

# **RELAZIONE** **OBIETTIVI 2014**

*(DGR 1007 del 04/08/2014)*

## Premessa

Con Legge Regionale del 12/11/2012 n. 18 “*Ordinamento del Servizio sanitario Regionale*” è stato istituito, dal 1 gennaio 2013, il nuovo soggetto giuridico “**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1**”, nato dalla fusione, per unione, della USL n. 1 e della USL n. 2 dell’Umbria e subentrato, per il disposto di cui all’art. 60 della citata normativa regionale, in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle ex Aziende.

L’anno 2014 è stato, pertanto, per l’Azienda, il secondo anno dalla sua costituzione. In tale periodo è stato necessario completare il processo di definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale, nonché proseguire nella unificazione delle procedure operative gestionali in essere nelle precedenti USL.

Il nuovo modello organizzativo dell’Azienda, definito con le Delibere n. 882/2013, n. 951/2013 (rettificata con delibera n. 999/2013) e 1074/2013, è stato 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.

Successivamente, con specifici atti deliberativi, sono stati nominati i Direttori dei neocostituiti Dipartimenti, dando loro mandato di predisporre una proposta di riorganizzazione dei rispettivi Dipartimenti improntata al raggiungimento dell’obiettivo di complessiva razionalizzazione e con particolare riguardo alla riduzione delle strutture semplici, in applicazione di quanto previsto dall’art. 12 comma1 lettera b del Patto per la Salute e dalla D.G.R. Umbria n.1777/2012.

E’ importante sottolineare che la neo costituita Azienda si è trovata ad operare, per il 2014, in un contesto di risorse limitate a fronte di bisogni di salute in crescita soprattutto vista la progressiva evoluzione di un ospedale sempre più per acuti con patologie complesse e quindi ad alto assorbimento di risorse e un incremento costante della domanda assistenziale, in particolare della popolazione anziana e disabile.

L’impegno, quindi, è stato quello di cercare di ottimizzare e razionalizzare in tutti i modi l’utilizzo delle risorse disponibili orientando le scelte verso le aree di attività considerate prioritarie per la salute e il benessere della popolazione di riferimento.

**Nell’esercizio 2014, l’Azienda USL Umbria n. 1 ha conseguito, come nell’esercizio precedente, 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.

Il confronto tra i costi a preventivo 2014 e quelli a consuntivo non è significativo in quanto il finanziamento regionale di cui alla DGRU n. 1199 del 28/10/2013, in conformità alla quale questa Azienda ha predisposto il preventivo economico 2014 approvato con delibera n. n. 960 del 28/11/2013, ha subito delle integrazioni con successive Deliberazioni di Giunta (n. 944 del 28/7/2014; n. 1768 del 22/12/2014 e n 155 del 18/2/2015, per la sanità penitenziaria) per

complessivi € 5.996.507. Parimenti, sempre nel corso dell'esercizio 2014 hanno subito delle rilevanti modifiche anche i costi per mobilità intraregionale in global budget, per € 3.250.000.

**E' importante sottolineare che il risultato positivo della gestione 2014 è stato raggiunto, mantenendo gli elevati e qualificati livelli di assistenza che connotano il Servizio Sanitario della Regione Umbria, mediante il recupero di margini di efficienza in un ottica di razionalizzazione e riorganizzazione, finalizzata al contenimento dei costi generali di gestione, in osservanza ai principi della spending review.**

A titolo esemplificativo, si possono citare le razionalizzazioni dei costi per il servizio di riscaldamento "contratto calore", di ristorazione, di lavanderia, di pulizie degli spazi non adibiti ad attività sanitarie e per il servizio manutenzione immobili, ottenute attraverso mirate azioni riorganizzative ed interventi di rinegoziazione dei contratti, iniziati nell'esercizio precedente e che sono proseguiti anche nel 2014.

**Anche dal punto di vista finanziario la gestione aziendale ha garantito l'equilibrio durante l'intero esercizio 2014**, fornendo una adeguata copertura dei fabbisogni finanziari, sia fissi che variabili, che si sono manifestati nel periodo di riferimento e permettendo di far fronte agli impegni e alle obbligazioni nei termini normativamente o contrattualmente previsti.

Nella programmazione annuale delle attività e delle risorse, così come nel monitoraggio trimestrale dell'andamento gestionale, si è dato massimo rilievo alle direttive nazionali e regionali in materia di sanità e tale strategia operativa è stata condivisa dai dirigenti e da tutti i collaboratori.

Nello specifico del ciclo programmatorio, per l'anno 2014, la programmazione delle attività e delle risorse è stata avviata nel mese di novembre 2013 e si è conclusa con le negoziazioni effettuate nei mesi di febbraio e marzo 2014 dopo l'avvenuta nomina dei Direttori di Dipartimento (Delibera Direttore Generale n. 300 del 08/04/2014).

Grazie al costante monitoraggio dell'andamento dei costi e dei ricavi aziendali e alla gestione degli acquisti dei fattori produttivi operata sempre mediante l'inserimento degli ordini sul sistema SAP a valere sui budget economici, questa Azienda ha prontamente adeguato i budget economico e le proiezioni di ricavo al fine di garantire il mantenimento dell'equilibrio economico della gestione.

Di seguito sono riportati i risultati raggiunti con riguardo agli obiettivi di cui alla DGR 1007 del 04/08/2014 assegnati alla USL Umbria n.1 per l'anno 2014.

**Obiettivo 1: Percorso di Monitoraggio degli indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria da inserire nel Network di Regioni coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa**

Per quanto riguarda gli indicatori riportati nella tabella seguente, si riportano i dati forniti dalla Regione con nota prot. 80405 del 03/06/2015.

INDICATORI		Umbria		USL Umbria n.1		
		2013	2014	2013	Valori attesi 2014	Risultato 2014
<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>					
<b>C1.1</b>	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	153,89	150,21	151,36	<b>&lt;=151,36</b>	<b>148,13</b>
<b>C3</b>	<b>Efficienza pre-operatoria</b>					
<b>C3</b>	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	1,08	1,08	0,72	<b>&lt;1</b>	<b>0,64</b>
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>					
<b>C4.8</b>	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti	264,42	243,26	233,89	<b>&lt;=233,89</b>	<b>211,58</b>
<b>C14.2</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	26,09	11,40	16,86	<b>&lt;=16,86</b>	<b>13,18</b>
<b>C14.3</b>	% ricoveri ordinari medici brevi	22,31	21,26	16,31	<b>&lt;=16,31</b>	<b>14,73</b>
<b>C14.4</b>	% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	3,63	3,47	2,47	<b>&lt;=2,47</b>	<b>2,19</b>
<b>C4</b>	<b>Appropriatezza Chirurgica</b>					
<b>C4.1</b>	% DRG medici da reparti chirurgici	20,01	19,46	16,21	<b>&lt;=16,21</b>	<b>14,96</b>
<b>C4.7</b>	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	44,02	43,86	53,53	<b>&gt;=53,53</b>	<b>51,98</b>
<b>C5</b>	<b>Qualità clinica</b>					
<b>C5.2</b>	% fratture femore operate entro 2 gg	48,89	52,43	58,36	<b>&gt;=58,36</b>	<b>66,09</b>
<b>C8a</b>	<b>Integrazione ospedale-territorio</b>					
<b>C8a.2</b>	% pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni	6,77	6,73	6,88	<b>&lt;=6</b>	<b>6,62</b>
<b>C11a</b>	<b>Efficacia assistenziale delle patologie croniche</b>					
<b>C11a.2.4</b>	Tasso di ricovero per amputazioni maggiori per diabete per milioni di residenti	80,39	69,39	77,46	<b>&lt;=77,46</b>	<b>78,97</b>
<b>C11a.3.1</b>	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (età 50-74)	99,12	86,37	109,88	<b>&lt;=99,12</b>	<b>82,51</b>
<b>F12a</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>					
<b>F12a.2</b>	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizanti)	82,05	84,50	80,98	<b>&gt;=82,05</b>	<b>83,23</b>

Si sottolinea che i valori registrati nel 2014 sono, per la maggior parte degli indicatori, estremamente positivi. Modeste criticità si sono registrate soltanto per i seguenti indicatori:

- *Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery*: valore inferiore al target ma nettamente superiore alla media regionale;
- *% pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni*: valore lievemente superiore al target assegnato ma inferiore alla media regionale;
- *Tasso di ricovero per amputazioni maggiori per diabete per milioni di residenti*: valore superiore sia al target assegnato, sia alla media regionale.

## **Obiettivo 2: Adozione provvedimenti per la governance del Servizio sanitario regionale**

### **Azione 2.1: Completamento processo di attivazione dipartimenti ospedalieri unici aziendali**

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).**

Sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale, i Presidi Ospedalieri sono stati organizzati in Dipartimenti, al fine di migliorare l'equità, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficienza dei servizi e la produttività, nonché assicurare il contenimento della spesa sanitaria.

Pertanto, nel corso dell'anno 2013, si è provveduto, anche sulla base delle indicazioni della D.G.R. n. 910 del 29/07/2013, a definire l'assetto organizzativo dei Dipartimenti della neocostituita Azienda USL Umbria n.1.

Tale riassetto dipartimentale, che ha comportato una profonda rivisitazione della complessiva organizzazione dell'Azienda, è stato adottato con la Delibera del Direttore Generale n. 915 del 19/11/2013.

In particolare, i Dipartimenti gestionali Ospedalieri istituiti 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.**

Successivamente, dopo l'effettuazione delle elezioni, con l'atto n. 1074 del 24/12/2013, sono stati istituiti i **Comitati di Dipartimento Aziendali Ospedalieri**, nonché rettificati gli assetti dei Dipartimenti Medico e Oncologico e Materno Infantile.

Con delibere n. 128 e n. 132 del 18 febbraio, n.135 del 20 febbraio, n.153 del 21 febbraio, n. 160 del 24 febbraio, n. 171 del 27 febbraio e n. 279 del 2 aprile, sono stati nominati i Direttori dei neo costituiti Dipartimenti Ospedalieri.

Contestualmente alla nomina, ai Direttori è stato assegnato il compito di definire una proposta di riorganizzazione dei rispettivi Dipartimenti improntata al raggiungimento dell'obiettivo di complessiva razionalizzazione e con particolare riguardo alla riduzione delle Strutture Semplici in applicazione di quanto previsto dall'art. 12 comma1 lettera b del Patto per la Salute del 3/12/2009 e dalla D.G.R. Umbria n.1777/2012.

