedagogico-riabilitativo, in collaborazione anche con i Servizi di alcologia del territorio di provenienza del detenuto e con l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterno);
- monitorare e verificare l'andamento del progetto riabilitativo;
- valutare, congiuntamente con l'UEPE, il programma di pena alternativa alla detenzione;
- fornire consulenza tecnica per i progetti di promozione della salute e di prevenzione dei problemi legati all'alcol ed al fumo di tabacco.

Inoltre, il Servizio di Alcologia collabora con l'Associazione del Club degli Alcolisti in Trattamento che, avvalendosi di un operatore volontario formato nella conduzione del gruppo, conduce gruppi di auto mutuo aiuto all'interno dell'Istituto, con cadenza settimanale, ai quali possono partecipare tutti i detenuti che ne fanno richiesta. Le richieste vengono formulate dal medico della sezione, dallo psichiatra, da un operatore dell'UEPE o dallo stesso detenuto.

L'Assistenza Ospedaliera

1. Stato dell'arte

L'assistenza ospedaliera alla popolazione della USL Umbria n.1 è assicurata dai tre Presidi: Presidio Ospedaliero Alto Tevere, Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino e Presidio Ospedaliero Unificato (POU).

Inoltre, nel territorio aziendale, insiste l'Azienda Ospedaliera di Perugia, che garantisce:

- le funzioni di ospedale di alta specialità per tutti gli assistiti;
- la funzione di ospedale di medio-bassa specialità per il Distretto del Perugino, ovvero le funzioni di ospedale di territorio;
- alcune funzioni specifiche quali l'assistenza psichiatrica in regime di ricovero attraverso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), strutturato in un modulo a direzione ASL e un modulo a direzione universitaria;
- l'integrazione della diagnostica di laboratorio e strumentale tra le due Aziende.

I Presidi Ospedalieri Alto Tevere e Gubbio-Gualdo Tadino fanno parte della rete regionale della emergenza-urgenza e garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale presso gli Ospedali di Città di Castello, Umbertide e Gubbio-Gualdo.

Il POU garantisce l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale presso gli Stabilimenti Ospedalieri di Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Media Valle del Tevere e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Gli Ospedali afferenti al POU sono individuati dalla vigente programmazione regionale come Ospedali di Territorio.

I Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale in sette Dipartimenti Aziendali gestionali: Emergenza-Accettazione, Medico e Oncologico, Medicine Specialistiche, Chirurgia Generale, Chirurgia Specialistica, Materno-Infantile e dei Servizi.

I Posti Letto deliberati dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL Umbria n.1 sono complessivamente **728, di cui 617 di Ospedali a gestione diretta e 111 PL dell'Istituto di Riabilitazione Prosperius Tiberino**, sperimentazione gestionale della Regione Umbria all'interno dell'Ospedale di Umbertide. Le sperimentazioni gestionali in sanità sono regolate dall'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e rappresentano forme di collaborazione pubblico-privato.

Posti Letto Deliberati - Anno 2015 (Fonte Mod. HSP 12 Ministero della Salute)

Ospedale	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	Totale
Ospedale Città di Castello	151	13	15	179
Ospedale Umbertide	20	1	14	35
Ospedale Umbertide - Prosperius	101	10		111
P.O. Alto Tevere	272	24	29	325
Ospedale Assisi	35	5	8	48
Ospedale Castiglione del Lago	38	3	10	51
Ospedale Città della Pieve	27	3	0	30
Ospedale M.V.T.	82	15	11	108
Cori Passignano	30	2	0	32
P.O. Unificato	212	28	29	269
P.O. Gubbio – Gualdo Tadino	113	3	18	134
Totale	597	55	76	728

I PL medi degli Ospedali a gestione diretta, nel corso del 2015, sono stati **534**, a cui vanno aggiunti 113 dell'Istituto di riabilitazione Prosperius Tiberino.

Posti Letto Medi Ospedali a gestione diretta- Anno 2015 (Fonte Mod. HSP 22bis Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	N° PL medi di Degenza ordinaria	% PL Degenza ordinaria	N° PL medi di Day Hospital/Day surgery	% PL Day Hospital/Day Surgery	N° PL medi Totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera per Ospedale	470	87,91	65	12,09	534
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	142	91,44	13	8,56	155
(Liv 3) Ospedale Umbertide	23	74,93	8	25,07	31
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	118	91,55	11	8,45	129
(Liv 3) Ospedale Assisi	31	79,49	8	20,51	39
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	73	81,50	17	18,50	90
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	25	89,35	3	10,65	28
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	27	90,00	3	10,00	30
(Liv 3) Ospedale Passignano	30	93,75	2	6,25	32

2. Obiettivi

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale.

Le aree di degenza sono organizzate per livello e tipologia assistenziale: aree comuni di degenza chirurgica e medica di media e bassa assistenza, area poliambulatoriale.

L'attività ospedaliera è integrata con i servizi territoriali per garantire un'offerta articolata alla popolazione di riferimento dello specifico ambito territoriale, attraverso la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e percorsi assistenziali condivisi con i MMG ed i PLS, quali ad esempio dimissioni protette e percorso nascita. E', inoltre, integrata nella programmazione dell'offerta dell'attività specialistica e della diagnostica ambulatoriale, in relazione a una maggiore appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, per migliorare l'allineamento della domanda e dell'offerta stessa attraverso l'adozione di strumenti specifici quali i RAO.

Per l'anno 2015, i principali obiettivi per i Dipartimenti gestionali Ospedalieri sono stati:

- garantire i ricoveri per il trattamento di patologie indifferibili che necessino di interventi diagnostico-terapeutici urgenti, patologie acute non gestibili in ambulatorio e/o a domicilio, patologie di lunga durata non trattabili in forma extraospedaliera;
- migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie con particolare riferimento a quelle pre-operatorie;
- sviluppare le attività di Chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio, attraverso l'integrazione dei professionisti anche con quelli di altre Aziende Sanitarie Regionali;
- promuovere la qualità dell'assistenza erogata, nonché l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, attraverso la razionalizzazione dell'attività chirurgica e la semplificazione del percorso degli utenti, garantendo trasparenza ed equità d'accesso;
- assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati, per utenti ambulatoriali e per utenti del Pronto Soccorso;

- migliorare l'accessibilità alle prestazioni specialistiche per pazienti ricoverati per ridurre la quota di giornate di degenza improprie attraverso accordi tra Radiologie e UU.OO. di degenza per l'attivazione di agende dedicate;
- consolidare le attività di anatomia patologica attraverso il mantenimento di standard prestazionali anche al fine di assicurare la tempestività della fase diagnostica;
- migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.);
- potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali;
- garantire la parità di accesso alle prestazioni a tutti gli utenti in tempi adeguati alla richiesta, al fine di assicurare il diritto alla salute e percorsi di accesso agevolati per i pazienti esenti;
- promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso l'utilizzo di corretti modelli assistenziali;
- garantire un approccio assistenziale interdisciplinare e multiprofessionale per la diagnosi e la cura delle patologie mammarie, assicurando la presa in carico globale della paziente;
- garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale dell'individuo riducendo il rischio di conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale;
- migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, anche attraverso la riduzione dei parti cesarei e lo sviluppo di iniziative per favorire l'umanizzazione del parto;
- garantire, durante il percorso nascita, livelli essenziali e appropriati di prevenzione, assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica;
- favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale nel Percorso Nascita;
- migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adesione al progetto "*Ospedale senza dolore*", anche sensibilizzando gli operatori sulla valutazione e controllo del dolore, orientata alla cura del malato piuttosto che della sola malattia;
- potenziare l'attività di riabilitazione ospedaliera intensiva;
- umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività oncologica nell'ambito territoriale di residenza;
- umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività dialitica nell'ambito territoriale di residenza;
- migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti affetti da Ictus attraverso la corretta applicazione del percorso diagnostico-terapeutico;
- promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review;
- promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico;

- promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmacologica attraverso l'indicazione del principio attivo all'atto della dimissione;
- garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del sistema di accreditamento;
- promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) dei Dipartimenti, nel 2015, ha fatto registrare risultati ottimali:

- **Dipartimento di Chirurgia Generale 91,65%;**
- **Dipartimento di Chirurgia Specialistica 90,73%;**
- **Dipartimento Medico e Oncologico 90,53%;**
- **Dipartimento di Medicine Specialistiche 92,30%;**
- **Dipartimento Materno-Infantile 83,07%;**
- **Dipartimento di Emergenza e Accettazione 94,65%;**
- **Dipartimento dei Servizi 91,16%.**

3. Attività

3.1. Attività di ricovero complessiva

Nell'anno 2015 sono stati effettuati complessivamente dagli Ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL Umbria n.1 **29.498 ricoveri**, dei quali **23.500 (79,67%) in degenza ordinaria e 5.998 (20,33%) in Day Hospital/Day Surgery**. A questi vanno aggiunti **1.556 ricoveri erogati presso l'Istituto Prosperius Tiberino** (sperimentazione gestionale all'interno dell'Ospedale di Umbertide).

Attività di ricovero complessiva Ospedali a gestione diretta - Anno 2015

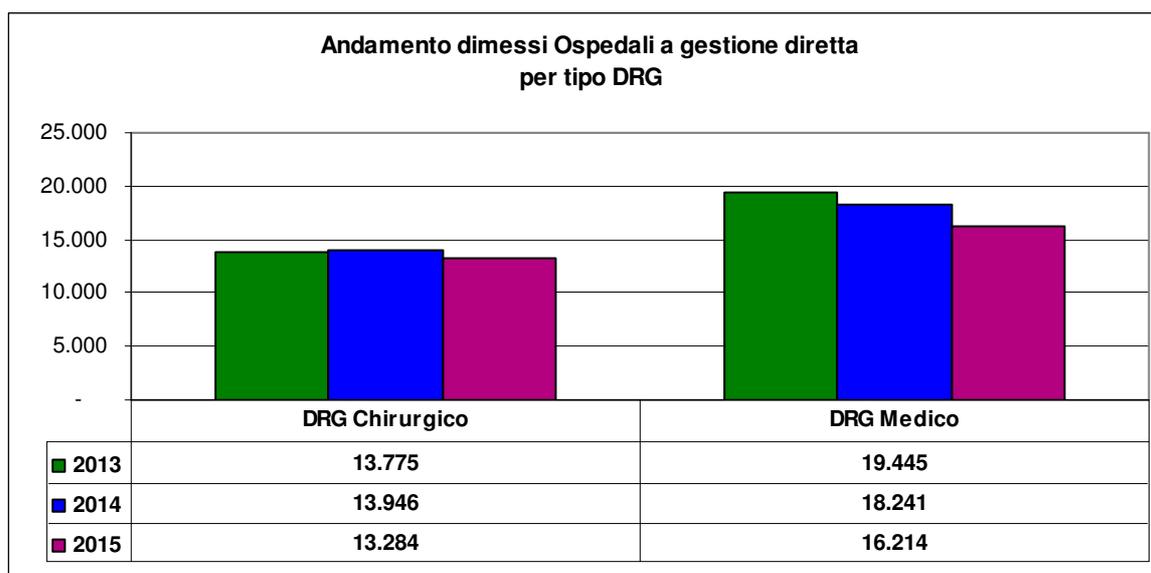
Strutture \ Indicatori	N° dimessi D.O.	% Dimessi Ordinari	N° dimessi D.H./D.S.	% Dimessi DH/DS	N° dimessi totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	23.500	79,67	5.998	20,33	29.498
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	7.731	88,92	963	11,08	8.694
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.125	49,93	1.128	50,07	2.253
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	6.170	83,09	1.256	16,91	7.426
(Liv 3) Ospedale Assisi	1.689	75,23	556	24,77	2.245
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	3.949	69,71	1.716	30,29	5.665
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1.519	88,06	206	11,94	1.725
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	970	96,13	39	3,87	1.009
(Liv 3) Ospedale Passignano	347	72,14	134	27,86	481

Analizzando i dati degli Ospedali a gestione diretta per tipologia di assistenza, si può notare come il **96,93% afferisca ad un'attività per acuti**, il **2,48% alla riabilitazione** e lo **0,59% alla lungodegenza**. Rispetto allo scorso anno tali ricoveri sono diminuiti dell'**8,35%**. Il risultato è dovuto alla sempre maggiore attenzione verso l'appropriatezza delle cure erogate in funzione del più corretto setting assistenziale utilizzabile.

