



USLUmbria**1**

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE

ANNO 2014

www.uslumbria1.gov.it



USLUmbria**1**

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE
ANNO 2014



Realizzato a cura di:

- UO Programmazione Controllo e Sistema Informativo

In collaborazione con:

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

Indice

Premessa	7
La Missione dell'Azienda	8
Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita	8
L'organizzazione dell'Azienda	13
I Sistemi di Programmazione e Controllo	16
I Sistemi Informatici.....	18
La Qualità e Sicurezza delle cure	19
La Comunicazione	22
La Valorizzazione delle risorse umane	23
Le Risorse Umane	25
Le Risorse Finanziarie	27
La Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	28
Stato dell'arte	28
Obiettivi	28
Attività	29
• Promozione della Salute	29
• Attività di prevenzione rivolta alla persona:	31
• Livelli di copertura vaccinale.....	32
• Programmi di diagnosi precoce	33
• Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita:	39
• Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano	39
• Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi all'ambiente di lavoro	40
• Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti	41
• Sanità Pubblica Veterinaria	44
• Medicina dello sport.....	46
L'Assistenza Distrettuale	47
Stato dell'arte	47
Obiettivi	48
Attività	50
• Assistenza farmaceutica convenzionata	50
• Assistenza protesica	52
• Assistenza integrativa	56
• Attività di Continuità Assistenziale.....	56
• Cure Domiciliari	58
• Cure Palliative	62

• Assistenza specialistica ambulatoriale	64
• Attività Consultori Materno-Infantili	69
• Assistenza riabilitativa ambulatoriale per adulti.....	71
• Assistenza riabilitativa per minori	72
• Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche.....	73
• Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	74
• Assistenza Riabilitativa per i Disturbi del Comportamento Alimentare	77
• Assistenza agli anziani	79
• Attività Residenze Sanitarie Assistite.....	81
• Sanità Penitenziaria	83
L'Assistenza Ospedaliera	85
Stato dell'arte	85
Obiettivi	86
Attività	87
• Attività di ricovero complessiva	87
• Analisi per residenza dell'assistito.....	91
• Attività di ricovero per acuti:.....	92
• Degenza ordinaria: Indicatori Tradizionali.....	93
• Attività Chirurgica	94
• Attività Ostetrica in degenza ordinaria	96
• Case-Mix dei Presidi Ospedalieri.....	99
• Indicatori di appropriatezza	101
• Attività di Riabilitazione Ospedaliera:.....	103
• Centro di Riabilitazione Intensiva (C.O.R.I.) di Passignano	103
• Riabilitazione Ortopedica MVT.....	104
• Istituto Prosperius Tiberino.....	104
• Attività di Lungodegenza Ospedaliera	105
• Assistenza ospedaliera psichiatrica	105
• Attività dei Servizi di Diagnosi e Cura:.....	106
• Diagnostica per immagini.....	106
• Diagnostica di laboratorio	107
• Attività dei Pronto soccorso	108
• Attività ospedaliera "acquistata"	110
La gestione economico-finanziaria dell'Azienda	111

Premessa

Con la Legge Regionale n. 18 del 12/11/2012 "Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale" è stata istituita, dal 1 gennaio 2013, la nuova Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1, nata dalla fusione, per unione, delle ex USL n. 1 e USL n. 2 dell'Umbria. 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.

È importante sottolineare che la neo costituita Azienda si è trovata ad operare, anche 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.

È 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.

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.

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

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

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

*Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Legato*

La Missione dell'Azienda

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

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

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

Il Territorio e le caratteristiche demografiche della popolazione assistita

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

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



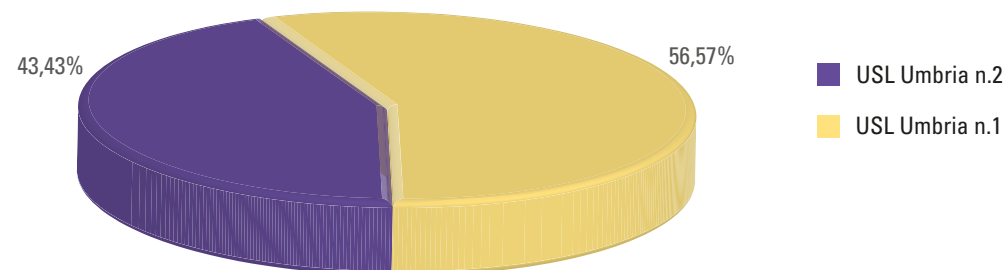
Al 1 gennaio 2013, la popolazione residente nella USL Umbria n.1 risulta pari a **501.351** unità.