La definizione dei nuovi assetti organizzativi dipartimentali, nonché degli organigrammi degli incarichi dirigenziali, è stata adottata con i seguenti atti deliberativi:

- Dipartimento di Chirurgia Generale atto n. 834 del 6/10/2014;
- Dipartimento di Chirurgia Specialistica atto n. 835 del 6/10/2014;
- Dipartimento Medicine Specialistiche atto n. 909 del 23/10/2014;
- Dipartimento Materno Infantile atto n. 883 del 16/10/2014;
- Dipartimento dei Servizi atto n. 888 del 16/10/2014;
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione atto n. 889 del 17/10/2014;
- Dipartimento Medico Oncologico atto n. 978 del 12/11/2014;

L'assetto organizzativo è stato definitivamente consolidato attraverso l'assegnazione di obiettivi e risorse con la Delibera del Direttore Generale n. 300 del 08/04/2014 *"Programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti (Budget) Anno 2014 - Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali"*.

## Azione 2.2: Completamento processo di attivazione dipartimenti territoriali unici aziendali per Salute mentale e Dipendenze

Con la Delibera del Direttore Generale n. 915 del 19/11/2013 sono stati istituiti il Dipartimento Salute Mentale ed il Dipartimento Dipendenze.

Al primo afferiscono le seguenti UO:

- U.O.C. Centro Salute Mentale Alto Tevere e Alto Chiascio;
- U.O.C. Area Territoriale Est;
- U.O.C. Area Territoriale Ovest;
- U.O.C. Area Territoriale Sud;
- U.O.S.D. Degenza Psichiatrica a Direzione cd. Ospedaliera.

Al Dipartimento Dipendenze afferiscono le seguenti UO:

- U.O.C. Ser.T. Alto Tevere;
- U.O.C. Ser.T. Perugino;
- U.O.S.D. Ser.T. Assisano;
- U.O.S.D. Ser.T. MVT;
- U.O.S.D. Ser.T. Trasimeno;
- U.O.S.D. Goat – Alcologia;
- U.O.S.D. Servizio Tossicodipendenze Alto Chiascio;
- U.O.S.D. Servizio di Alcologia Alto Chiascio.

Successivamente, dopo l'effettuazione delle elezioni, con l'atto n. 1074 del 24/12/2013, è stato istituito il Comitato del Dipartimento Dipendenze, nonché rettificato il suo assetto organizzativo.

## Azione 2.3: Completamento dell'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione finalizzato alla piena attuazione delle disposizioni regionali

Dopo l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione con le Delibera del Direttore Generale n. 915 del 19/11/2013 e n. 1074 del 24/12/2013, è stato nominato il Direttore del neo costituito Dipartimento (delibera n. 127 del 18 febbraio), invitandolo a far pervenire, alla Direzione Generale, una proposta di riorganizzazione del Dipartimento stesso improntata al raggiungimento dell'obiettivo di complessiva razionalizzazione e con particolare riguardo alla riduzione delle Strutture Semplici in applicazione di quanto previsto dall'art. 12 comma1 lettera b del Patto per la Salute del 3/12/2009 e dalla D.G.R. Umbria n.1777/2012.

La definizione del nuovo assetto organizzativo dipartimentale, nonché degli organigrammi degli incarichi dirigenziali, è stata adottata con l'atto n.885 del 16/10/2014.

Nello specifico, il Dipartimento di Prevenzione è stato articolato nelle seguenti **macroaree**:

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

Alla macroarea Sanità Pubblica afferiscono le seguenti UO:

- U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.);
- U.O.S.D. Epidemiologia.

Alla macroarea Prevenzione nei Luoghi di Lavoro afferiscono le seguenti UO:

- 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 le seguenti UO:

- 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 i seguenti servizi:

- 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.

L'assetto organizzativo è stato definitivamente consolidato attraverso l'assegnazione di obiettivi e risorse con la Delibera del Direttore Generale n. 300 del 08/04/2014 *"Programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti (Budget) Anno 2014 - Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali"*.

#### **Azione 2.4: Processo di revisione strutture semplici**

La riorganizzazione citata nelle Azioni 2.1, 2.2 e 2.3 ha comportato, complessivamente, una **riduzione di 22 strutture semplici (10%)** rispetto alle 229 coperte al 19/3/2014, dopo l'avvenuta unificazione delle due ex USL n. 1 e n. 2 dell'Umbria.

#### **Azione 2.5: Completamento processo di accreditamento dei servizi trasfusionali ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 e 25/07/2012**

Nel corso del 2014, è stato **conseguito l'accreditamento del Servizio Immuno-Trasfusionale (SIT) e Unità Raccolta Sangue (U.R.S.) dell'Azienda USL Umbria n.1** secondo il seguente percorso:

- ridefinizione del modello organizzativo dei servizi trasfusionali a seguito della unificazione aziendale (Delibera n. 934 del 30/10/2014) e susseguente individuazione del Responsabile del Servizio Immuno-Trasfusionale Aziendale e del Responsabile della Qualità della UO;
- verifica ed adeguamento ai requisiti richiesti dalla specifica normativa regionale e nazionale, con la collaborazione del Responsabile del Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia;
- completamento del percorso di accreditamento istituzionale nei tempi previsti, attraverso il rinnovo dell'accreditamento del SIT di Città di Castello e della U.R.S. di Branca ed il rilascio di nuovo accreditamento istituzionale delle altre 6 U.R.S. (Castiglione del Lago, Città della Pieve, Passignano, Assisi, Pantalla, Umbertide).
- rilascio dell'accreditamento istituzionale a seguito di visita di audit effettuata il 15/12/2014 con D.D. Regionale 10995 del 23/12/2014.

#### **Azione 2.6: Adozione Regolamento Aziendale A.L.P.I.**

A seguito dell'emanazione di nuove disposizioni normative di cui alla L. 120/2007 e s.m.i., la Regione Umbria ha approvato, con Delibera di Giunta Regionale n.402 del 15.4.2014, l'atto di indirizzo per la predisposizione dei regolamenti aziendali in materia di libera professione.

In considerazione della necessità di uniformare la regolamentazione aziendale alle intervenute disposizioni normative, sulla base delle indicazioni regionali, è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 740 del 05/09/2014 un **nuovo Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) dei dirigenti dipendenti e degli specialisti convenzionati interni.**

Inoltre, come previsto dal sopracitato regolamento, è stato istituito un **ufficio unico in ambito aziendale per la gestione di tutti gli aspetti organizzativi, amministrativo contabili e di controllo dell'ALPI.**

Successivamente, con Delibera del Direttore Generale n. 218 del 24/02/2015, è stato costituito l'**Organismo di Promozione e Verifica dell'ALPI**, di cui al al DPCM 27.3.2000.

### **Azione 2.7: Avvio a regime del progetto di autorizzazione del rischio sanitario approvato con DGR n. 1775/2012 (Rispetto della tempistica di gestione stragiudiziale del contenzioso prevista dal progetto)**

In esecuzione del progetto Regionale approvato con DGR n. 1775/2012, a decorrere dal 27 ottobre 2013, è stato attivato un regime di autorizzazione del rischio sanitario, ripartito in tre fasce in relazione al valore stimato del sinistro (Fascia di riferimento), il quale affida la gestione del sinistro a diversi soggetti:

- I FASCIA: l'Azienda Sanitaria interessata gestisce autonomamente il sinistro fino alla liquidazione (quando lo stesso ha un valore fino ad € 70.000,00);
- II FASCIA: l'istruttoria è svolta dall'Ufficio dell'Azienda coinvolta, mentre la trattazione del sinistro è effettuata dalla Struttura sovraziendale regionale (valore del sinistro da € 70.001,00 fino ad € 800.000,00);
- III FASCIA (Catastrofale): l'istruttoria è svolta dall'Ufficio dell'Azienda coinvolta, mentre il sinistro viene aperto tramite l'A.O. di Perugia presso la Compagnia Assicuratrice (valore del sinistro oltre € 800.000,00).

Dalla data di avvio del Progetto di Autorizzazione (27/10/2013) al 31/12/2014 sono stati aperti dall'Ufficio Assicurazioni dell'Azienda USL n.1 **91 Sinistri** di cui: **59 Sinistri di Prima Fascia; 21 Sinistri di Seconda Fascia; 11 Sinistri Catastrofali.**

Per quanto riguarda i 59 sinistri aperti di Prima Fascia (alla data del 31.12.2014), risultano **18 Sinistri Aperti e 41 Sinistri Definiti** (attraverso Liquidazione/Reiezione): la percentuale di Sinistri definiti entro 270 gg (solari) risulta essere, pertanto, del **69,5%**.

Si evidenzia che, oltre ai casi sopraindicati, risultano pervenute 12 richieste risarcitorie, che non hanno avuto alcun seguito, stante la mancata autorizzazione al trattamento dei dati da parte dell'interessato.



### **Obiettivo 3: Osservanza indirizzi regionali per appropriatezza organizzativa sanitaria e clinica**

#### **Azione 3.1: Implementazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per malattie tempo-dipendenti in pazienti con infarto miocardico acuto, ictus e trauma grave (Attuazione delle direttive regionali di cui alla D.G.R. n.978/2013, D.G.R. n.158/2014, D.G.R. n.159/2014)**

Gli ospedali regionali sono classificati in base alle loro caratteristiche in: Ospedali sede di DEA di 2° livello; Ospedali sede di DEA di 1° livello; Ospedali Territoriali.

Tale classificazione è alla base del sistema di emergenza-urgenza in quanto definisce i livelli assistenziali assicurati da ogni snodo della rete ospedaliera regionale.

#### **Percorso dolore toracico e SCA:**

Da anni è ormai attivo un percorso specifico per il dolore toracico sia all'interno dei Pronto Soccorso Aziendali sia in fase extraospedaliera con teletrasmissione dell'ECG ed eventuale esecuzione di cardioenzimi già in ambulanza con sistema POCT. Tale percorso tende a ridurre il ritardo evitabile trasportando direttamente il paziente con SCA all'HUB di riferimento. La gestione di questi pazienti pertanto viene effettuata in base alla delibera regionale 978 del 9/9/2013.