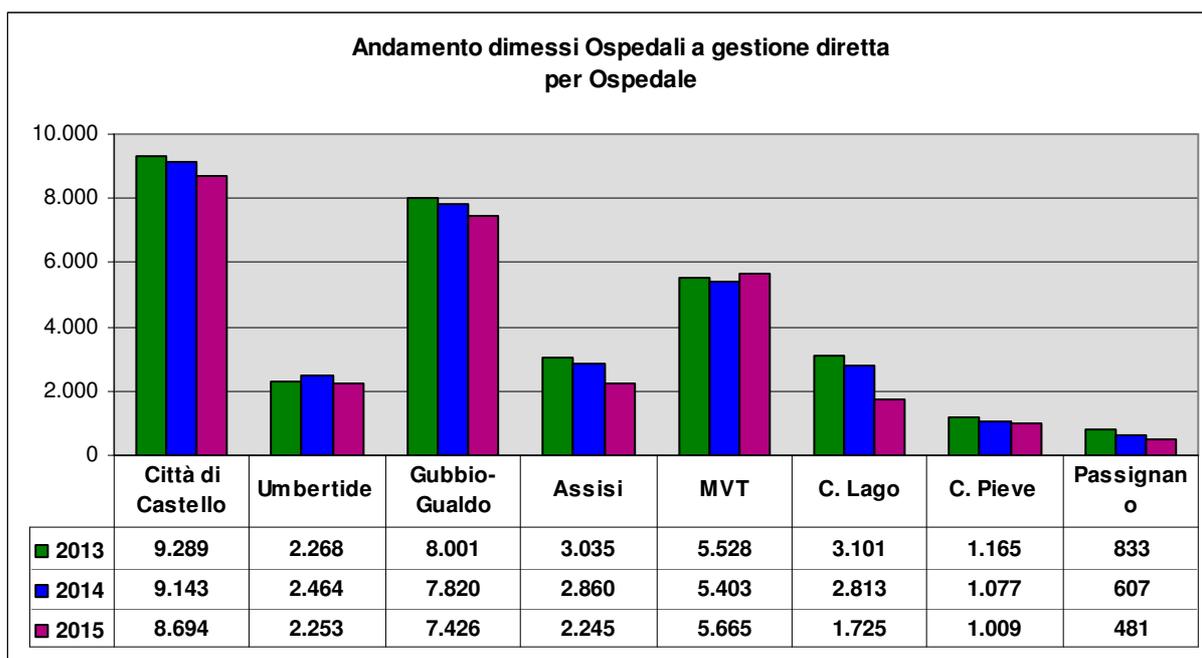
Attività di ricovero Ospedali a gestione diretta per tipologia assistenza - Anno 2015

Tipologia Assistenza	2013	2014	2015
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	33.220	32.187	29.498
Acuti	31.917	31.105	28.591
Riabilitazione	1.061	855	732
Lungodegenza	242	227	175

Infatti, anche analizzando i ricoveri per tipo DRG, si evidenzia che la riduzione più significativa riguarda i DRG di tipo medico ritenuti quelli a più alto rischio di inappropriatazza, mentre la riduzione dei DGR chirurgici è legata al trasferimento di attività dal regime di degenza al regime ambulatoriale.



Rispetto ai singoli Ospedali, si può notare che la riduzione si è registrata in tutti con l'eccezione della Media Valle del Tevere.



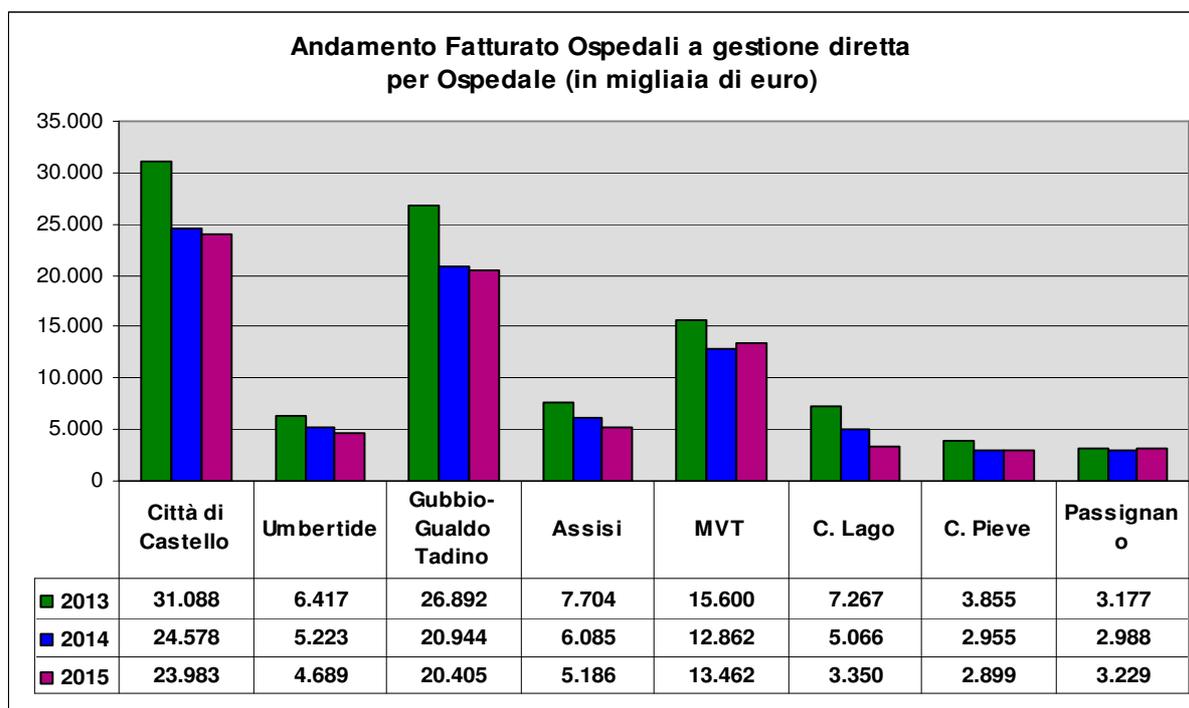
Per quanto riguarda il fatturato degli Ospedali a gestione diretta, nel 2015, è risultato pari a € **77.203.249,15**, di cui il 48,21% per DRG di tipo chirurgico.

Il fatturato dell'Istituto Prosperius è risultato pari a € **10.295.257,27** (€9.982.711,51 nel 2014).

Fatturato Ospedali a gestione diretta – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	Fatturato Totale DRG Medici	% Fatturato DRG Medici	Fatturato Totale DRG Chirurgici	% Fatturato DRG Chirurgici	Fatturato Totale
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	39.983.192,15	51,79	37.220.057,00	48,21	77.203.249,15
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	11.065.005,00	46,14	12.918.347,00	53,86	23.983.352,00
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.735.787,00	37,01	2.953.689,00	62,99	4.689.476,00
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	8.785.827,00	43,06	11.619.419,00	56,94	20.405.246,00
(Liv 3) Ospedale Assisi	3.217.592,00	62,04	1.968.337,00	37,96	5.185.929,00
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	7.356.668,97	54,65	6.105.207,00	45,35	13.461.875,97
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1.699.355,00	50,73	1.650.429,00	49,27	3.349.784,00
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	2.893.979,60	99,84	4.629,00	0,16	2.898.608,60
(Liv 3) Ospedale Passignano	3.228.977,58	100,00			3.228.977,58

Rispetto al 2014, il fatturato è calato del **4,33%**, ma, nella valutazione complessiva dell'andamento, va tenuto conto del nuovo tariffario regionale che determina un fatturato medio inferiore di circa il 28% rispetto a quello prodotto dal precedente tariffario in vigore fino a settembre 2013.



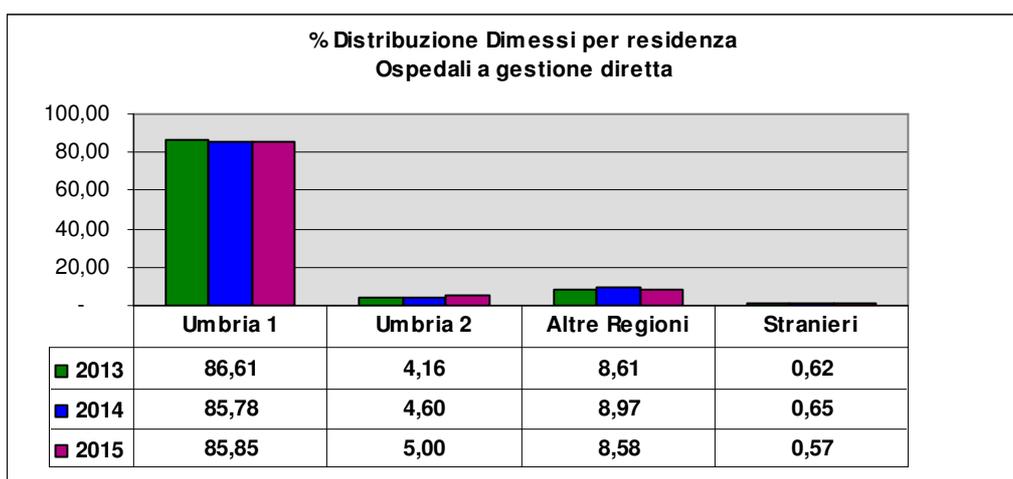
3.2. Analisi per residenza dell'assistito

Dall'analisi dei ricoveri degli Ospedali a gestione diretta in base alla residenza degli utenti, emerge come, nell'anno 2015, l'**85,85%** degli stessi siano stati effettuati per residenti della USL Umbria n.1, il **5%** per residenti della USL Umbria n.2, l'**8,58%** per residenti in altre Regioni e lo **0,57%** per stranieri.