Popolazione Residente al 01/01/2013 (Fonte ISTAT)

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
Corciano	20.485	63,69	321,64
Perugia	162.986	449,92	362,26
Torgiano	6.576	37,88	173,60
Distretto - Perugino	190.047	551,49	344,61
Assisi	27.721	186,84	148,37
Bastia	21.965	27,62	795,26
Bettona	4.307	45,20	95,29
Cannara	4.341	32,65	132,96
Valfabbrica	3.453	92,06	37,51
Distretto - Assisano	61.787	384,37	160,75
Collazzone	3.574	55,81	64,04
Deruta	9.502	44,39	214,06
Fratta Todina	1.817	17,52	103,71
Marsciano	18.817	161,55	116,48
Massa Martana	3.797	78,11	48,61
Montecastello di Vibio	1.623	31,91	50,86
San Venanzo	2.300	168,86	13,62
Todi	17.022	223,01	76,33
Distretto - Media Valle Tevere	58.452	781,16	74,83
Castiglione del Lago	15.565	205,54	75,73
Città della Pieve	7.828	111,37	70,29
Magione	14.668	129,81	113,00
Paciano	998	16,83	59,30
Panicale	5.669	78,84	71,91
Passignano	5.659	81,06	69,81
Piegara	3.815	98,92	38,57
Tuoro	3.838	55,58	69,05
Distretto - Trasimeno	58.040	777,95	74,61
Citerna	3.460	20,24	170,95
Città di Castello	40.016	387,53	103,26
Lisciano Niccone	630	35,52	17,74
Monte Santa Maria Tiberina	1.203	71,98	16,71
Montone	1.682	50,89	33,05
Pietralunga	2.149	140,24	15,32
San Giustino	11.397	80,69	141,24
Umbertide	16.628	200,16	83,07
Distretto - Alto Tevere	77.165	987,25	78,16
Costacciaro	1.280	41,30	30,99
Fossato di Vico	2.835	35,30	80,31
Gualdo Tadino	15.484	124,19	124,68
Gubbio	32.355	525,08	61,62
Scheggia e Pascelupo	1.426	63,95	22,30
Sigillo	2.480	26,34	94,15
Distretto - Alto Chiascio	55.860	816,16	68,44
Azienda USL Umbria n.1	501.351	4.298,38	116,64

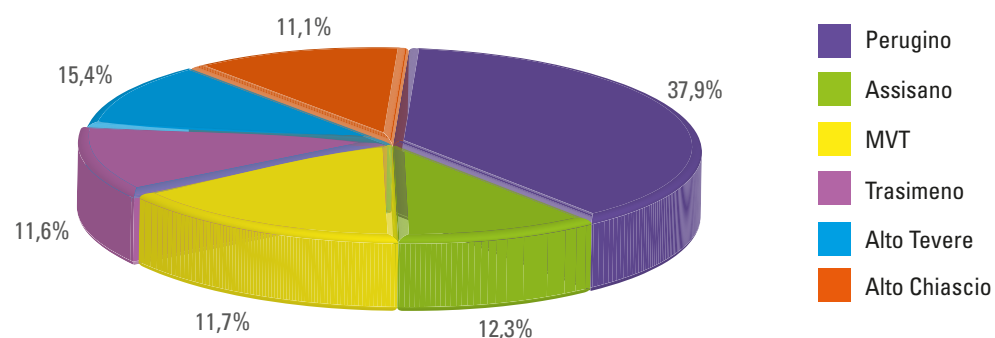
Rispetto al dato regionale, i residenti della USL Umbria n.1 rappresentano oltre il **56%** della popolazione umbra (886.239).