#### **Percorso ICTUS:**

Durante il 2014 sono stati effettuati vari incontri tra Pronto Soccorso e Neurologia Aziendale al fine di codificare un percorso per l'ictus che preveda:

- fase pre-ospedaliera (Medico di Medicina Generale, Medico di Continuità Assistenziale, Medico del 118);
- fase ospedaliera (Pronto Soccorso e Unità di ricovero per acuti e di riabilitazione);
- fase post-ospedaliera (assistenza domiciliare integrata, riabilitazione in strutture protette).

L'attuale procedura utilizzata in ambulanza prevede:

- visita e Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)
- misurazione dei parametri vitali completi e se necessario stabilizzare il paziente sec. ABCDE
- accesso venoso e prelievi ematici (se possibile)
- ECG
- questionario per trombolisi
- determinazione tempo di insorgenza
- allertamento ospedale accettante per TC, consulto neurologico/neurochirurgico

In Pronto Soccorso si procede a:

- valutazione immediata ABC e altri segni vitali
  - linee guida RCP sec IRC o AHA,
  - monitoraggio di PA, FC, SaO<sub>2</sub>, Temp.);
- valutazione clinica generale
  - anamnesi in 118 o PS con rilevamento temporale di esordio;
  - prelievo o invio del prelievo effettuato in ambulanza: emocromo, profilo biochimico, elettroliti, proteine totali, tempo di protrombina, aptt;

- determinazione del livello di coscienza, di presenza di asimmetrie evidenti e della presenza di segni meningei;
- definire il più accuratamente possibile (con approssimazione  $\pm 30$  minuti) l'ora di esordio dei sintomi;
- inviare il paziente in Radiologia per TC cerebrale urgente
- inviare il Neurologo in Radiologia
- da parte del Neurologo confermare che la causa del deficit neurologico sia di natura vascolare;
- misurare la gravità del quadro clinico (possibilmente mediante l'uso di scale neurologiche quali la National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS versione italiana) a fini prognostici e del monitoraggio clinico successivo;
- definire il territorio arterioso (carotideo o vertebrobasilare) ai fini diagnostici, prognostici e terapeutici e tentare la definizione del sottotipo patogenetico;
- valutare la potenziale evoluzione spontanea in peggioramento o in miglioramento, definire precocemente il rischio di complicanze mediche o neurologiche e riconoscerle al fine di prevenirle e trattarle adeguatamente ed avviare in maniera tempestiva la terapia più appropriata. (SPREAD 2012).
- Acquisire il consenso informato per la trombolisi

### **Percorso TRAUMA:**

Sono stati definiti i criteri relativi alla identificazione del trauma maggiore ed evidenziati i criteri per effettuare la centralizzazione sia primaria che secondaria dopo aver eseguito sull'evento la stabilizzazione del paziente secondo il protocollo ABCDE – Primary survey e secondary survey, definendo tutte le azioni da compiere sulla scena, durante il trasporto e in PS.

### **Azione 3.2: Definizione programmazione integrata tra Aziende territoriali e ospedaliere per il percorso nascita (Attuazione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n.1344/2013)**

L'assistenza al "*Percorso Nascita*" rappresenta un tema di rilevanza strategica per la tutela della salute della donna e del bambino. E', infatti, un programma rivolto alle donne in gravidanza e alla coppia per accompagnarle dall'inizio della gravidanza fino al primo anno di vita del bambino, garantendo assistenza ma anche sostegno ed ascolto alla donna ed alla coppia stessa.

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, ha definito 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 1344/2013 ha dato 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.

Considerato quanto sopra riportato:

- con Delibera del Direttore Generale n. 561 del 27/06/2014 sono stati preadottati i Progetti di riorganizzazione dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio e di riqualificazione dell'Ospedale di Assisi;
- con Delibera del Direttore Generale n. 644 del 18/07/2014, è stato adottato il **“Protocollo d'intesa tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 e l'Azienda Ospedaliera di Perugia - Rete Punti Nascita”** che prevede la costituzione di una struttura integrata **“Area Funzionale Omogenea Interaziendale”** (AFOI) in cui confluiscono i PN di Castiglione del Lago e della Media Valle del Tevere.

Successivamente, con Delibera del Direttore Generale n. 653 del 24/07/2014, si è proceduto all'**adozione definitiva dei Progetti di riorganizzazione dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio e di riqualificazione dell'Ospedale di Assisi.**

Nello specifico il Progetto di riorganizzazione dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio:

- ha definito il nuovo modello organizzativo dei Servizi, con individuazione dei Punti Nascita di 1° Livello prevedendo la chiusura del Punto Nascita di Assisi;
- ha strutturato il “Percorso Nascita” come programma di continuità assistenziale integrata tra Ospedale e Territorio, prevedendo l'integrazione tra il Consultorio Familiare e le Strutture Ospedaliere di Ostetricia Ginecologia e di Pediatria e tra le Strutture Ospedaliere di 1° Livello e quella di 2° Livello dell'Azienda Ospedaliera di Perugia;
- ha definito, per la chiusura del PN di Assisi, un percorso articolato, volto a garantire la necessaria continuità assistenziale con il monitoraggio delle gravidanze in carico, l'informativa specifica e puntuale relativa ai Punti Nascita presenti sul territorio, una comunicazione efficace ed un sostegno importante alle donne da parte degli operatori sanitari.

**Il PN di Assisi ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2014 ed è stato attivato il Centro Donna di Assisi il cui assetto organizzativo è stato definitivamente sancito con la Delibera del Direttore Generale n. 1101 del 17/12/2014.**

**[Azione 3.3: Sviluppo e implementazione delle attività di Risk Management \(Attuazione degli indirizzi della D.G.R. n.88/2014: Adozione Piano di attività di Risk management e mappatura dei rischi\)](#)**

In via preliminare, si evidenzia che, con delibera 139 del 21/02/2013, è stato deciso di mantenere la **UOS Risk Management** già presente nella ex USL n.2 estendendone l'attività a tutta la nuova Azienda USL Umbria n.1 e ne è stato individuato il Responsabile.

Al fine di facilitare la diffusione della cultura del rischio clinico e di porre in essere azioni efficaci e diffuse in tutta l'Azienda oltre che di poter monitorare con maggiore facilità tutti i Servizi anche Territoriali della USL Umbria n.1, con Delibera del Direttore Generale n. 1173 del 29/12/2014, è stata istituita la **Rete Aziendale del Rischio Clinico**, insediatasi e riunitasi per la prima volta in data 6/11/2014, costituita da operatori afferenti ad ogni Dipartimento/Presidio/ Servizio Territoriale.

Compito dei Referenti della rete è di fare da collante fra gli operatori delle varie strutture aziendali e la UOS Risk Management, promuovendo la diffusione di procedure e protocolli, nonché la sorveglianza degli eventi che espongono i pazienti/utenti a rischi connessi all'attività clinico-assistenziale.

Con Delibera del Direttore Generale n. 306 del 16/03/2015 è stato adottato il **Piano di Attività Risk Management 2015- 2017 e si è preso atto delle attività realizzate nel 2014.**

In sintesi, nel corso del 2014 le principali attività di Risk Management portate avanti hanno riguardato le seguenti aree:

- a) gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella;
- b) sicurezza in sala operatoria;
- c) sorveglianza, prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere;
- d) gestione e tenuta della documentazione clinica;
- e) appropriatezza e sicurezza delle cure attraverso studi epidemiologici, protocolli e procedure operative.

#### **a) Gestione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella**

- Elaborazione Procedura Incident Reporting

Per favorire le segnalazioni spontanee di eventi avversi/sentinella e/o near miss, è stata elaborata, approvata ed implementata attraverso corsi di formazione ai referenti della rete e ad altre aree che ne hanno fatto formale richiesta, la Procedura Aziendale **“PGA 25 Incident Reporting”**.

- Creazione del supporto informatico disponibile online per la segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

La UOS Risk Management ha elaborato una scheda informatizzata e una Istruzione Operativa che ne codifica l'utilizzo, per la segnalazione degli eventi avversi che consente non solo l'invio immediato delle segnalazioni da tutti i Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali dell'Azienda, ma anche la creazione di una banca dati utile per una agevole e mirata elaborazione dei dati. Tale Istruzione è stata inserita nella Procedura Aziendale **“PGA 25 Incident Reporting”**.

Nelle giornate del 02/02/2015 e del 09/02/2015, presso il Centro di Formazione Aziendale di Perugia, si è tenuto il corso di formazione per i Referenti della Rete del Rischio Clinico per illustrare come si accede alla scheda, come deve avvenire la compilazione e quali report si possono effettuare per monitorare gli eventi avvenuti in ogni UO, Servizio Territoriale, Dipartimento e/o singolo Ospedale.

Grazie a quanto rilevabile dai report della procedura, è possibile pianificare interventi mirati dopo individuazione degli ambiti più critici. Si tratta pertanto di un sistema sia reattivo, perché una volta segnalato l'evento è obbligatoria l'organizzazione di un audit di tipo SEA o RCA a seconda della tipologia dell'evento (illustrato nella procedura), che proattivo perché la archiviazione dei dati permette l'elaborazione di statistiche per individuare gli ambiti più critici dove implementare azioni di miglioramento.

#### **b) Sicurezza in Sala Operatoria**

- Elaborazione di una FMEA del Blocco Operatorio

Al fine di applicare la metodologia FMEA nel modo più funzionale, utile ed operativo possibile, tale strumento è stato utilizzato nell'ambito di un nuovo progetto già sperimentato all'interno del blocco operatorio delle Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni ossia un Laboratorio formativo accreditato ECM, denominato *“Palestra di miglioramento rapido del blocco operatorio: Le competenze per lo sviluppo organizzativo secondo le logiche della LEAN ORGANIZATION”*.

Il modello organizzativo chiamato *“organizzazione snella”* o *“lean organization”*, sperimentato nella settimana del 24-28 novembre 2014 con personale afferente da vari Presidi dell' USL Umbria n.1 nel Blocco Operatorio di Città di Castello, consiste nell'implementazione del *“miglioramento rapido”*, ovvero, in azioni di sviluppo organizzativo mirate e circoscritte ad un determinato ambito.

Nell'ambito del progetto pilota, è stata effettuata una prima giornata di preparazione seguita da una settimana di realizzazione proprio all'interno del blocco operatorio di Città di Castello.