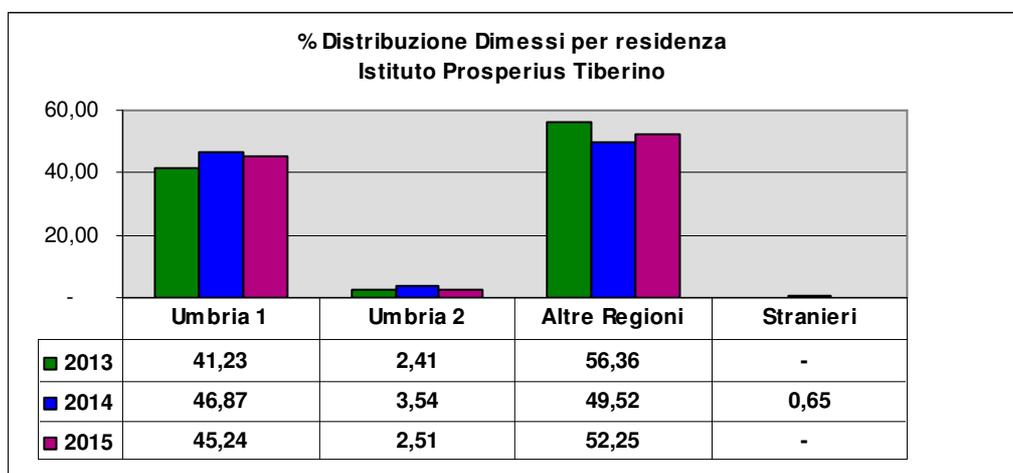
Distribuzione dimessi per residenza Ospedali a gestione diretta – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	Dimessi residenti USL Umbria 1	% Dimessi residenti USL Umbria 1	Dimessi residenti USL Umbria 2	% Dimessi residenti USL Umbria 2	Dimessi Residenti altre Regioni	% Dimessi residenti altre Regioni
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	25.323	85,85	1.476	5,00	2.532	8,58
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	7.416	85,30	116	1,33	1.120	12,88
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.794	79,63	104	4,62	345	15,31
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	6.609	89,00	352	4,74	432	5,82
(Liv 3) Ospedale Assisi	2.024	90,16	125	5,57	71	3,16
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	4.802	84,77	538	9,50	297	5,24
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1.466	84,99	74	4,29	168	9,74
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	775	76,81	153	15,16	70	6,94
(Liv 3) Ospedale Passignano	437	90,85	14	2,91	29	6,03

Rispetto al 2014, risulta diminuita l'attività erogata a favore dei residenti fuori Regione ed aumentata quella erogata ai residenti nelle USL Umbria n.1 e Umbria n.2.



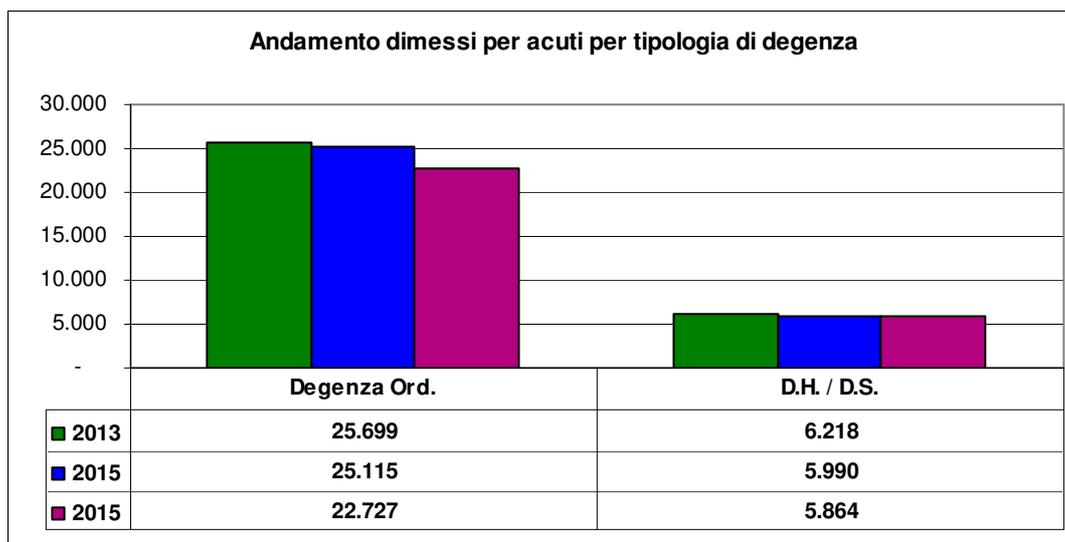
Per quanto riguarda i ricoveri erogati dall'Istituto Prosperius, il 45,24% è stato effettuato per residenti della USL Umbria n.1, il 2,51% per residenti della USL Umbria n.2 ed il 52,25% per residenti in altre Regioni.



3.3. Attività di ricovero per acuti

I ricoveri per acuti erogati dagli Ospedali afferenti ai Presidi Ospedalieri sono stati, nel 2015, **28.591** con una flessione rispetto al 2014 dell'8,08%.

Analizzando i ricoveri per tipologia di degenza rispetto al 2014, si può osservare che la diminuzione percentuale maggiore ha riguardato i ricoveri in degenza ordinaria (-9,51%) anche grazie al trasferimento di attività dal regime ordinario a quello in DH/DS e ambulatoriale.



3.3.1. Degenza ordinaria: Indicatori Tradizionali

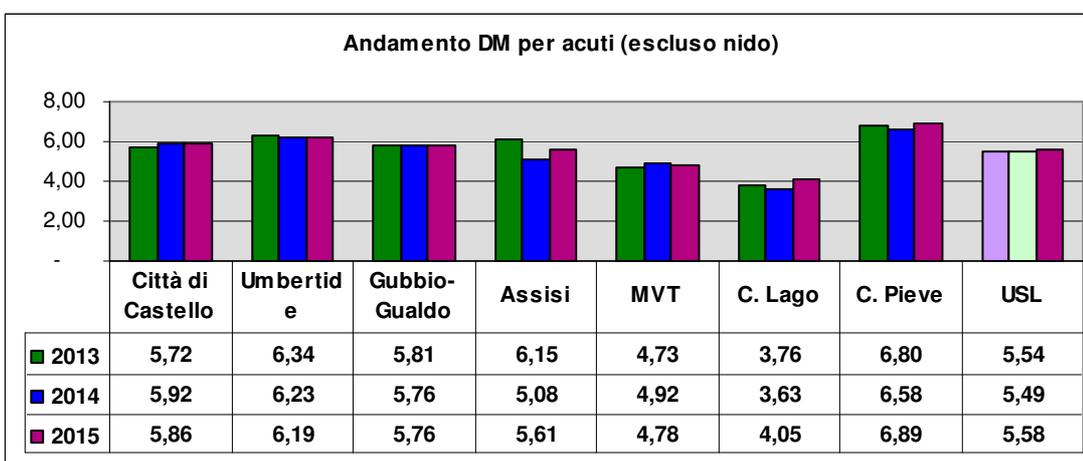
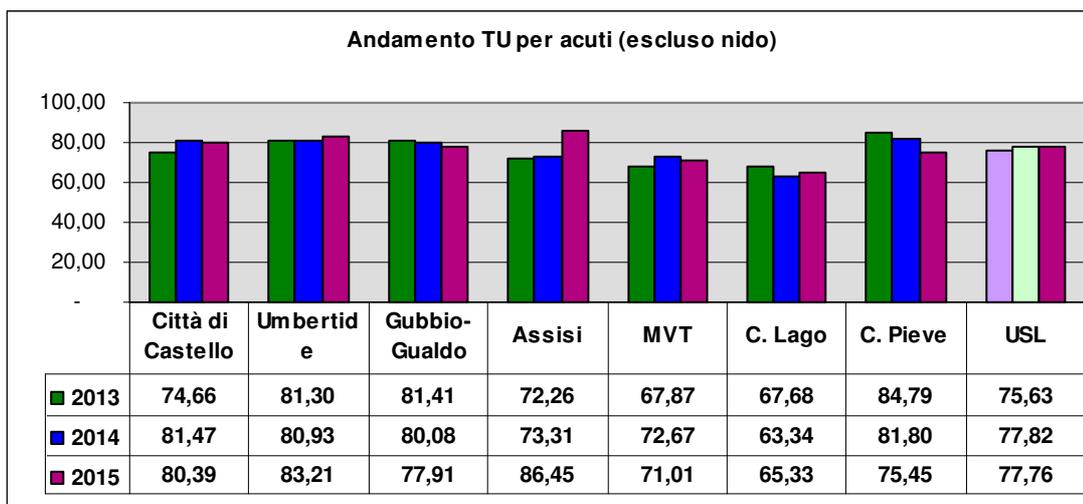
Nell'anno 2015 sono stati effettuati **21.336** ricoveri in degenza ordinaria (esclusi i ricoveri del nido che non rientrano nel calcolo degli indicatori). Le giornate di degenza consumate sono state **119.096**.

Il tasso di utilizzo, nel 2015, si è attestato al **77,76%**, sostanzialmente stabile al 2014 (77,82%) e lievemente standard ministeriale dell'80-90%.

La degenza media è risultata pari a **5,58 giorni** (5,49 nel 2014) ed in linea con lo standard regionale della DGR 970/2012 di 6-6,5 gg.

Indicatori tradizionali di DO per acuti – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	Dimessi per acuti DO (escluso nido)	GG degenza effettiva per acuti (escluso nido)	Degenza Media per acuti (escluso nido)	Presenza Media Giornaliera per acuti (escluso nido)	Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido)	Indice di rotazione per acuti (escluso nido)	Intervallo di Turn-Over per acuti (escluso nido)
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	21.336	119.096	5,58	326,29	77,76	50,85	1,60
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	7.091	41.544	5,86	113,82	80,39	50,08	1,43
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.125	6.960	6,19	19,07	83,21	49,09	1,25
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	5.835	33.615	5,76	92,10	77,91	49,36	1,63
(Liv 3) Ospedale Assisi	1.636	9.177	5,61	25,14	86,45	56,25	0,88
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	3.332	15.919	4,78	43,61	71,01	54,25	1,95
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1.437	5.822	4,05	15,95	65,33	58,85	2,15
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	880	6.059	6,89	16,60	75,45	40,00	2,24