La tecnica, già sperimentata e validata a livello internazionale, è stata applicata inizialmente nel blocco operatorio dell'Ospedale di Città di Castello, ma ogni singolo rappresentante del gruppo di lavoro, costituito da operatori di diversa estrazione territoriale, potrà apportare tale modalità in tutti i blocchi operatori aziendali.

Nella giornata di presentazione del progetto, tenutasi il 30/3/2015 a Villa Umbra sono stati presentati i risultati della sperimentazione.

E' stato inoltre realizzato un corso di formazione inserito nel Piano Formazione 2014 rivolto a Coordinatori Infermieristici della USL e si è articolato nelle seguenti edizioni: 3/12/2014 presso Sala Coli di Città di Castello, 25/11/2014 presso l'Auditorium Gubbio- Gualdo Tadino

Grazie alle competenze acquisite durante il corso, tutti gli operatori potranno effettuare una FMEA ognuno nel proprio ambito di pertinenza.

### **c) Sorveglianza, Prevenzione e Gestione delle Infezioni Ospedaliere**

Ogni Presidio Ospedaliero Aziendale ha effettuato 2 indagini di Prevalenza delle Infezioni Ospedaliere, la prima in data 8/05/2014 e la seconda in data 6/11/2014 cioè nei giorni indicati come indice per lo studio dalla UOS Risk Management.

Sono state prese in esame tutte le cartelle dei pazienti degenti nelle strutture ospedaliere aziendali da almeno 48 ore, ed è stato utilizzato, per la raccolta dati, il Software INF-NOSS, che permette archiviazione ed elaborazione dei dati registrati nei singoli ospedali.

Inoltre, al fine di standardizzare le terapie nei pazienti ospedalizzati, contrastare lo sviluppo delle multiresistenze e promuovere la sicurezza nella somministrazione delle cure, è stata elaborata ed implementata la **Procedura Aziendale "PGA26 terapia antibiotica empirica nei pazienti ospedalizzati"**.

### **d) Gestione e Tenuta della Documentazione Clinica**

#### ▪ Consenso Informato

In collaborazione con la UO Sviluppo Qualità e Comunicazione è stata redatta la **Procedura Aziendale “PGA07 gestione consenso informato”**.

Inoltre, in data 23/6/2014, è stato organizzato, in collaborazione con la U.O. Formazione e la società scientifica AIPaCMeM, il Convegno *“Ragioni e questioni in tema di Consenso Informato”* presso la Sala dei Fasti, Palazzo Vitelli a Città di Castello. Hanno aderito e relazionato nel corso della giornata formativa numerosi esperti del tema e del settore fra cui il Professor Giuseppe

Severini, Giudice Presidente di Sezione del Consiglio di Stato, con il quale è stato possibile un confronto diretto attraverso una tavola rotonda durante la quale molti dei partecipanti hanno avuto la possibilità di rivolgere al Giudice e a tutti gli altri esperti domande specifiche sulla materia.

▪ Cartella Clinica

In collaborazione con la UO Sviluppo Qualità e Comunicazione è stata redatta la **Procedura Aziendale “PGA06 gestione cartella clinica”**, con lo scopo di:

- definire le responsabilità e le modalità di gestione della cartella clinica e dei documenti sanitari in essa contenuti;
- definire i requisiti fondamentali di contenuto e accettabilità di una cartella clinica e un formato grafico comune a tutte le UO garantendo contemporaneamente flessibilità e capacità di adattamento alle esigenze delle singole UO;
- garantire la leggibilità della cartella clinica, intesa come facilità di reperimento delle informazioni ricercate per chi consulta la cartella e rapida comprensione dell'iter diagnostico-terapeutico, sia per l'uso interno (medico di guardia, consulente) che esterno (verifiche aziendali, valutazioni medico-legali ...);
- regolamentare il percorso della cartella clinica durante i trasferimenti interni, l'iter diagnostico post-ricovero e i casi di re-ricovero.

E' importante sottolineare che a tutti i Dipartimenti Ospedalieri, per il 2014, è stato assegnato l'obiettivo *“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”*.

In corso d'anno è stato, inoltre, assicurato un monitoraggio costante di un campione statisticamente significativo delle cartelle cliniche attraverso una griglia predefinita ed un gruppo di rilevatori specificatamente formati.

**e) Appropriatelyzza e Sicurezza delle Cure attraverso Studi Epidemiologici, Protocolli e Procedure Operative**

- Realizzazione di uno studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al taglio cesareo presso la AUSL Umbria 1 con valutazione di appropriatezza

Presso la USL Umbria n.1 è stato realizzato uno **studio epidemiologico descrittivo per valutare la frequenza di ricorso al taglio cesareo** e la relativa appropriatezza attraverso la classificazione di Robson. La Fonte di dati è rappresentata dal Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). L'analisi è stata effettuata sia valutando il dato complessivo della USL, sia i dati dei singoli Punti Nascita, al fine di individuare le situazioni maggiormente critiche ed implementare azioni correttive e di miglioramento finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo dell'OMS.

- Elaborazione Procedura Gestione del sangue cordonale

E' stata elaborata **Procedura Aziendale “PGA20 modalità raccolta sangue cordonale”** per stabilire le modalità di prelievo dell'unità di sangue placentare in modo da prelevare campioni idonei al bancaggio.

- Elaborazione Procedura prevenzione delle cadute

Tra le procedure elaborate ed implementate con la collaborazione della UO Sviluppo Qualità e Comunicazione e del SITRO, vi è anche la **Procedura Aziendale “PGA24 prevenzione rischio cadute”** stilata nell'ottica di dare indicazioni per la prevenzione del rischio e fornire strumenti per la valutazione del rischio cadute nonché per la segnalazione e gestione dell'evento.

#### **Azione 3.4: Adozione misure per favorire l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto (Rispetto delle misure previste dalla D.G.R. n.799/2013)**

Le principali misure adottate per favorire l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto sono riportate di seguito:

- Stipula **Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria per il biennio 2014/2015**, recepito con Delibera 686 del 13/08/2014, incentrato sull'appropriatezza prescrittiva adottando sia obiettivi relativi alla percentuale di farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale della classe terapeutica, sia obiettivi di spesa procapite pesata generale e su specifiche classi terapeutiche che maggiormente impattano sulla spesa farmaceutica territoriale: sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (codice ATC C09), categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica (codice ATC A02BC), farmaci sistema respiratorio (codice ATC R);
- Stipula analogo **Accordo con i Pediatri di Libera Scelta**, recepito con Delibera 989 del 18/11/2014;
- invio ai prescrittori dei **monitoraggi con cadenza mensile** sulla propria prescrizione e con cadenza trimestrale schede dei 60-80 principi attivi più prescritti dal singolo;
- invio analoghe reportistiche ai Direttori dei Distretti per agevolare incontri specifici con le equipe territoriali, al fine di favorire la prescrizione di molecole genericabili;
- effettuazione di numerosi **incontri e colloqui con i prescrittori** da parte del Servizio Farmaceutico al fine di favorire la prescrizione di principi attivi genericabili;
- effettuazione di numerosi **incontri con i centri induttori ospedalieri aziendali** al fine di favorire l'uso dei farmaci biosimilari.

#### **Azione 3.5: Costituzione della rete aziendale per la Promozione della Salute e individuazione Coordinatore**

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.

In tale ottica, nel 2014, con 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 Alcolologia, 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.

**Il referente aziendale è stato individuato nella Dr.ssa Erminia Battista, Dirigente Medico del Servizio ISP con incarico professionale "Promozione stili di vita salutari". Il referente aziendale dell'attività di Promozione della Salute è anche coordinatore del relativo Tavolo Aziendale PEAS e referente aziendale nei riguardi della programmazione regionale in materia di promozione della salute.**

Si fa presente che la Rete Aziendale per la Promozione della Salute non nasce nella nostra ASL con la D.G.R. 805/2014 e con la Delibera suddetta. Infatti, nella ex ASL n.2 il Tavolo Aziendale PEAS era stato a suo tempo istituito con Delibera D.G. n. 830 del 23/12/2009 e nella EX ASL n.1 con D.A.D.G. n.999 del 23/12/2009 ed i relativi programmi di attività, a partire dal programma aziendale "*Costruiamo insieme la città che promuove salute*", avevano continuato ad essere portati avanti anche nell'attuale Azienda USL Umbria 1 in maniera integrata, programmata, partecipata ed intersettoriale.

### **[Azione 3.6: Costruzione del percorso diagnostico di secondo livello nelle Aziende Territoriali per lo screening per la prevenzione del colon retto \(Attuazione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n.366/2013\)](#)**

Nell'ambito del percorso dello screening per la prevenzione dei tumori colonrettali, durante il 2014, si sono tenuti incontri sia in sede aziendale che regionale con i professionisti, Endoscopisti, interessati all'aggiornamento del protocollo del 2° livello per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con ricerca del sangue occulto (FOBT) positivo.

Lo screening colon-retto ha percorsi garantiti il cui iter è definito in sede regionale e si avvale della collaborazione con l'Organizzazione Nazionale degli Screening (ONS, Ministero della Salute) e del Gruppo Italiano Screening Colon-Retto (GISCoR).

Già nell'anno 2006, con la DGR n. 1256 del 12 luglio 2006 sono state individuate le "*Linee di indirizzo delle Aziende Sanitarie: approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up per lo Screening del carcinoma del colon retto*", che successivamente hanno avuto un aggiornamento con la DGR n. 195 del 8 febbraio 2010 "*Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo delle Aziende Sanitarie: approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up per lo Screening del carcinoma del colon retto*".

A far data dal 2010, sono state pubblicate le nuove Linee Guida Europee per lo Screening della prevenzione dei tumori colonrettali alle quali oggi le organizzazioni nazionali ONS e GISCoR rimandano per una corretta applicazione dell'approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up nei programmi di Screening del carcinoma del colon retto.

Con l'approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 e l'avvio dei lavori per la definizione del successivo Piano Regionale della Prevenzione (PRP), si è ricondotta tutta l'attività di programmazione in un **gruppo di lavoro regionale** che definisce i percorsi in modo unitario per tutta la Regione.

Il percorso individuato in seno agli organismi nazionali ha portato alla condivisione del "*Protocollo Diagnostico Terapeutico di II° livello per lo Screening dei tumori del Colon-Retto*" già proposto dal GISCoR.

Per l'anno 2014 sono state confermate le linee guida regionali di cui alla DGR n. 195 del 8 febbraio 2010 sopracitata e solo dopo l'approvazione delle revisioni che saranno apportate dal Gruppo di Lavoro regionale per la stesura del nuovo PRP potranno subire degli aggiornamenti.

Una ulteriore azione finalizzata alla "uniformità del trattamento" è quella dell'adozione di un sistema Informatico unico per la gestione dei servizi di Endoscopia Digestiva a livello Regionale.

Lo spunto è stato preso dal fatto che già alcuni Endoscopisti, nella nostra Azienda, utilizzavano il Sistema Gestionale delle Radiologie (RIS) sia per la conservazione e gestione delle immagini sia per la refertazione degli esami endoscopici. Da un approfondimento è stato verificato che il software RIS ha un "modulo" per la gestione completa dei Servizi di Endoscopia che può essere adattato, per le colonscopie, alle esigenze dello screening e collegato direttamente al software degli screening. Sono stati sviluppati dal Laboratorio Unico di Screening i percorsi del collegamento a tale modulo ed avviate le procedure per l'acquisizione da parte dell'Azienda USL Umbria n.2, in un programma di aggiornamento del loro RIS, con la successiva possibilità di "riuso" da parte della nostra Azienda e delle Aziende Ospedaliere Regionali.

Tale azione consentirà una uniformità di refertazione ed un programma standardizzato ed informatizzato per il controllo e i follow-up, con recupero dei dati anche dei pazienti spontanei, ovvero di tutti coloro che effettuano la colonscopia con periodicità diversa dallo screening.

Infine, si sottolinea che, attualmente, presso tutti i Servizi di Gastroenterologia Aziendali, sono stati definiti ed implementati i seguenti percorsi, per i quali un ulteriore aggiornamento potrà esser prodotto dal Gruppo di lavoro per il nuovo PRP nel corso dell'anno 2015:

- controllo endoscopico dei soggetti sottoposti a polipectomia;
- management del polipo maligno;
- modalità di follow up endoscopico del cr colon-rettale.

### **Azione 3.7: Miglioramento dell'adesione agli screening oncologici di almeno due punti percentuali, anche attraverso specifici accordi con i Medici di Medicina Generale**

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

- a) Screening dei tumori della mammella;
- b) Screening dei tumori della cervice uterina;
- c) Screening dei tumori del colon retto.

#### **a) Screening dei Tumori della Mammella**

**Il 2014 rappresenta il 1° anno del round di screening** (IX per il territorio della ex USL n.2 e VIII per quello della ex USL n.1).

Nel corso dell'anno sono state invitate **30.789 donne** a fronte della popolazione bersaglio eleggibile teorica di circa 74.000 donne per i 2 anni di round. Il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è pari a **29.643**.

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 2014

Distretto	N°	%
Aderenti ad invito precedente	22.244	72,2%
Mai aderenti a invito precedente	5.565	18,1%
Primi inviti	2.980	9,7%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>30.789</b>	<b>100,0%</b>

Complessivamente oltre il 70% degli inviti è rappresentato da aderenti ad invito precedente, seguiti da mai aderenti e da primi inviti. La partecipazione risulta alta e mostra, coerentemente con il dato storico e di letteratura, una flessione nella prima fascia d'età, nella quale incidono molte donne al loro primo invito. Complessivamente per il territorio aziendale, si osserva una adesione pari al **78,2% (target assegnato 2014: 62,7%)**. Includendo la quota delle spontanee, la percentuale di esaminate sale al **78,9%**.

#### Screening mammografico: Adesione per classi d'età - Anno 2014

Fasce di età	% aderenti	% esaminate*
50-54	69.1%	70.6%
55-59	82.1%	82.7%
60-64	82.1%	82.6%
65-69	81.9%	82.4%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>78.2%</b>	<b>78.9%</b>

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 e le mai aderenti a invito precedente l'adesione è di circa il 50%.

#### Screening mammografico: Adesione per storia screening - Anno 2014

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	87.7%
Mai aderenti a invito precedente	51.5%
Primi inviti	52.0%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>78.2%</b>

#### b) Screening dei Tumori della Cervice Uterina

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. 138/2013 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.

**Il 2014 rappresenta il 1° anno del VI round di screening.** Nel corso dell'anno sono state invitate **39.863 donne** a fronte della popolazione bersaglio eleggibile teorica di circa 143.000 donne per i 3 anni di round: la minor percentuale di invitate (28% circa) rispetto al previsto (33%) è dovuta al leggero ritardo nell'inizio degli inviti (maggio anziché gennaio). Il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è pari a **35.654**.

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 2014**

Distretto	N°	%
Aderenti ad invito precedente	27.497	69,0%
Mai aderenti a invito precedente	7.546	18,9%
Primi inviti	4.820	12,1%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>39.863</b>	<b>100,0%</b>

Complessivamente circa il 70% degli inviti, è rappresentato da aderenti ad invito precedente, seguiti da mai aderenti e da primi inviti.

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. Va considerato che la fascia d'età 25-29 anni, nella quale si osserva la minore adesione, è quella in cui maggiormente incidono donne al loro primo invito.

Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una adesione pari al **63,3% (target assegnato 2014: 60,0%)**. Includendo la quota delle spontanee, la percentuale di esaminate sale al **64,9%**.

**Screening cervice uterina: Adesione per classi d'età - Anno 2014**

età	% aderenti	% esaminate*
25-29	53.8%	55.4%
30-34	60.1%	62.0%
35-39	66.6%	68.2%
40-44	70.5%	72.3%
45-49	68.0%	69.8%
50-54	68.1%	69.7%
55-59	63.3%	64.4%
60-64	59.4%	60.4%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>63.3%</b>	<b>64.9%</b>

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.

**Screening cervice uterina: Adesione per storia screening - Anno 2014**

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	75.8%
Mai aderenti a invito precedente	23.9%
Primi inviti	53.0%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>63.3%</b>

### c) Screening per il Tumore del Colon Retto

L'anno 2014 è il 2° del round e risente, come sempre, della distribuzione disomogenea degli inviti dovuta ai criteri di chiamata definiti alla implementazione del programma di screening nel 2006. Infatti, nel 1° anno del round, vengono invitate le persone che hanno aderito a test precedenti, in seconda battuta i nuovi ingressi ed infine coloro che non hanno mai partecipato. Accade quindi che, nel primo anno, se si rispettano i tempi di rilevazione statistica definiti dal Giscor ovvero sei mesi dopo l'ultimo invito dell'anno, l'adesione è superiore in modo significativo a quella del 2° anno dove sono concentrati gli inviti ai "mai aderenti".

Nel corso del 2014 sono state invitate 80.495 cittadini; il totale degli inviti validi, al netto delle esclusioni dopo l'invito, è risultato pari a **76.436**.

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 2014

Distretto	N°	%
Aderenti ad invito precedente	31.963	41,8%
Mai aderenti a invito precedente	34.942	45,7%
Primi inviti	9.531	12,5%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>76.436</b>	<b>100,0%</b>

La partecipazione risulta in linea con quanto rilevato negli anni precedenti: le classi d'età più giovani confermano una minore partecipazione allo screening. Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una **adesione pari al 43,4% (target assegnato 2014: 49,0%)**.

#### Screening colon retto: Adesione per classi d'età - Anno 2014

età	% aderenti
50-54	40,1%
55-59	39,4%
60-64	44,1%
65-69	50,2%
70-74	45,1%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>43,4%</b>

L'analisi per storia di screening conferma l'alta percentuale di adesione per i cittadini già fidelizzati al programma (aderenti ad invito precedente); tra i primi inviti circa un terzo aderisce, mentre le mai aderenti a invito precedente confermano la più bassa adesione.

#### Screening colon retto: Adesione per storia screening - Anno 2014

Storia di screening	% aderenti
Aderenti ad invito precedente	80,3%
Mai aderenti a invito precedente	8,1%
Primi inviti	37,3%
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>43,4%</b>

Al fine di promuovere l'adesione allo screening del carcinoma del colon retto in tutti quei soggetti che non conoscono il loro stato di rischio perché non hanno mai aderito ai programmi di screening o perché non hanno risposto con regolarità ai diversi round di reinvio, il ruolo attivo e competente del Medico di Medicina Generale è stato ritenuto essenziale.

Pertanto, **nell'Accordo Aziendale Medicina Generale- Assistenza Primaria per gli anni 2014-2015 (Delibera Direttore Generale n. 686 del 13/08/2014)**, è stato inserito uno specifico obiettivo per **mettere in atto iniziative di promozione dell'adesione al 1° livello dello screening.**

Inoltre, per facilitare l'intervento attivo di rinforzo e monitoraggio da parte del MMG e favorire il raggiungimento dell'obiettivo previsto a livello regionale, lo stato dell'adesione allo screening sopra citato è stato reso disponibile e consultabile da parte di ciascun medico nel portale MMG ad accesso riservato, in cui è stata creata una sezione dedicata.

#### **Obiettivo 4: Misure di ottimizzazione per beni e servizi**

##### **Azione 4.1: Attuazione legge regionale n.9/2014: costituzione Centrale Regionale Acquisto Sanità (CRAS) Predisposizione Programma annuale attività 2014**

- **Costituzione della Centrale Regionale Acquisti in Sanità in attuazione delle disposizioni regionali di cui all'art.19 della l.r. n.9/2014**

In data 06 giugno 2014 la CRAS è stata istituita dall'Assemblea delle Aziende Sanitarie socie come struttura operativa all'interno della società consortile Umbria Salute, in nome e per conto della regione, al fine di assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del SSR.

- **Predisposizione programma gare anno 2014 a partire dalle gare centralizzate già aggiudicate**

Il programma annuale della CRAS anno 2014 è stato adottato dall'Amministratore Unico di Umbria Salute S.c.a.r.l. in data 11 agosto 2014 del quale la Giunta Regionale con Delibera n.1190 del 22.09.2014 ha preso atto.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1099 del 15/11/2014 è stato recepito l'accordo convenzionale tra le Aziende Sanitarie Regionali dell'Umbria e Umbria Salute S.c.a.r.l., sottoscritto in data 18/11/2014, che prevede, tra l'altro, che le procedure centralizzate vengano effettuate anche attraverso il personale dipendente delle Aziende consorziate secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 8, della L.R. 9/2014.