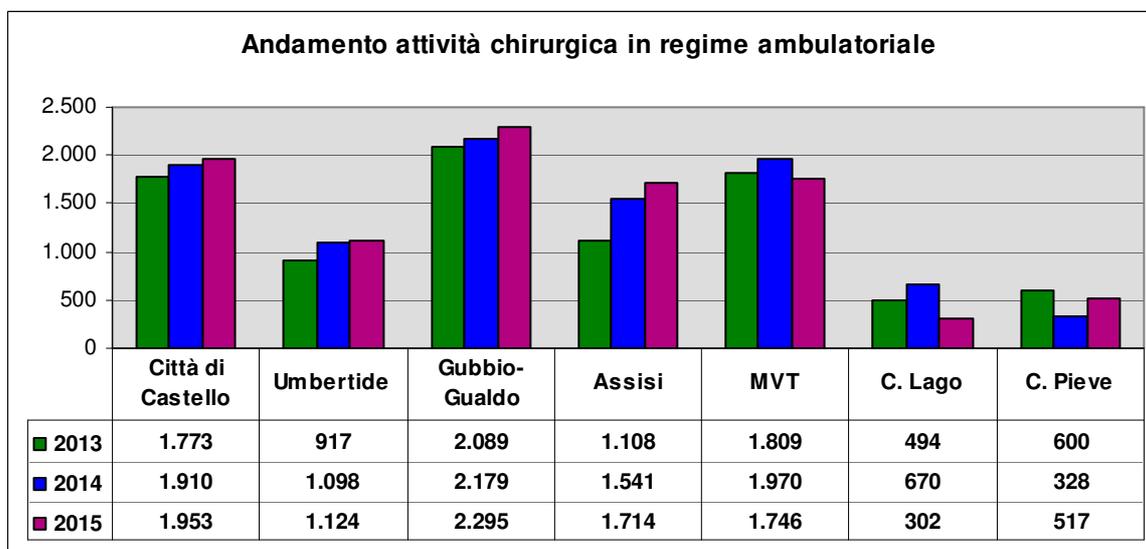
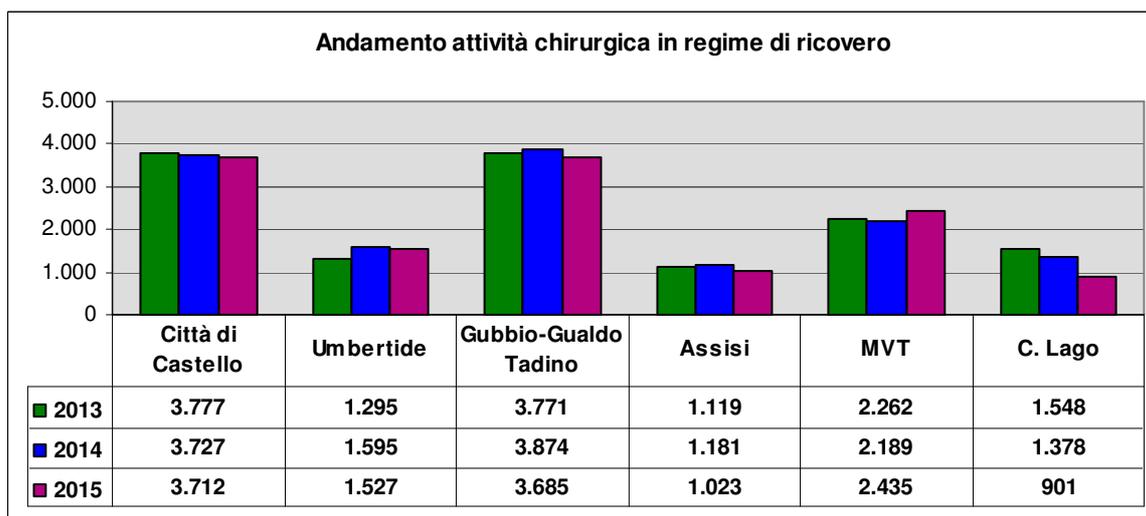
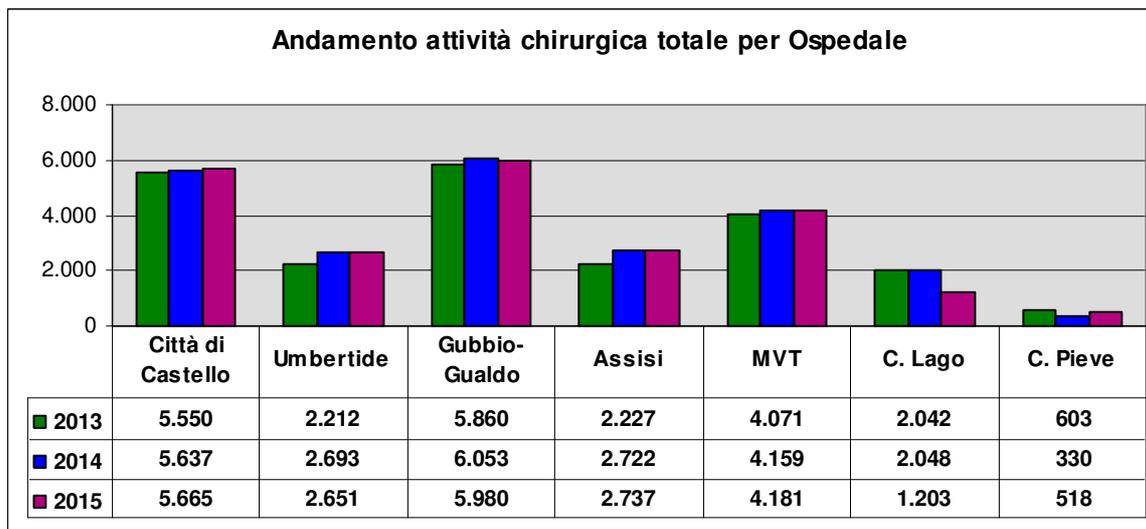
3.3.2. Attività Chirurgica

Nel corso dell'anno 2015 sono stati erogati **13.284 DRG chirurgici** e **9.652 interventi in regime ambulatoriale**.

Attività chirurgica – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	n.DRG chirurgici di DO	n.cicli chiusi con DRG chirurgico	N° Interventi chirurgici ambulatoriali	Attività Chirurgica Totale
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	8.647	4.637	9.652	22.936
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	2940	772	1.953	5.665
(Liv 3) Ospedale Umbertide	452	1075	1.124	2.651
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	2575	1110	2.295	5.980
(Liv 3) Ospedale Assisi	621	402	1.714	2.737
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	1336	1099	1.746	4.181
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	722	179	302	1.203
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	1		517	518
(Liv 3) Servizi H - Area Perugia			1	1

Rispetto al 2014, l'attività chirurgica è complessivamente diminuita del **2,99%**, con una riduzione particolarmente significativa (-4,75%) di quella in regime di ricovero a causa del trasferimento di attività in ambulatorio.



Nella valutazione per Ospedale, bisogna considerare, che l'attività chirurgica in regime di ricovero della Chirurgia Trasimeno è stata temporaneamente trasferita all'Ospedale MVT da marzo a maggio 2015 a causa dei lavori di ristrutturazione delle S.O. dell'Ospedale di C. Lago.

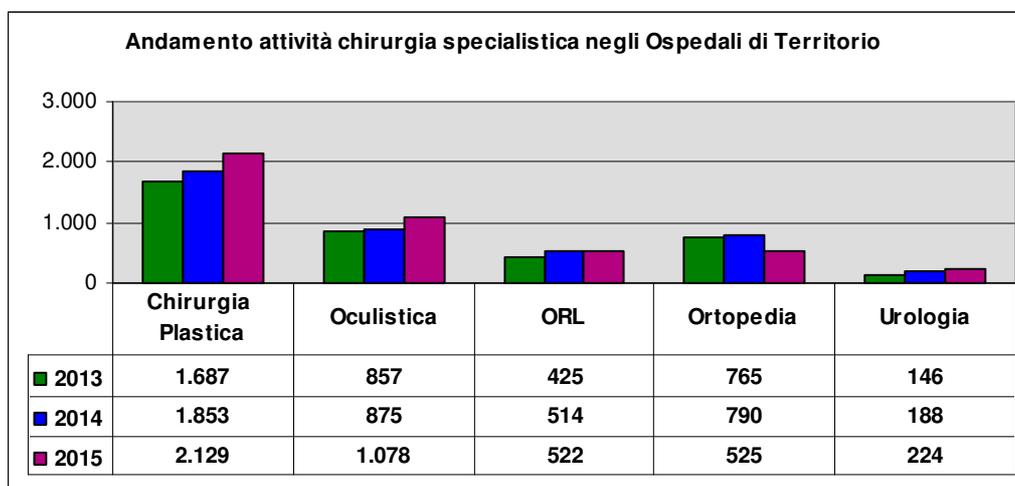
Negli Ospedali di Territorio sono state attivate numerose discipline specialistiche chirurgiche sia con professionisti delle UO Aziendali, sia attraverso apposite collaborazioni instaurate con l'Azienda Ospedaliera di Perugia. L'obiettivo perseguito attraverso lo sviluppo di tali attività è stato quello di migliorare l'offerta nelle "aree critiche" che presentano un alto tasso di fuga extraregionale, nonché di promuovere l'integrazione delle risorse professionali.

Nel corso del 2015, sono stati eseguiti complessivamente **4.478** interventi tra regime di ricovero ed ambulatoriale (4.220 nel 2014).

Attività di Chirurgia Specialistica negli Ospedali di Territorio – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N° casi di Chirurgia plastica e ricostruttiva negli H Territorio (DRG C e Amb.)	N° casi di Chirurgia oculistica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia ORL negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia ortopedica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia urologica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	2.129	1.078	522	525	224
(Liv 3) Ospedale Assisi	1.111	224	391		114
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	912	547	49	489	77
(Liv 3) Ospedale C. Lago	106		82	36	33
(Liv 3) Ospedale C. Pieve		307			

Rispetto al 2014 l'attività è aumentata del **6,11%**.



3.3.3. Attività Ostetrica in degenza ordinaria

Considerato che l'assistenza al "Percorso Nascita" rappresenta un tema di rilevanza strategica per la tutela della salute della donna e del bambino, nel corso del 2014 si è avviato un processo di riorganizzazione dei Punti Nascita Aziendali anche alla luce della normativa nazionale e regionale.

Nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16/12/2010 su "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" sono previsti due livelli assistenziali.

La programmazione regionale con la DGR 970/2012, recuperando le indicazioni delle Linee di indirizzo dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010, definisce requisiti e criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

La possibilità di Punti Nascita (PN) con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, può essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate.

La DGR 1344/2014 ha dato, pertanto, mandato ai Direttori Generali delle Aziende USL Umbria n.1 e Umbria n.2 e delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni di definire protocolli operativi finalizzata alla riorganizzazione in forma integrata dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio.

In tale ottica, si è proceduto nella riorganizzazione dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio dell'Azienda USL Umbria n.1 attraverso:

- definizione del nuovo modello organizzativo con individuazione dei Punti Nascita di 1° Livello (Città di Castello, Gubbio-Gualdo, MVT) e chiusura dei PN di Assisi e Castiglione del Lago;
- costituzione di una struttura integrata con l'Azienda Ospedaliera di Perugia "Area Funzionale Omogenea Interaziendale (AFOI)" in cui sono confluiti PN di Gubbio-Gualdo e della Media Valle del Tevere.

Il PN di Assisi ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2014 ed è stato attivato il Centro Donna di Assisi, mentre quello di Castiglione del Lago ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2015.

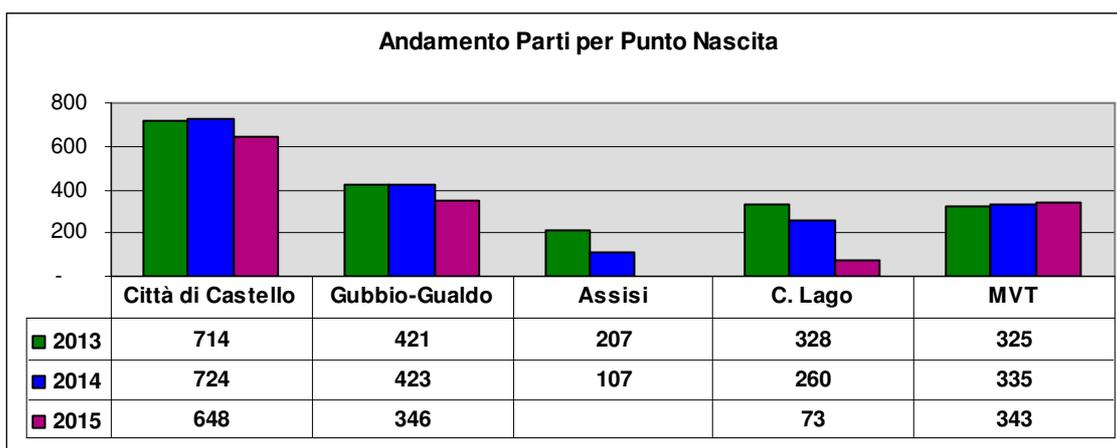
Nel corso dell'anno 2015 sono stati garantiti **1.410 parti**.