##### **Azione 4.2: Completamento programma gare centralizzate attribuite alla competenza delle aziende sanitarie regionali (in qualità di capofila), ivi comprese gare ex AUS**

Le gare centralizzate derivanti dalla soppressa Agenzia AUS per i RUP delle ex USL 1 e 2, sono state tutte completate, come i vaccini, i prodotti dietetici ed è in corso di valutazione l'anomalia delle offerte per alcuni lotti per la gara delle medicazioni avanzate.

E' stato bandito, nella forma della procedura ristretta, il servizio di imbustamento e spedizione kit screening colon retto ed è in corso di predisposizione la parte tecnica della gara per il service dei sistemi analitici e diagnostici per lo screening del colon retto.

Sono state completate le gare per le quali la Regione aveva individuato la ex USL n.2 dell'Umbria come capofila dello screening dei tumori della cervice uterina e del vaccino Blue Tong.

Dell'accordo in unione di acquisto con la USL Umbria 2, ai sensi dell'art. 41 della LR 18/2012, sono state aggiudicate (sopra soglia) la gara degli aghi e siringhe ed il service per le pompe infusione e nutrizione enterale.

L'elenco delle gare centralizzate è stato inviato alla CRAS per le previste pubblicazioni.

##### **Azione 4.3: Acquisti centralizzati tramite centralizzazione regionale, Consip (Convenzioni, Accordi quadro, SDA, MEPA ect...) e altre forme di cooperazione**

Il dato di attività nel 2014, prima annualità di riunificazione dei servizi delle due ex AUSL, vede un incremento dell'utilizzo degli strumenti di centralizzazione rispetto all'anno 2013, infatti, oltre al numero delle procedure attraverso MEPA, aumentate di oltre il 50%, è stato attivato il Sistema Dinamico di Consip per la fornitura regionale di alcune tipologie di vaccini, gara prevista nella programmazione anno 2014 della Centrale di Committenza Umbria Salute – CRAS, con aggiudicazione nel marzo 2015.

**La percentuale di centralizzazione del 2014 è pari al 63,39% (target assegnato 2014: 60%)., con un incremento rispetto a quella del 2013 che era pari al 55,75%, tenendo quale riferimento quanto comunicato alla Regione in sede di giudizio di parificazione per le due annualità.**



**Obiettivo 5: Implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa**

In premessa, si precisa che i dati di seguito riportati sono riferiti al **Flusso C della compensazione della mobilità sanitaria con l'esclusione delle prestazioni di Pronto Soccorso e considerando come periodo di riferimento le prestazioni con data erogazione dell'anno 2014.**

**Azione 5.1: Monitoraggio tempi di attesa**

L'Azienda Sanitaria USL Umbria n.1 garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso **21 punti di erogazione territoriali** (4 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 2014 sono state garantite **5.462.898** prestazioni con un incremento del **3,70%** rispetto al 2013.

**Attività Specialistica Ambulatoriale Territoriale (Fonte CUP e LIS Area Nord)**

Branca Specialistica	2013		2014	
	Prestazioni	Fatturato	Prestazioni	Fatturato
Lab. Analisi - Anat. e Ist. Patol. - Genet. - Immunoemat. e Trasf	4.102.077	14.633.243,16	4.264.010	15.126.908,30
Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica	277.486	11.821.734,74	280.016	12.174.617,38
Prestazioni Interdisciplinari	109.451	1.824.126,10	122.784	2.059.040,70
Medicina Fisica e Riabilitazione	107.622	1.335.991,70	107.170	1.219.725,10
Cardiologia	106.540	3.719.497,90	107.506	3.747.000,90
Nefrologia	90.353	8.890.694,60	81.778	8.169.416,80
Oculistica	70.969	3.451.452,60	71.236	3.598.041,40
Chirurgia Generale	59.990	560.450,10	61.702	588.413,00
Otorinolaringoiatria	42.856	738.225,90	43.099	744.305,80
Dermosifilopatia	34.535	644.228,60	38.849	721.388,20
Chirurgia Vascolare - Angiologia	32.961	1.402.103,50	34.147	1.445.325,20
Ortopedia E Traumatologia	32.103	944.216,60	32.684	1.000.577,50
Neurologia	31.681	532.535,10	33.275	554.253,10
Endocrinologia	30.234	529.624,00	35.590	601.756,00
Oncologia	29.745	424.602,70	32.815	441.423,60
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	19.981	1.193.380,30	21.212	1.240.945,80
Ostetricia e Ginecologia	19.943	486.442,40	20.000	496.587,60
Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	14.914	417.401,60	14.748	425.573,00
Urologia	13.138	338.603,20	14.112	322.066,10
Radioterapia	12.979	1.712.138,30	15.404	1.970.639,30
Pneumologia	9.629	255.506,40	9.185	241.882,70
Anestesia	7.267	297.444,20	7.821	318.192,50
Chirurgia Plastica	6.999	187.114,30	7.859	209.306,60
Psichiatria	4.775	81.955,10	5.894	101.028,60
Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare			1	173,00
Neurochirurgia			1	113,60
<b>Azienda USL Umbria n.1</b>	<b>5.268.228</b>	<b>56.422.713,10</b>	<b>5.462.898</b>	<b>57.518.701,78</b>

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 2014, 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 2014 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, durante i monitoraggi mensili, per la maggioranza delle prestazioni entro i tempi massimi aziendali stabiliti. Le criticità maggiori si sono registrate soprattutto nelle prestazioni RAO priorità P.

**% visite/prestazioni a RAO erogate entro i tempi previsti per le specifiche classi di priorità – Anno 2014 (Fonte CUP)**

Visita / Prestazione	Priorità			
	U (entro 3 gg)	B (entro 10 gg)	D (entro 30/60 gg)	P (entro 365 gg)
Colonscopia con endoscopio flessibile		44,83	88,22	99,35
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	99,08	24,60	95,00	99,38
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale	95,78	23,71	100,00	99,98
Ecocolordoppler arterie renali.				100,00
Ecocolordopplergrafia cardiaca		24,19	96,66	100,00
Ecodopplergrafia cardiaca		96,30	88,89	100,00
Ecografia dell' addome inferiore	96,41	13,55	90,26	99,97
Ecografia dell' addome superiore	96,75	7,94	90,86	99,97
Ecografia muscolotendinea e osteoarticolare	97,67	7,45	97,35	100,00

**% visite/prestazioni a RAO erogate entro i tempi previsti per le specifiche classi di priorità – Anno 2014  
(Fonte CUP) (segue)**

Visita / Prestazione	Priorità			
	U (entro 3 gg)	B (entro 10 gg)	D (entro 30/60 gg)	P (entro 365 gg)
Elettrocardiogramma dinamico		46,24	86,27	100,00
Elettromiografia semplice (EMG)		23,61	100,00	100,00
Esofagogastroduodenoscopia [egd]	100,00	93,29	87,74	100,00
Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia		90,88	90,96	100,00
Prima visita cardiologica. incluso: ECG (89.52)	96,06	95,66	92,98	100,00
R.M. del cervello e del tronco encefalico	91,30	91,87	100,00	100,00
R.M. del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	100,00	85,00		100,00
R.M. della colonna	90,00	18,46	100,00	100,00
R.M. della colonna, senza e con contrasto		25,00		100,00
Radiografia del torace di routine, nas	98,34	98,24	99,28	100,00
T.C. del capo	100,00	48,36	100,00	100,00
T.C. del capo, senza e con contrasto		50,00		100,00
T.C. del rachide e dello speco vertebrale	100,00	7,14		100,00
T.C. del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto		14,05		100,00
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	75,00	31,27	91,43	100,00
Visita chirurgica	98,43	98,81	98,83	100,00
Visita dermatologica	98,63	98,09	98,12	100,00
Visita gastroenterologica	100,00	96,52	95,86	100,00
Visita neurologica	95,97	94,82	91,63	100,00
Visita oculistica	94,71	94,01	90,58	99,98
Visita oculistica + fondo oculare		100,00	100,00	100,00
Visita ortopedica	92,26	95,46	96,17	100,00
Visita otorinolaringoiatrica	97,20	95,30	98,26	100,00
Visita senologica	93,75	91,52	89,25	60,25
Visita urologica	95,92	98,05	96,36	100,00

Infine, va sottolineato che, con Delibera del Direttore Generale n. 796 del 23/09/2014, è stato adottato il **Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in attuazione della DGR n.1009 del 04/08/2014**. Sono state delineate quattro specifiche aree di intervento relative a: appropriata domanda di prestazioni sanitarie, identificando i reali bisogni di salute, rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, rispondendo ai bisogni di salute, sistemi di monitoraggio, controllo e valutazione, informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori del servizio sanitario regionale.

Per quanto riguarda il target assegnato di *“almeno il 5% in più rispetto al 2013 dei volumi di prenotato su accettato”*, la percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate è risultata, nel 2014, pari a 79,40 a fronte del 61,76 registrato nel 2013. **Il numero delle prestazioni prenotate è aumentato del 33,32% essendo risultate, nel 2014, pari a 4.337.446 (3.253.516 del 2013) sul totale di 5.462.898 prestazioni (5.268.228 nel 2013).**

Si precisa che, come già sopra specificato, **i dati sono riferiti al Flusso C della compensazione della mobilità sanitaria con l'esclusione delle prestazioni di Pronto Soccorso. Il numero delle prestazioni prenotate corrisponde al numero delle prestazioni con data prenotazione inferiore alla data di erogazione delle prestazioni.**

### Azione 5.2: Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva (Rilevazione per la diagnostica per immagini e endoscopia digestiva)

Dopo l'assegnazione degli obiettivi con la DGR 1007 del 04/08/2014, con nota prot. 90078 del 26/09/2014 del Direttore Sanitario, si è provveduto ad impartire precise disposizioni a tutti gli ambulatori sulle modalità di registrazione della concordanza della classe RAO.

I dati relativi all'ultimo trimestre 2014 risultano i seguenti:

- prestazioni di endoscopia digestiva 80,70% (target assegnato 50%);
- prestazioni di diagnostica per immagini 53,03% (target assegnato 50%).

#### Prestazioni di diagnostica per immagini e endoscopia digestiva a RAO - 4° trimestre 2014

Prestazione		N° prestazioni	N° prestazioni con priorità erogatore	% biffatura priorità
45.13	Esofagogastroduodenoscopia [egd]	5.081	3.751	73,82
45.16	Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia	1.966	1.836	93,39
45.23	Colonscopia con endoscopio flessibile	5.965	4.914	82,38
<b>Prestazioni di Endoscopia digestiva</b>		<b>13.012</b>	<b>10.501</b>	<b>80,70</b>
87.03	Tomografia computerizzata (tc) del capo	1.520	756	49,74
87.03.1	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	538	255	47,40
87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas	16.457	8.955	54,41
88.38.1	Tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale	250	103	41,20
88.38.2	Tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto	66	35	53,03
88.74.1	Ecografia dell' addome superiore	20.669	11.128	53,84
88.75.1	Ecografia dell' addome inferiore	16.305	8.836	54,19
88.79.3	Ecografia muscolotendinea e osteoarticolare	4.018	2.023	50,35
88.91.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	1.300	585	45,00
88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	588	287	48,81
88.93	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	3.078	1.405	45,65
88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto	181	87	48,07
<b>Prestazioni di Diagnostica per Immagini</b>		<b>64.970</b>	<b>34.455</b>	<b>53,03</b>
<b>Totale</b>		<b>77.982</b>	<b>44.956</b>	<b>57,65</b>

### Azione 5.3: Monitoraggio Agende Chiuse

Il monitoraggio delle agende chiuse della specialistica ambulatoriale è stato regolarmente effettuato in risposta alle specifiche richieste della Regione.

## **Obiettivo 6: Adempimenti LEA per l'accesso all'integrazione al fondo sanitario**

### **Azione 6.1: Soddisfare il debito informativo dei flussi NSIS, anche di nuova istituzione o in sperimentazione (HSP11, HSP12, STS21 ect ..., flusso consumi dispositivi medici, flusso contratti dispositivi medici, flussi farmaceutica, flussi apparecchiature sanitarie)**

I flussi NSIS sono stati correttamente inviati in termini di completezza, completezza e termini di scadenza.

In particolare si sottolinea che, a seguito della ridefinizione della struttura organizzativa dell'Azienda, conseguenza dell'accorpamento delle ex USL 1 e 2 come da LR 18 del 2012, nel corso del 2014 si è proceduto alla revisione delle schede anagrafiche delle strutture erogatrici.

Tale attività è stata condotta congiuntamente all'Azienda USL Umbria n. 2, al fine di garantire, a livello regionale, uniformità nei criteri di individuazione delle strutture e delle tipologie di attività.

Gli altri flussi relativi a dispositivi medici e farmaci vengono gestiti direttamente dalla Regione con il supporto di Umbria Salute. L'Azienda garantisce l'aggiornamento delle strutture.

In riferimento agli adempimenti relativi ai nuovi flussi informativi Regionale/Nazionale sulle apparecchiature sanitarie, con nota PEC 121331 del 30.12.2014 (vedi allegato) è stato inviato il flusso nazionale per le Grandi apparecchiature sanitarie con scadenza entro il 31.12.2014, mentre il flusso regionale OPT - diviso in I semestre e II semestre 2014, è stato inviato in data 10.03.2015 (invio mezzo mail alla Dr.ssa Olga Maria Cesari).

### **Azione 6.2: Soddisfare il debito informativo dei flussi NSIS, anche di nuova istituzione o in sperimentazione (flusso salute mentale, flusso delle dipendenze, flusso assistenza domiciliare)**

A partire dal 2014, i flussi informatizzati NSIS non sono più stati inviati dalla USL Umbria n.1 tramite portale regionale, come avvenuto fino al 2013. Infatti, sono stati attivati i moduli per i **flussi di assistenza domiciliare e salute mentale** sulla piattaforma regionale Atl@nte. Questo ha fatto sì che la trasmissione dei flussi al Ministero fosse gestita direttamente dalla Regione e che alle Aziende USL sia rimasta soltanto la funzione di registrazione dei dati nel sistema.

Allo stato attuale, la Regione sta lavorando alla messa a punto della gestione decentrata dei flussi e dei meccanismi di controllo.

Appare opportuno sottolineare che, per l'Azienda USL Umbria n.1, il passaggio al sistema gestionale Atl@nte ha comportato il recupero dei dati dal precedente sistema (Aster) al fine di evitare la perdita del patrimonio informativo storico. Il dover adeguare i dati preesistenti alle esigenze informative del nuovo strumento ha generato alcune anomalie, in gran parte rettificata manualmente con notevole impegno di risorse da parte delle Strutture Erogatrici.

**Il flusso delle dipendenze** è ormai consolidato.

### **Azione 6.3: Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempimento rispetto agli Adempimenti previsti nel Questionario LEA e documenti allegati e collegabili**

Il questionario del Ministero della Salute relativo alla verifica dei LEA dell'anno 2013 è stato inviato, con tutti gli allegati, alla Regione Umbria (Responsabile Assistenza Sanitaria di base Dr.ssa M. Chiodini e Referente Adempimenti LEA Dr.ssa G. Molitani) con note prot. 71258 del 24/07/2014 e prot. 71606 del 25/07/2014.

#### Azione 6.4: Controllo qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche

I controlli sulle cartelle cliniche sono stati regolarmente effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Regione sui ricoveri dell'anno 2014.

L'esito dei controlli è stato inviato alla Regione con nota prot 45505 del 14/05/2015 (in sostituzione di quelli inviati con nota prot. 37716 del 21/04/2015), come previsto dal "Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Intra-regionale".

I dati riportati nella tabella sottostante evidenziano che:

- la verifica di concordanza SDO/cartella clinica è stata effettuata nel **14,62% (target assegnato 2014: 10%)**;
- la verifica appropriatezza del trattamento è stata effettuata nel **4,11% (target assegnato 2014: 2,5%)**.

Presidio Ospedaliero	verifica di concordanza SDO/cartella clinica			verifica appropriatezza del trattamento		
	N° cartelle totali	N° cartelle controllate	%	N° cartelle totali	N° cartelle controllate	%
Presidio Ospedaliero Alto Tevere	13.077	1.993	15,24	13.077	375	2,87
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	7.820	1.311	16,76	7.820	319	4,08
Presidio Ospedaliero Unificato (POU)	12.760	1.615	12,66	12.760	690	5,41
<b>USL Umbria n.1</b>	<b>33.657</b>	<b>4.919</b>	<b>14,62</b>	<b>33.657</b>	<b>1.384</b>	<b>4,11</b>

## **Obiettivo 7: Sviluppo del sistema di controllo Interno e di certificazione del bilancio**

### **Azione 7.1: Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità secondo le tempistiche e le modalità definite nel progetto regionale (Completamento efficace delle azioni pianificate per l'anno 2014 nel progetto regionale approvato con D.G.R. n.662/2013)**

Questa Azienda ha effettuato tutti gli adempimenti previsti dal progetto regionale approvato con DGRU 662/2013, rispettando il piano temporale stabilito con la richiamata deliberazione.

In particolare, con pec prot. 0061045 del 24/6/2014, è stata trasmessa la seguente documentazione:

- Analisi delle criticità Area Immobilizzazioni;
- Analisi delle criticità Area Patrimonio Netto;
- Analisi delle criticità Area Rimanenze;
- Procedura Operativa Contributi in Conto Capitale destinati ad investimenti;
- Procedura Operativa Conferimenti Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti;
- Procedura Operativa Giacenze beni di consumo presso reparti;
- Procedura Operativa Gestione magazzino farmaceutico;
- Procedura Operativa Inventario beni di consumo sanitario ed economale;
- Procedura Operativa Gestione magazzino economale;
- Procedura Operativa inventariazione beni di consumo sanitario –magazzino esternalizzato.

Con successiva pec prot.119402 del 19/12/2014, è stata trasmessa la seguente documentazione:

- Analisi delle criticità Area Disponibilità Liquide;
- Procedura Operativa Gestione patrimonio;
- Procedura Operativa Ciclo immobilizzazioni – inventariazione.

**Obiettivo 8: Rispetto tetti e vincoli di cui alle disposizioni nazionali come recepiti da provvedimenti regionali per l'equilibrio di bilancio**

**Azione 8.1: Rispetto dei tetti e vincoli fissati dalla programmazione nazionale e regionale per costo del Personale, spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, , dispositivi medici, spesa acquisto beni/servizi e rimborso dei farmaci erogati direttamente dalle Aziende ospedaliere**

**Limite Personale:** il tetto stabilito per il costo del personale risulta rispettato, con una economia di € 3.986.444,84 rispetto al limite. Il dato definitivo è stato attestato con relazione della competente U.O. in data 20/4/2015 e sarà esposto in dettaglio nella Relazione del Direttore Generale al bilancio di esercizio 2014.

**Limite Farmaceutica Territoriale:** I dati relativi al suddetto limite sono stati attestati dalla competente U.O. con nota prot. 39724 del 27/4/2015, sulla base dei dati effettivi di costo risultanti dal bilancio d'esercizio 2014.

<b>LIMITE FARMACEUTICA TERRITORIALE 2014</b>					
<b>conto costo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>limite regionale DGRU 1199/2013</b>	<b>limite regionale 2014 DGRU 945/2014</b>	<b>bilancio esercizio 2014</b>	<b>Diff.proiezione limite DGR 945/2014</b>
340/30/17	file f mobilità A.O. (senza classe H) (dati flusso File F)	3.900.000	4.001.785	4.130.517	128.732
280/10/10	convenzione assist. farmaceutica	72.566.626	73.355.351	72.408.034	- 947.317
240/10/74	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE A	11.500.000	11.500.000	11.435.495	- 64.505
240/10/76	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale DISTRIBUZIONE PER CONTO	10.500.000	11.168.932	9.453.215	- 1.715.717
240/10/85	Ossigeno con AIC in DPC	3.600.000		3.658.809	3.658.809
<b>Totale costi farmaceutica territoriale 2014</b>		<b>102.066.626</b>	<b>100.026.068</b>	<b>101.086.070</b>	<b>1.060.002</b>

**Limite Farmaceutica Ospedaliera:** I dati relativi al suddetto limite sono stati già attestati dalla competente U.O. con nota anticipata tramite email del 9/3/2015, sulla base dei dati effettivi di costo risultanti dal bilancio d'esercizio 2014. Si riporta di seguito la relativa tabella dalla quale emerge che la spesa per la Farmaceutica Ospedaliera della USL Umbria n.1, calcolata ricomprendendo le voci della L. 135/12, è risultata essere pari ad € 19.389.933,79, superiore al limite regionale di Euro 1.359.687. Nel corso dell'anno, a seguito della nuova strutturazione aziendale che ha visto la riorganizzare della Farmaceutica Ospedaliera in un'unica struttura, grazie anche all'implementazione di procedure gestionali omogenee, si è avuta un'ottimizzazione delle scorte che ha portato ad un decremento delle stesse per un valore di € 807.669,30. Pertanto, tenendo conto di ciò, l'incremento globale rispetto al limite di cui alla DGR 945/14 è di € 2.167.356.