Attività ostetrica in degenza ordinaria – Anno 2015

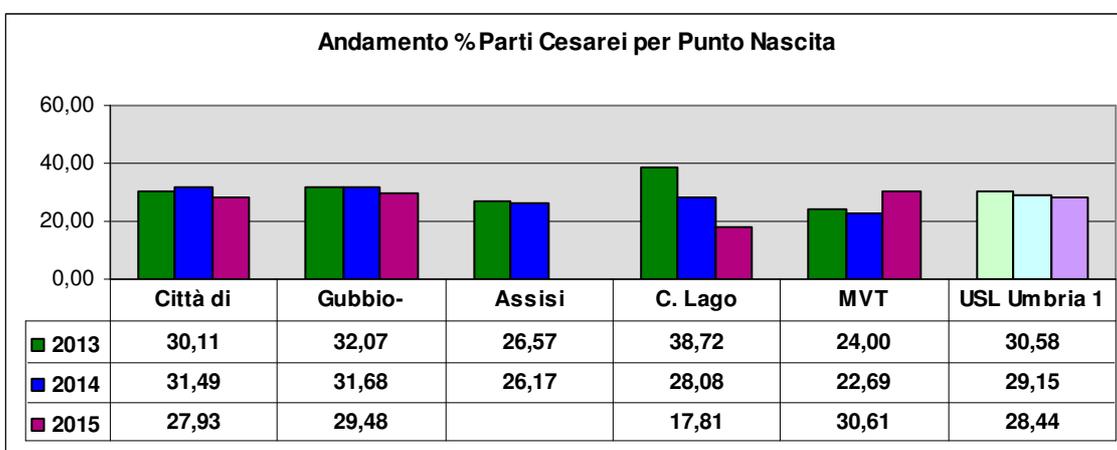
Strutture \ Indicatori	N° Parti fisiologici	N° Parti cesarei	N° Parti Totali	% Parti cesarei
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	1.009	401	1.410	28,44
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	467	181	648	27,93
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	244	102	346	29,48
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	238	105	343	30,61
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	60	13	73	17,81

N.B.: Il PN di C. Lago ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2015

Rispetto all'anno precedente, i parti sono diminuiti di oltre il **23%** anche per effetto della chiusura dei Punti Nascita di Assisi (settembre 2014) e di Castiglione del Lago (settembre 2015) a seguito del progetto di riorganizzazione dei PN degli Ospedali di territorio sopra specificato.



Nel 2015 la percentuale di parti cesarei si è attestata al **28,44%**, dato che presenta un trend in miglioramento costante nell'ultimo triennio.



3.3.4. Case-Mix dei Presidi Ospedalieri

Di seguito sono riportate le tabelle con l'analisi dei ricoveri per acuti erogati dai tre Presidi Aziendali in base alla MDC ((Major Diagnostic Category - categorie diagnostiche maggiori).

Case Mix Presidio Ospedaliero Alto Tevere - Anno 2015

MDC		DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG
		N°	%	N°	%	Totali
1	malattie e disturbi del sistema nervoso	643	97,87	14	2,13	657
2	malattie e disturbi dell'occhio	19	9,27	186	90,73	205
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	149	26,37	416	73,63	565
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	804	99,63	3	0,37	807
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	835	78,92	223	21,08	1.058
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente	405	40,10	605	59,90	1.010
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	158	40,41	233	59,59	391
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	180	15,48	983	84,52	1.163
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	108	11,13	862	88,87	970
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	131	57,71	96	42,29	227
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	278	47,36	309	52,64	587
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	18	6,92	242	93,08	260

Case Mix Presidio Ospedaliero Alto Tevere - Anno 2015 (segue)

MDC		DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	78	16,81	386	83,19	464
14	gravidanza, parto e puerperio	580	58,53	411	41,47	991
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	674	100,00			674
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	166	96,51	6	3,49	172
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	148	42,17	203	57,83	351
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	181	98,37	3	1,63	184
19	malattie e disturbi mentali	71	100,00			71
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	8	100,00			8
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	37	68,52	17	31,48	54
22	ustioni	2	100,00			2
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	28	68,29	13	31,71	41
24	traumatismi multipli rilevanti	7	70,00	3	30,00	10
	DRG non classificati			25	100,00	25
Totale		5.708	52,14	5.239	47,86	10.947

Case Mix Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino - Anno 2015

MDC		DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG
		N°	%	N°	%	Totali
1	malattie e disturbi del sistema nervoso	394	97,04	12	2,96	406
2	malattie e disturbi dell'occhio	16	14,04	98	85,96	114
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	103	25,00	309	75,00	412
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	590	99,83	1	0,17	591
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	593	66,41	300	33,59	893
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente	332	41,40	470	58,60	802
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	173	50,14	172	49,86	345
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	40	5,68	664	94,32	704
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	61	8,40	665	91,60	726
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	88	63,31	51	36,69	139
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	182	59,87	122	40,13	304
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	9	7,56	110	92,44	119
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	63	14,58	369	85,42	432
14	gravidanza, parto e puerperio	435	63,13	254	36,87	689
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	353	100,00			353
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	94	95,92	4	4,08	98
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	27	46,55	31	53,45	58
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	81	98,78	1	1,22	82
19	malattie e disturbi mentali	37	100,00			37
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	4	100,00			4
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	39	69,64	17	30,36	56
22	ustioni	2	66,67	1	33,33	3
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	20	76,92	6	23,08	26
24	traumatismi multipli rilevanti	5	62,50	3	37,50	8
	DRG non classificati			25	100,00	25
Totale		3.741	50,38	3.685	49,62	7.426

Case Mix Presidio Ospedaliero Unificato - Anno 2015

MDC		DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG
		N°	%	N°	%	Totali
1	malattie e disturbi del sistema nervoso	569	98,61	8	1,39	577
2	malattie e disturbi dell'occhio	1	3,57	27	96,43	28
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	61	12,84	414	87,16	475
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	785	99,75	2	0,25	787
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	852	89,31	102	10,69	954
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente	514	33,70	1.011	66,30	1.525
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	343	55,06	280	44,94	623
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	118	32,33	247	67,67	365
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	123	12,47	863	87,53	986
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	160	71,75	63	28,25	223
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	345	86,25	55	13,75	400
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	28	11,67	212	88,33	240
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	73	16,08	381	83,92	454
14	gravidanza, parto e puerperio	379	38,17	614	61,83	993
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	435	100,00			435
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	302	99,02	3	0,98	305
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	248	81,31	57	18,69	305
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	265	99,62	1	0,38	266
19	malattie e disturbi mentali	49	100,00			49
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	3	100,00			3
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	47	79,66	12	20,34	59
22	ustioni	1	100,00			1
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	154	95,06	8	4,94	162
24	traumatismi multipli rilevanti	1	100,00			1
25	infezioni da H.I.V.	1	100,00			1
	DRG non classificati	1	100,00			1
Totale		5.858	57,33	4.360	42,67	10.218

3.3.5. Indicatori di appropriatezza

Il contesto sanitario è per sua natura complesso. Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performances ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive. Infatti, i risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte. E', pertanto, fondamentale disporre di un sistema per la valutazione della performance multidimensionale, capace di misurare i risultati ottenuti dalle aziende operanti nel sistema, superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto, attivare processi di miglioramento per apprendere e innovare.

Il **sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali** è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di 4 regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano e Marche, nel 2011 la regione Basilicata, nel 2012 la regione Veneto, nel 2014 le regioni Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia e nel 2015 le regioni Calabria, Lombardia e Puglia.

Attualmente le Regioni che partecipano al network sono: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Umbria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Lombardia e Puglia.

Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario:

- stato di salute della popolazione;
- impatto sanitario dell'assistenza;
- valutazione dei cittadini;
- valutazione degli operatori;
- valutazione economico finanziaria e di efficienza operativa.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza.

Dal 2008 viene predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni sugli indicatori identificati. Nei primi due anni il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al network con una diffusione interna al sistema per facilitare il processo di conoscenza e condivisione tra gli attori del sistema, ossia il management, i professionisti sanitari e i policy makers, facilitando la diffusione della cultura della valutazione. Dal 2010 il report viene reso pubblico, fruibile da tutti gli stakeholders, cittadini compresi. Le Regioni aderenti al network considerano un valore la trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati.

Di seguito si riportano le fasce di valutazione previste dal sistema di misurazione delle performance che consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale.

Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

Indicatori	Fasce di Valutazione				
	Pessima	Scarsa	Media	Buona	Ottima
Efficienza pre-operatoria					
D.M. pre-operatoria interventi chirurgici programmati	>1,30	1,30 - 1,15	1,15 - 1,00	1,00 - 0,85	<0,85
Appropriatezza medica					
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	>33	33 - 25	25 - 17	17 - 9	<9
% ricoveri ordinari medici brevi	>21	21 - 17	17 - 13	13 - 9	<9
% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	>5	5 - 4	4 - 3	3 - 2	<2
Appropriatezza Chirurgica					
% DRG medici da reparti chirurgici	>27	27 - 23	23 - 19	19 - 15	<15
Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	<45	45 - 55	55 - 65	65 - 75	>75
Qualità clinica					
% fratture femore operate entro 2 gg	<41	41 - 54	54 - 67	67 - 80	>80
% prostatectomie transuretrali	<65	65 - 75	75 - 85	85 - 95	>95
% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	<60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	>90

Nella tabella seguente sono riportati i valori ottenuti nel 2015.

Indicatori di appropriatezza Assistenza Ospedaliera - Anni 2013-2015

Indicatori	2013 (*)		2014 (*)		2015 (**)	
	USL Umbria 1	Fascia di Valutazione	USL Umbria 1	Fascia di Valutazione	USL Umbria 1	Fascia di Valutazione
Efficienza pre-operatoria						
D.M. pre-operatoria interventi chirurgici programmati	0,72	😊	0,56	😊	0,35	😊
Appropriatezza medica						
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	16,86	😊	19,88	😊	10,74	😊
% ricoveri ordinari medici brevi	16,31	😊	14,73	😊	13,65	😊
% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	2,47	😊	2,19	😊	2,14	😊
Appropriatezza chirurgica						
% DRG medici da reparti chirurgici	16,21	😊	14,96	😊	12,73	😊
Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	53,53	😊	56,46	😊	53,05	😊
Qualità clinica						
% fratture femore operate entro 2 gg	58,36	😊	66,09	😊	72,22	😊
% prostatectomie transuretrali			67,11	😊	75,98	😊
% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni			78,43	😊	79,03	😊

(*) Dati calcolati dalla Scuola S. Anna di Pisa

(**) Dati calcolati dalla USL Umbria n.1 non essendo ancora disponibili quelli della Scuola S. Anna

3.4. Attività di Riabilitazione Ospedaliera

La riabilitazione ospedaliera della USL Umbria n.1 è assicurata dal Centro di Riabilitazione Intensiva (C.O.R.I.) di Passignano, dalla Riabilitazione Ortopedica dell'Ospedale della MVT e dall'Istituto Prosperius Tiberino (sperimentazione gestionale all'interno dell'Ospedale di Umbertide).