<b>LIMITE FARMACEUTICA OSPEDALIERA 2014</b>					
<b>conto costo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>limite regionale DGRU 1199/2013</b>	<b>ripartizione limite regionale 2014 DGRU 945/2014</b>	<b>bilancio esercizio 2014</b>	<b>Diff.proiez./limite DGR 945/2014</b>
240/10/72	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale attività non commerciale	6.659.829	7.659.829	6.572.543,77	- <b>1.087.285</b>
240/10/75	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE H	9.426.306	9.725.827	12.231.621,44	<b>2.505.794</b>
240/10/81	Ossigeno con AIC attività non commerciale	644.591	644.591	585.768,58	- <b>58.822</b>
<b>Totale Farmaceutica Ospedaliera 2014</b>		<b>16.730.726</b>	<b>18.030.247</b>	<b>19.389.933,79</b>	<b>1.359.687</b>

Come emerge dalla tabella che precede il conto di costo che ha presentato maggiori criticità e che non ha permesso il rispetto del limite è il 240/10/75 "Distribuzione Diretta classe H", che presenta la seguente situazione:

<b>Bilancio esercizio 2013</b>	<b>Limite regionale DGRU 945/2014</b>	<b>Bilancio esercizio 2014</b>
<b>9.569.499,3</b>	<b>9.725.827</b>	<b>12.231.621,44</b>

Si riporta di seguito la relazione della competente U.O. in merito ai costi del suddetto conto:

*"Il conto è alimentato dai costi sostenuti per la distribuzione diretta dei farmaci in fascia H. Dall'analisi dei dati risulta evidente che, nel 2014, la spesa per tali farmaci è notevolmente aumentata rispetto all'anno precedente, determinando il superamento del limite regionale.*

*Come più volte sottolineato nel corso dell'anno, il conto rappresenta la vera criticità dell'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera ed è difficilmente modulabile e contraibile se non con limitate azioni di appropriatezza relative alla verifica dei piani terapeutici, dei dosaggi e del rispetto delle indicazioni riportate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto. A volte un solo nuovo piano terapeutico in indicazione, può vanificare tutto il lavoro effettuato per la gestione del budget.*

*I farmaci maggiormente coinvolti sono quelli utilizzati per le malattie rare, oncologici, immunosoppressori, fattori della coagulazione, fattori eritrocitari e interferoni.*

*Si evidenzia inoltre che, nel corso del 2014, sono sopravvenute ancora nuove terapie e/o incrementi di dosaggi che, sommati a quelli già in essere, hanno inciso profondamente sulla spesa. Le terapie afferenti a detto conto risentono inoltre di una forte induzione esterna e sono difficilmente comprimibili. La collaborazione con professionisti aziendali di riferimento ha portato comunque ad una maggiore appropriatezza."*

**Limite Dispositivi medici:** Si riporta di seguito la tabella dei costi sostenuti per l'acquisto dei dispositivi medici soggetti a tetto, fornita dalla competente U.O.

Il limite riportato in tabella, in attesa di ulteriori indicazioni da parte della Regione, è stato valutato così come viene definito dalla normativa.

<b>Fondo sanitario USL Umbria 1 - 2014 DGRU 1768/2014</b>	<b>779.672.444</b>
<b>tetto USL Umbria 1 dispositivi 2014 - 4,4% FSR</b>	<b>34.305.587,54</b>

<b>conto</b>	<b>Descrizione</b>	<b>bilancio esercizio 2014</b>
240/120/10	Acquisto materiali protesici per l'assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica L.R. 7/2008	42.929,92
240/140/10	Dispositivi medici	12.750.980,93
240/140/20	Dispositivi medici impiantabili attivi	492.608,73
240/140/30	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	4.720.454,31
<b>TOTALE PROIEZIONE COSTI 2014</b>		<b>18.006.973,89</b>

I dati mostrano un rispetto del limite con una spesa totale di Euro 18.006.973,89, in diminuzione rispetto al 2013 dove il valore era di 18.500.332.

Anche in questo caso il risultato è attribuibile, sempre come attestato dalla competente U.O., in parte all'unificazione dei meccanismi gestionali delle due Aree, allo stretto rispetto della gestione del budget in dodicesimi e all'implementazione di nuove gare.

**Azione 8.2: Rispetto del vincolo di crescita dei costi di produzione, pari al 2%, al netto dei costi del personale (art.5 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)**

L'Azienda è adempiente rispetto a questo limite in quanto anche nell'esercizio 2014 ha assicurato l'equilibrio economico di bilancio.

**Azione 8.3: Adempimenti connessi alla stipula degli accordi contrattuali interaziendali**

Nel mese di settembre 2014, sono state inviate a tutte le Aziende Sanitarie Regionali le proposte di accordo contrattuale interaziendale redatte sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione Umbria.

In particolare, al fine di garantire la massima integrazione Ospedale-Territorio, è stato proposto all'Azienda Ospedaliera di Perugia di mettere in atto azioni congiunte per il raggiungimento dei seguenti obiettivi comuni:

- Implementazione dell'attività di teleradiologia;
- Potenziamento dell'attività di chirurgia ortopedica erogata sia presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera che di quelle della USL Umbria n.1;
- Attivazione delle attività di Chirurgia Pediatrica e Trattamento dello scompenso Cardiaco e Cardiopatie croniche come previste dal progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Assisi;
- Attuazione del protocollo operativo definito congiuntamente e finalizzato alla riorganizzazione in forma integrata dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio dell'Azienda USL Umbria n.1.

- Integrazione dell'attività chirurgica con possibilità dei chirurghi degli ospedali di territorio di eseguire presso l'Azienda Ospedaliera gli interventi di maggiore complessità e possibilità di eseguire alcune attività di chirurgia programmata a medio-bassa complessità nei presidi ospedalieri della Azienda USL Umbria n.1 anche con l'impiego di quote di professionisti dell'Azienda Ospedaliera;
- Revisione del Progetto Interaziendale per la Continuità Assistenziale e le dimissioni protette (ADI e RSA).
- Attivazione di un protocollo operativo volto a garantire la continuità assistenziale a utenti in carico al PS OBI, 118, a pazienti ricoverati presso le UU.OO. di degenza del Presidio Ospedaliero che necessitano di trasferimento presso le UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera mediante centralizzazione ed accesso al Pronto soccorso dell'Azienda stessa.

Con tutte le Aziende gli accordi sono stati sottoscritti entro il mese di settembre 2014. Nel mese di ottobre 2014 è stata concordata con l'AO di Perugia una integrazione all'accordo già stipulato.

Preme sottolineare che, al fine di contenere al massimo la fuga extraregionale, anche negli accordi contrattuali con le Case di Cura Private accreditate si è privilegiata la fornitura di prestazioni di ortopedia.

**Obiettivo 9: Rispetto tetti e vincoli di cui alle disposizioni nazionali come recepiti da provvedimenti regionali per l'equilibrio di bilancio**

**Azione 9.1: Controllo e monitoraggio delle partite pendenti riferite alle gestioni liquidatorie (verifica dei contenziosi in corso con particolare riferimento alla valutazione/stima dell'impatto economico e gestione attiva dei procedimenti)**

In riferimento al controllo e monitoraggio dei contenziosi ancora pendenti riferiti alle gestioni liquidatorie si riportano qui di seguito, il numero delle cause gestite al 31.12.2014:

- n. 8 vertenze EX ULSS 3: stima dell'impatto economico € 7.717.754,47 (esclusi interessi, rivalutazioni ed eventuali spese di condanna);
- n. 6 vertenze EX ULSS 3 gestite dalla Compagnia Assicurativa UnipolSai Assicurazioni S.p.a.- eventuali costi a ns. carico saranno coperti dalle polizze vigenti nei rispettivi anni secondo i massimali previsti nelle polizze stesse: stima dell'impatto economico € 1.373.999,37 (esclusi interessi, rivalutazioni ed eventuali spese di condanna);
- n. 1 vertenza EX ULSS 6: stima dell'impatto economico € 13.200,00 (esclusi interessi, rivalutazioni ed eventuali spese di condanna);
- n. 1 vertenza EX ULSS 7: stima dell'impatto economico € 13.200,00 (esclusi interessi, rivalutazioni ed eventuali spese di condanna);
- n. 1 vertenza EX ULSS 7 gestite dalla Compagnia Assicurativa Am Trust Europe: stima dell'impatto economico € 241.000,00 (esclusi interessi, rivalutazioni ed eventuali spese di condanna);
- n. 5 vertenze EX ULSS ALTO TEVERE: stima dell'impatto economico comprensivo di valore della causa dichiarato in atto di citazione e di spese di legale fiduciario €. 3.697.521,72;
- n. 1 vertenza EX ULSS ALTO TEVERE: stima dell'impatto economico comprensivo di valore della causa dichiarato in atto di citazione e di spese di legale fiduciario, con partecipazione di Compagnie Assicurate già chiamate in causa €. 274.192,20;
- n. 1 vertenza EX ULSS ALTO TEVERE: deve essere eseguito dal Comune di Città di Castello legato de residuo, per un importo spettante alla gestione liquidatoria di circa €. 3.780.150,00;
- n. 1 vertenza EX ULSS ALTO TEVERE: in forza di favorevole sentenza della Corte di Appello di Perugia, la gestione liquidatoria vanta un credito, nei confronti di Toro Assicurazioni S.P.A., pari ad €. 12.000,00, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali, a decorrere dal 28/03/1985;
- n. 1 vertenza EX ULSS ALTO CHIASCIO: stima dell'impatto economico comprensivo di valore della causa dichiarato in atto di citazione e di spese di legale fiduciario €. 80.526,83.