Le attività di riabilitazione erogate in regime di ricovero sono dirette al recupero di disabilità importanti ma modificabili, che richiedono un impegno diagnostico e terapeutico specialistico a indirizzo riabilitativo, elevato sia in termini di complessità che di durata dell'intervento. Durante il ricovero di norma non viene concluso il ciclo riabilitativo, ma i pazienti vengono trattati per il periodo sufficiente a raggiungere una gestibilità a domicilio per poi continuare il programma riabilitativo nell'ambito della rete territoriale.

3.4.1. Centro di Riabilitazione Intensiva (C.O.R.I.) di Passignano

Il Centro di Riabilitazione Intensiva di Passignano è un nodo importante della rete riabilitativa: la sua attività è iniziata nel 2000 con 16 posti letto (P.L.) di degenza ordinaria che nell'anno 2002 sono diventati 20. Inoltre, a partire dal 2007, sono stati attivati anche 2 P.L. di Day Hospital. Nel corso dell'anno 2012 sono stati attivati ulteriori 10 posti letto in degenza ordinaria.

Allo stato attuale, pertanto, il Centro dispone di **30 PL di degenza ordinaria e 2 PL di Day Hospital**, ma è già stato approvato un progetto di riqualificazione dell'assistenza sanitaria dell'ambito territoriale del Trasimeno che prevede un potenziamento della struttura di Passignano con ulteriori 6 PL di degenza ordinaria.

Nel corso del 2015 sono stati assistiti presso il CORI **308 pazienti con 10.583 giornate di degenza**. Ottimale il Tasso di utilizzo che supera abbondantemente il 90%.

Indicatori Tradizionali Degenza Ordinaria CORI

Indicatori	2013	2014	2015
N. pazienti trattati	328	311	308
N. Dimessi	680	467	347
Giornate degenza	9.518	9.548	10.583
Degenza Media	14,00	20,45	30,50
Tasso di utilizzo	87,41	87,44	96,65

Oltre all'attività di degenza ordinaria, è stata assicurata presso il CORI un'attività di Day Hospital con **134 cicli e 2.841 accessi** (2.879 nel 2014).

3.4.2. Riabilitazione Ortopedica Ospedale MVT

La Riabilitazione Ortopedica dell'Ospedale della MVT è stata attivata, nel 2011, con 6 posti letto a seguito dell'apertura del nuovo Ospedale. Nel 2013 i PL sono stati portati a 12.

Nel corso del 2015 sono stati assistiti **241 pazienti con 3.532 giornate di degenza**. Ottimale il Tasso di utilizzo che supera il 90%.

Indicatori Tradizionali Degenza Ordinaria Riabilitazione MVT

Indicatori	2013	2014	2015
N. pazienti trattati	219	230	241
N. Dimessi	228	248	251
Giornate degenza	3.317	3.500	3.532
Degenza Media	14,55	14,11	14,07
Tasso di utilizzo	91,64	92,05	94,41

3.4.3. Istituto Prosperius Tiberino

L'Istituto Prosperius Tiberino è un progetto di sinergia tra funzione pubblica e iniziativa privata. La sperimentazione gestionale è divenuta in pochi anni una realtà operativa efficiente.

La riconversione di parte dell'Ospedale di Umbertide in clinica di riabilitazione integrata ha realizzato la salvaguardia di un patrimonio locale.

Nel corso del 2015 sono stati effettuati **1.445 ricoveri di degenza ordinaria con 38.248 giornate e 111 cicli con 2.328 accessi**.

Attività Istituto Prosperius Tiberino

Indicatori	2013	2014	2015
N. Dimessi DO	1.253	1.370	1.445
Giornate degenza DO	38.112	37.009	38.248
Degenza Media	30,42	27,01	26,47
N. Cicli DH	115	100	111
N. Accessi DH	2.774	2.321	2.328
Durata media cicli	43,22	41,17	36,41

3.5. Attività di Lungodegenza Ospedaliera

Al fine di qualificare sempre più l'assistenza ospedaliera erogata, alla fine del 2004, sono stati convertiti alcuni posti letto di degenza ordinaria delle U.O. di Medicina del Presidio Ospedaliero Unificato in posti letto di assistenza estensiva ospedaliera (ex lungodegenza), così come definita dalla DGR 1147 del 28/07/2004. Queste aree sono destinate al trattamento di pazienti provenienti dai reparti medici e chirurgici i quali, superata la fase acuta ma presentando situazioni cliniche instabili, necessitano di assistenza infermieristica e medica continuativa nelle 24 ore e non possono essere assistiti né a domicilio, né nelle RSA a degenza breve.

Nel corso del 2015 sono stati erogati **175 ricoveri** a fronte di 227 del 2014. Le giornate di degenza sono passate da 4.042 a **3.723** con una diminuzione del 7,89%.

Attività di lungodegenza in degenza ordinaria – Anno 2015

Strutture \ Indicatori	N. dimessi DO lungodegenza	GG degenza DO lungodegenza	Degenza Media per lungodegenza
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	175	3.723	21,27
(Liv 3) Ospedale Assisi	53	892	16,83
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	18	253	14,06
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	14	414	29,57
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	90	2.164	24,04

3.6. Assistenza ospedaliera psichiatrica

Il Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura è l'area di degenza ospedaliera dove vengono attuati trattamenti psichiatrici, in fase di acuzie, volontari ed obbligatori. Opera in stretta continuità di cura ed integrazione con i Centri di Salute Mentale e le strutture residenziali e semiresidenziali del DSM, sia in fase di ammissione che di dimissione dei pazienti. Garantisce interventi di psichiatria di collegamento e consultazione nei vari reparti e servizi ospedalieri con particolare attenzione al Pronto Soccorso.

Nel corso del 2011 si è avuto il trasferimento della Struttura Psichiatrica di Diagnosi e Cura della ex USL n.2 presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia e la gestione di tale attività, pur con l'integrazione del personale, è passata all'Azienda Ospedaliera di Perugia. La nuova Unità di Degenza Psichiatrica presso il Polo Ospedaliero S. Maria della Misericordia è composta da due moduli, uno a direzione Azienda Ospedaliera ed uno a direzione USL.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati erogati dalla struttura **378 ricoveri** (414 nel 2014), di cui l'82% per residenti della USL Umbria n.1.

Dimessi SPDC per residenza dell'assistito

Residenza	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
USL Umbria n.1	355	86,59	362	87,44	311	82,28
USL Umbria n.2	17	4,15	11	2,66	22	5,82
Altre Regioni	30	7,32	23	5,56	26	6,88
Stranieri	8	1,95	18	4,35	19	5,03
Totale	410	100,00	414	100,00	378	100,00

3.7. Attività dei Servizi di Diagnosi e Cura:

I Servizi di Diagnosi e Cura costituiscono il supporto diagnostico-strumentale e terapeutico dei reparti di degenza dell'Ospedale, nonché il supporto alla medicina di territorio con attività svolte in regime ambulatoriale. Comprendono servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio.

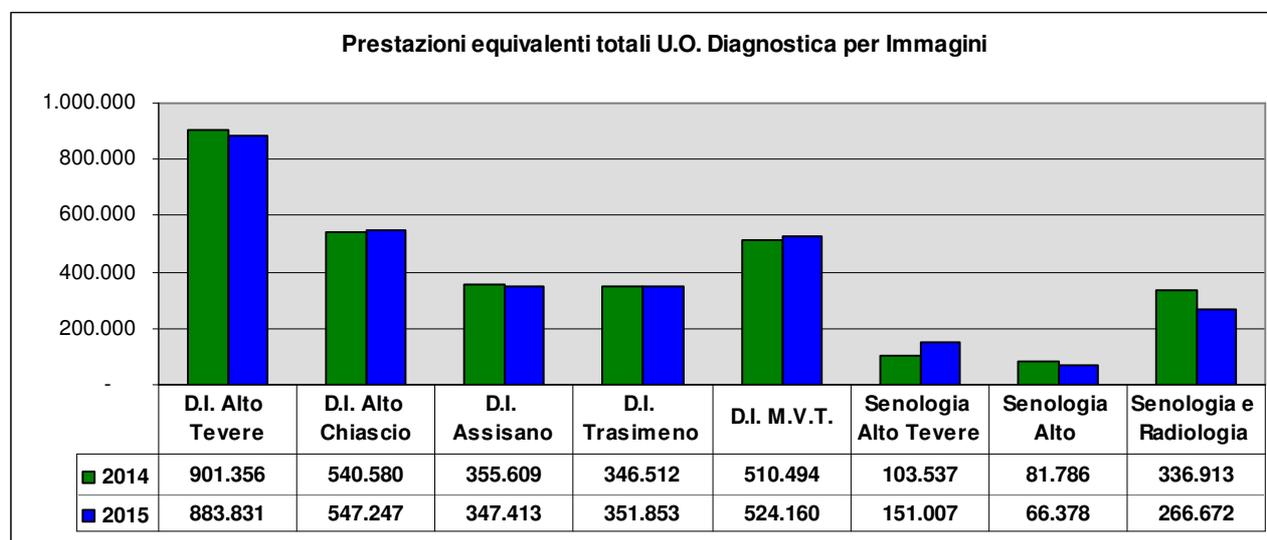
3.7.1. Diagnostica per immagini

Le prestazioni equivalenti totali di diagnostica per immagini sono state, nell'anno 2015, **3.138.561** di cui il 10,06% per ricoverati, il 13,83% per i Pronto Soccorso, il 5,23% di screening mammografico ed il 70,87% per utenti ambulatoriali esterni.

Attività di diagnostica per immagini – Anno 2015 (Fonte CUP-RIS)

Strutture \ Indicatori	N° prestazioni equivalenti per ricoverati	N° prestazioni equivalenti richieste da pronto soccorso	N° prestazioni equivalenti di screening mammografico	N° prestazioni equivalenti per esterni	N° prestazioni equivalenti Totali
Dipartimento dei Servizi	315.876,3	434.074,8	164.296,6	2.224.313,5	3.138.561,3
Diagnostica Immagini Alto Tevere	131.373,3	151.578,5		581.477,1	883.831,4
Diagnostica Immagini Alto Chiascio	93.015,1	120.713,9		318.854,3	547.246,8
Diagnostica Immagini Assisano	21.577,7	55.825,3	19.402,4	257.119,6	347.413,3
Diagnostica Immagini Trasimeno	25.098,3	45.339,9	14.663,5	256.199,0	351.852,7
Diagnostica Immagini M.V.T.	41.409,3	60.605,5	12.890,7	402.024,3	524.160,0
Senologia Diagnostica Alto Tevere	1.906,0		25.215,4	77.097,0	151.006,8
Senologia Diagnostica Alto Chiascio	1.496,6	11,5	20.120,9	64.869,8	66.377,9
Senologia e Radiologia Territoriale Perugino			72.003,8	266.672,4	266.672,4

Rispetto all'anno 2014, le prestazioni equivalenti sono lievemente diminuite (-1,20%).



Continua l'attività di **teleradiologia**, sia tra le Unità Operative della USL Umbria n.1, sia con l'Azienda Ospedaliera di Perugia, consentendo al Dipartimento di Diagnostica per Immagini di fornire una risposta non soltanto più efficiente, ma soprattutto qualitativamente migliore.

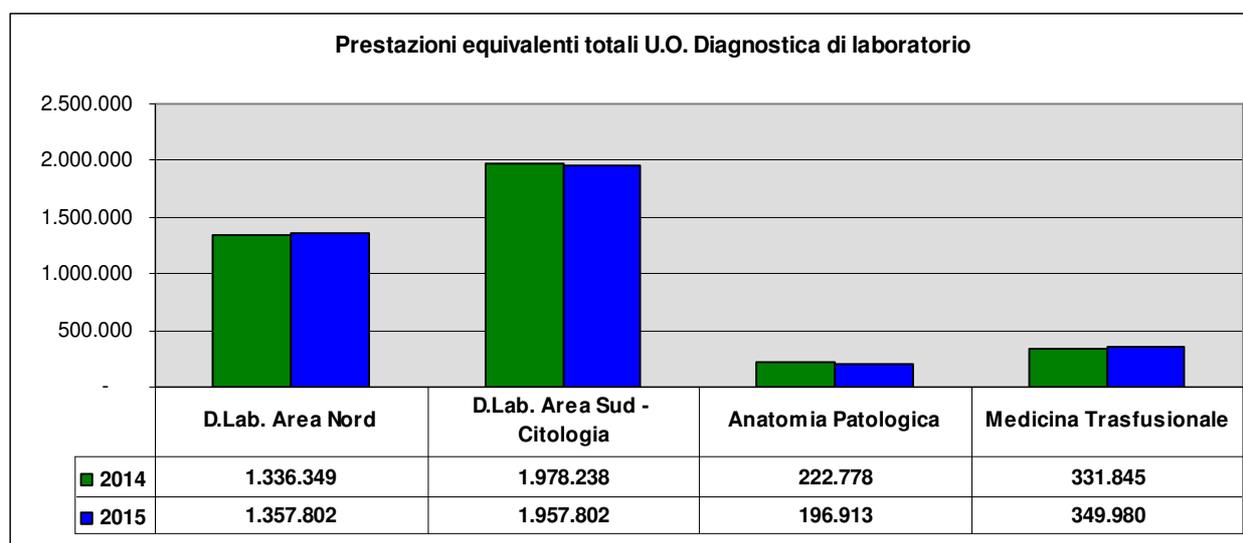
3.7.2. Diagnostica di laboratorio

I Servizi di Diagnostica di Laboratorio hanno assicurato, nell'anno 2015, **3.862.496,9** prestazioni equivalenti, di cui il 18,71% per ricoverati, il 5,53% per i Pronto Soccorso ed il 75,77% per utenti ambulatoriali esterni.

Attività di diagnostica di laboratorio - Anno 2015 (Fonte CUP-LIS-Athena)

Strutture \ Indicatori	N° prestazioni equivalenti per ricoverati	N° prestazioni equivalenti richieste da pronto soccorso	N° prestazioni equivalenti per esterni	N° prestazioni equivalenti Totali
Dipartimento dei Servizi	722.566,5	213.403,7	2.926.526,7	3.862.496,9
Diagnostica di Laboratorio Area Nord	255.312,8	116.184,1	986.305,3	1.357.802,2
Diagnostica di Laboratorio Area Sud - Citologia	146.560,3	94.190,2	1.717.051,5	1.957.801,9
Anatomia Patologica Aziendale	161.453,5	28,2	35.430,9	196.912,6
Medicina Trasfusionale Aziendale	159.239,9	3.001,3	187.739,0	349.980,2

Rispetto all'anno 2014, le prestazioni equivalenti sono sostanzialmente stabili (-0,17%).



3.8. Attività dei Pronto soccorso

Nel 2015 i Servizi di Pronto Soccorso e Primo Soccorso hanno garantito **110.500 accessi**, di questi il 9,1% è stato seguito da ricovero, mentre in circa il 90,9% di essi sono state garantite prestazioni in loco.

Attività di Accettazione Sanitaria – Anno 2015 (Fonte PSnet)

Strutture \ Indicatori	N° accessi PS seguiti da ricovero	% accessi PS seguiti da ricovero	N° accessi PS non seguiti da ricovero	% accessi PS non seguiti da ricovero	N° accessi PS totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	10.060	9,10	100.440	90,90	110.500
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	3.130	13,16	20.663	86,84	23.793
(Liv 3) Ospedale Umbertide	389	3,04	12.403	96,96	12.792
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	3.113	11,23	24.602	88,77	27.715
(Liv 3) Ospedale Assisi	835	5,64	13.961	94,36	14.796

Attività di Accettazione Sanitaria – Anno 2015 (Fonte PSnet) (segue)

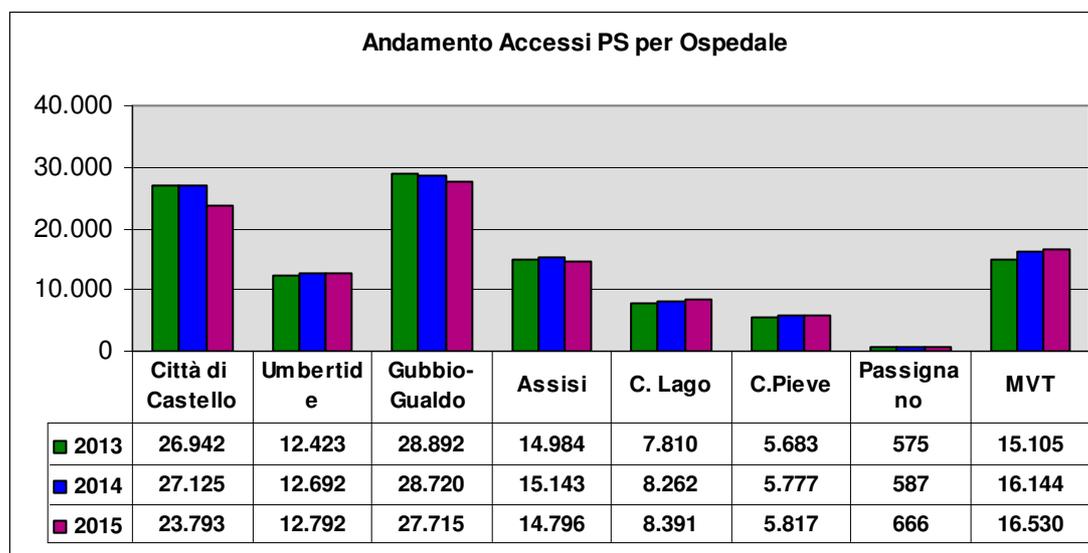
Strutture \ Indicatori	N° accessi PS seguiti da ricovero	% accessi PS seguiti da ricovero	N° accessi PS non seguiti da ricovero	% accessi PS non seguiti da ricovero	N° accessi PS totali
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	1.433	8,67	15.097	91,33	16.530
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	542	6,46	7.849	93,54	8.391
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	618	10,62	5.199	89,38	5.817
(Liv 3) Ospedale Passignano			666	100,00	666

I 114.500 accessi sono ripartiti in base al codice colore in: 0,90% rossi, 22,90% gialli, 66,69% verdi, 9,50% bianchi.

Accessi Pronto Soccorso per codice priorità – Anno 2015 (Fonte PSnet)

Strutture \ Indicatori	N° accessi PS in codice rosso	N° accessi PS in codice giallo	N° accessi PS in codice verde	N° accessi PS in codice bianco	N° accessi PS con codice nero	N° accessi PS totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	999	25.303	73.693	10.492	13	110.500
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	705	9.983	11.767	1.334	4	23.793
(Liv 3) Ospedale Umbertide	15	1.927	10.429	421		12.792
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	147	8.118	18.434	1.014	2	27.715
(Liv 3) Ospedale Assisi	36	1.731	10.067	2.959	3	14.796
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	67	2.147	11.200	3.116		16.530
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	19	616	6.641	1.112	3	8.391
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	10	757	4.520	529	1	5.817
(Liv 3) Ospedale Passignano		24	635	7		666

Nel 2015 il numero totale degli accessi è diminuito del **3,43%** rispetto all'anno precedente (114.419 nel 2014).



Per quanto concerne il Sistema dell’Emergenza-Urgenza (118), nel corso dell’anno 2015, le postazioni della USL Umbria n.1 hanno risposto con **19.449** trasporti.

Attività del 118: chiamate per codice priorità – Anno 2015 (Fonte C.O.)

Strutture \ Indicatori	n° trasporti 118 cod. rosso	n° trasporti 118 cod. giallo	n° trasporti 118 cod. verde	n° trasporti 118 cod. bianco	n° trasporti 118
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	3.345	9.991	6.096	17	19.449
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	601	1.785	1.231	6	3.623
(Liv 3) Ospedale Umbertide	253	862	503	1	1.619
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	674	1.887	1.257	3	3.821
(Liv 3) Ospedale Assisi	520	1.769	1.149	3	3.441
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	665	1.698	989		3.352
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	224	661	330	1	1.216
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	244	594	281	1	1.120
(Liv 3) Ospedale Passignano	164	735	356	2	1.257

Rispetto al 2014, le chiamate sono diminuite dell’**1,62%** (19.770 nel 2014).

Attività del 118: Andamento chiamate (Fonte C.O.)

Ospedali	2013	2014	2015
Città di Castello	3.494	3.758	3.623
Umbertide	1.514	1.492	1.619
Gubbio - Gualdo Tadino	3.649	4.002	3.821
Assisi	3.532	3.643	3.441
M.V.T.	3.256	3.541	3.352
Castiglione del Lago	1.234	1.217	1.216
Città della Pieve	992	976	1.120
Passignano	1.025	1.141	1.257
Totale	18.696	19.770	19.449

3.9. Attività ospedaliera “acquistata”

La USL Umbria n.1 è una Azienda Sanitaria territoriale che è in grado di erogare direttamente alla popolazione residente una larga parte di prestazioni, mentre la restante parte viene garantita da fornitori esterni pubblici e privati, il maggiore dei quali è l’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Nella tabella è riportato l’andamento complessivo dei ricoveri per residenti dal quale si evidenzia una flessione, rispetto al 2014, del 3,52% circa.

Dimessi residenti USL Umbria 1 per Azienda erogatrice

Strutture \ Indicatori	2013	2014	2015
USL Umbria n.1 (*)	29.335	28.301	26.027
USL Umbria n.2	4.705	4.794	4.854
AO Perugia	33.599	33.220	33.046
AO Terni	1.000	1.040	1.138
Case di Cura Private	2.678	3.256	3.063
Totale	71.317	70.611	68.128

La gestione economico-finanziaria dell'Azienda

La tabella che segue evidenzia i dati del bilancio d'esercizio 2015, relativi ai costi della produzione.

Costi della Produzione

Tipologia Costo	Consuntivo 2014		Consuntivo 2015		Differenza 2015-2014
	Importo	%	Importo	%	
Acquisti di beni	81.184.231	9,50	91.825.426	10,59	10.641.195
Acquisti di servizi sanitari	502.701.475	58,82	501.294.174	57,81	-1.407.301
Acquisti di servizi non sanitari	41.155.926	4,82	41.687.001	4,81	531.075
Manutenzione e riparazione	11.193.401	1,31	10.856.106	1,25	-337.295
Godimento di beni di terzi	4.099.062	0,48	3.600.500	0,42	-498.562
Costi del personale	194.596.132	22,77	195.997.485	22,60	1.401.353
Oneri diversi di gestione	2.978.399	0,35	3.060.884	0,35	82.485
Ammortamenti	9.568.672	1,12	9.983.011	1,15	414.339
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	400.000	0,05	1.400.000	0,16	1.000.000
Variazione delle rimanenze	1.216.617	0,14	-282.499	-0,03	-1.499.116
Accantonamenti	5.510.192	0,64	7.748.289	0,89	2.238.097
TOTALE COSTI PRODUZIONE	854.604.107	100,00	867.170.377	100,00	12.566.270

Nella tabella seguente sono riportati, invece, per completezza, gli oneri/proventi finanziari, straordinari, le imposte ed il risultato d'esercizio 2015.

CONTO ECONOMICO	consuntivo 2014	consuntivo 2015
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	13.984.321	14.457.849
PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
Interessi attivi ed altri proventi finanziari	20.373	9.157
Interessi passivi ed altri oneri finanziari	560.530	759.471
Totale	-540.157	-750.314
RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
Rivalutazioni	-	-
Svalutazioni	-	-
Totale	-	-
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
Proventi straordinari	2.363.943	1.140.473
Oneri straordinari	2.129.563	789.131
Totale	234.380	351.342
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	13.678.544	14.058.877
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
IRAP	13.115.077	13.375.642
IRES	413.143	644.562
Accantonamento a fondo imposte	-	-
Totale	13.528.220	14.020.204
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	150.324	38.673

I dati evidenziano che l'Azienda ha registrato un **utile di € 38.673** al 31/12/2015.

L'utile dell'esercizio è diminuito rispetto a quello dell'esercizio precedente, in quanto, avendo garantito l'equilibrio economico della gestione ed in assenza di perdite pregresse, si è direttamente provveduto a destinare per investimenti la somma di € 4.000.000, stornandola dai finanziamenti correnti, nel rispetto dei principi e delle direttive nazionali e regionali.

I costi della produzione dell'esercizio 2015, come risulta dalla tabella che precede, hanno subito, complessivamente un **incremento di € 12.566.270** rispetto all'anno 2014, pari al 1,47% in termini percentuali. Tale aumento è stato generato, in via principale, dall'incremento di € 10.900.176 della spesa per l'acquisto di prodotti sanitari e dall'aumento di € 1.821.226 della spesa per la farmaceutica convenzionata. Una significativa diminuzione dei costi, per € 4.623.378, si registra alla voce B)2 g) "Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera" a seguito della riduzione del global budget della mobilità passiva regionale, per € 2.735.196 e di una risuddivisione dei costi tra ricoveri e specialistica ambulatoriale; inoltre anche i costi per ricoveri in mobilità extraregionale hanno subito una diminuzione di € 1.700.000 rispetto al 2014.

I costi del personale hanno registrato un incremento complessivo di € 1.401.353, di cui € 925.861,37 per i costi dei dirigenti medici rispetto all'esercizio precedente. In particolare si rappresenta che la legge 23.12.2014, n. 190 ha determinato lo sblocco dei meccanismi contrattuali di incremento delle retribuzioni, con conseguente aumento della spesa per le dinamiche connesse all'erogazione dell'Indennità di Esclusività a favore della Dirigenza Sanitaria, nonché all'incremento dei fondi contrattuali connesso alla R.I.A. del personale cessato.

Si evidenzia, inoltre, che la diminuzione del costo del personale del comparto ruolo sanitario, per € 6.001.615, rispetto a quello del 2014 ed il correlato incremento del costo del personale del comparto ruolo tecnico per € 6.790.473,93 è da attribuire, prevalentemente, alla rettifica dell'allocazione del costo degli Operatori Socio Sanitari dal ruolo sanitario (dove era erroneamente imputato) al ruolo tecnico, a decorrere dalle retribuzioni del mese di novembre 2014.

Una significativa diminuzione di costi, pari al 12,2%, € 498.562 in termini assoluti, si registra anche alla voce B 5) "Godimento beni di terzi", dovuta, prevalentemente, alla diminuzione dei costi dei canoni di locazione passiva.

La gestione finanziaria presenta un lieve peggioramento per l'incremento degli interessi passivi sui mutui che sono gli unici oneri finanziari che gravano su questa Azienda.

Il risultato della gestione straordinaria rimane pressochè invariato in quanto sono diminuiti sia gli oneri che i proventi straordinari.

Le imposte sul reddito dell'esercizio risultano notevolmente aumentate per la parte che grava sugli utili delle società partecipate, in particolare di quelli di importo abbastanza rilevante dell'Istituto Prosperius Tiberino. Con la Legge di Stabilità 2015, infatti, il legislatore è intervenuto sul regime di tassazione dei dividendi percepiti dagli Enti non commerciali, modificando, con effetto retroattivo, l'art. 4 del D.lgs 344/2003.

In particolare il comma 655 ha stabilito che gli utili percepiti dagli Enti non commerciali, a far data dal 1° gennaio 2014 non saranno più tassati nella misura del 5% del loro ammontare, ma il loro ammontare fiscalmente rilevante sarà pari al 77,74%, incrementando così sensibilmente la tassazione degli Enti non commerciali, equiparandola a quella delle persone fisiche.

Analizzando il dettaglio dei costi per i quali sono fissati **tetti di spesa**, si evidenzia che:

- **Personale Dipendente:** grazie ad un'attenta politica di gestione delle risorse umane, l'Azienda, a fronte di un limite di spesa di € 173.994.799,88, ha sostenuto, nel 2015, un costo (calcolato in base alle disposizioni di cui alla circolare n. 9 del 17.02.2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato) di € 173.846.826,92, realizzando, pertanto, un'economia di € 147.972,96.
- **Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera :** La Regione Umbria, con deliberazione di Giunta n. 1383 del 03.11.2014, in sede di emanazione di indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del bilancio preventivo 2015, aveva stabilito per questa Azienda il limite complessivo della spesa farmaceutica in € 117.249.390, di cui € 17.811.621 per la Ospedaliera ed € 99.437.769 per quella Territoriale. La successiva delibera di Giunta 951 del 3/8/2015 ha aumentato di € 4.796.567 il limite complessivo, portandolo ad **€ 122.045.957**, stabilendo quello della Farmaceutica Territoriale in **€ 103.695.175** e quello della Ospedaliera in **€ 18.350.782**.
 - **Farmaceutica Territoriale:** La spesa per la farmaceutica territoriale dell'anno 2015 è risultata, a consuntivo, pari a € 106.374.859, superiore al limite assegnato dalla Regione Umbria per € 2.679.684. L'aumento principale è dovuto alla Distribuzione Diretta, con l'utilizzo di nuove terapie farmacologiche, quali principalmente il trattamento dell'Epatite cronica C, la terapia anti-trombotica con l'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali e, non ultimo, l'introduzione dei nuovi farmaci oncologici orali che man mano vanno a sostituire sempre di più le terapie tradizionali molto meno complianti per il paziente.
 - **Farmaceutica Ospedaliera:** La spesa per la farmaceutica ospedaliera è risultata pari ad € 22.229.598, superiore al limite assegnato dalla Regione Umbria per € 3.878.816. Il conto di costo che ha presentato maggiori criticità è quello per acquisto di "medicinali con AIC per la distribuzione diretta Classe H", che risente dell'elevata spesa per i farmaci maggiormente coinvolti che sono quelli utilizzati per le malattie rare, oncoematologici, inibitori del fattore di necrosi tumorale. Si evidenzia inoltre che nel corso del 2015 è in corso un'evoluzione terapeutica per cui come già detto in premessa, farmaci precedentemente somministrati per via endovenosa in ambiente ospedaliero, ora vengono gestiti attraverso innovative terapie orali ribaltando così i costi a livello delle ASL Territoriali. Le stesse Aziende Ospedaliere invece che procedere attraverso le vie della compensazione emettono piani terapeutici direttamente sul Territorio.
- **Dispositivi Medici:** il limite, in attesa di specifiche indicazioni da parte della Regione, è stato valutato così come viene definito dalla normativa ed è risultato pari a **€ 34.363.311** (4,4% FSR). La spesa per i dispositivi medici è risultata, nel 2015, pari a € 19.181.002, nettamente inferiore al limite.
- **Prestazioni Sanitarie da Privato:** L'art. 15, comma 14 della legge 135 del 7/8/2012 (spending review) stabilisce che nel 2015 ai contratti per prestazioni sanitarie da privati per l'assistenza specialistica ed ospedaliera si applica una riduzione del 2% rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011. Il tetto di spesa 2015 di questa Azienda è stato quantificato in **€ 38.591.850**. La spesa sostenuta nel 2015 ammonta ad € 37.608.272, pertanto il limite è stato ampiamente rispettato.

L'art. 9 quater comma 7 della legge n. 125/2015, ha previsto, per l'anno 2015, un ulteriore tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale pari al valore

complessivo della spesa consuntivata anno 2014 ridotta di almeno l'1%; tale tetto di spesa è stato quantificato per un importo complessivo di **€ 4.466.181**. La spesa per gli accordi contrattuali sottoscritti con le Strutture private accreditate per prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 è risultata essere pari ad € 4.404.033,93; il tetto di spesa ex art. 9 quater comma 7 legge n. 125/2015 risulta essere, pertanto, rispettato con una minore spesa di € 62.147,07.

Infine, se si considera la riclassificazione dei costi sostenuti dall'Azienda articolandoli per livello di assistenza, risulta che il **5% circa è stato destinato alle attività di prevenzione, il 57% a quelle distrettuali ed il 38% a quelle ospedaliere.**

LEA	2014	2015
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5%	5%
Assistenza distrettuale	56%	57%
Assistenza ospedaliera	39%	38%

Per quanto riguarda il livello assistenziale "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" la percentuale di risorse ad esso dedicata risulta in linea con le indicazioni della programmazione nazionale.

L'analisi dei dati evidenzia, da un lato, un incremento dei costi dell'assistenza distrettuale e, dall'altro, una riduzione di quelli dell'assistenza ospedaliera per acuti riconducibili a:

- incremento costi della distribuzione diretta di farmaci per nuove terapie farmacologiche come specificato precedentemente;
- trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche e di attività considerate non appropriate se erogate in regime di degenza (ricoveri in Day Hospital per finalità diagnostiche, ricoveri medici in aree chirurgiche ecc.);
- messa a regime della riconversione, effettuata nel corso del 2014, di alcuni Posti Letto delle Medicine degli Ospedali Aziendali in Residenze Sanitarie Assistite (RSA);
- riorganizzazione dell'area materno-infantile con chiusura dei Punti Nascita di Assisi e Castiglione del Lago e contestuale potenziamento della rete territoriale dei Consultori Materno-Infantili.