Popolazione Residente Regione Umbria al 01/01/2013
(Fonte ISTAT)



Il grafico successivo, riportando la distribuzione percentuale della popolazione residente per Distretto, mostra

Distribuzione percentuale della popolazione residente per Distretto

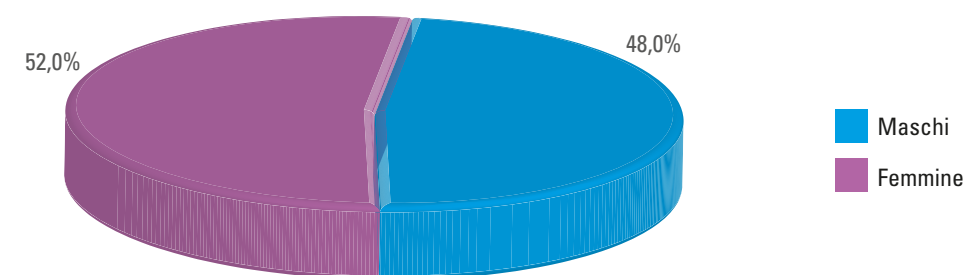


che il 38% circa di tale popolazione fa riferimento al Distretto del Perugino.

La popolazione rappresentata:

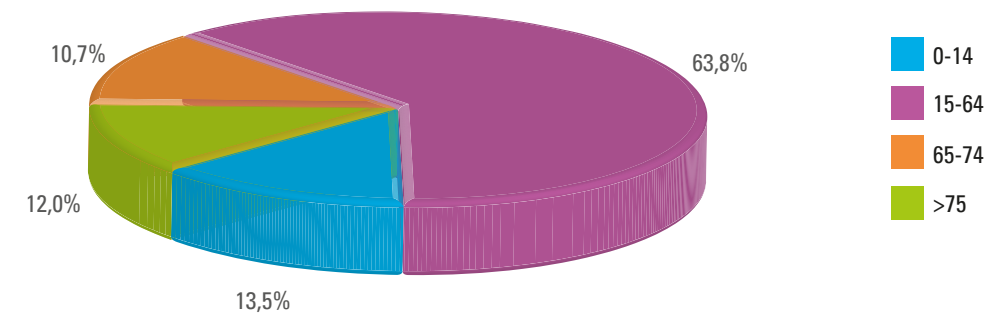
- ha una maggior percentuale di donne (**52%**) rispetto agli uomini;
- presenta, un peso particolare della popolazione anziana (**ultrasessantacinquenni 22,75%**), che, anche se in parte riequilibrato dal fenomeno migratorio, richiede l'applicazione di misure che promuovano la figura dell'anziano attivo e scongiurino una crescita non sostenibile della richiesta di servizi, nonché il decadere delle condizioni di vita degli stessi anziani;

Distribuzione percentuale della popolazione per sesso



- vede al suo interno una presenza sempre crescente di immigrati.
- Di seguito sono riportate alcune variabili socio-demografiche la cui valutazione è fondamentale nei processi di riorganizzazione. In particolare la popolazione residente nel territorio di competenza della USL Umbria n.1 è composta per il 23,67% da ultrasessantacinquenni (più di **1/5** della popolazione totale) presenti con un numero di 179,42 ogni 100 giovani fino ai 14 anni. Il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) è dato da 58,37 individui a carico ogni 100 in età attiva (15-64 anni). Il Distretto con gli indici demografici più elevati è quello dell'Alto Chiascio.

Distribuzione percentuale della popolazione per fasce d'età



Azienda USL Umbria n.1 – Indici demografici al 01/01/2013

COMUNI	Indice di Invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di carico sociale
Corciano	18,25	112,93	52,45
Perugia	22,3	164,53	55,88
Torgiano	20,44	135,35	55,13
Distretto - Perugino	21,8	112,93	52,45
Assisi	26,04	224,45	60,38
Bastia	19,7	131,47	53,12
Bettona	21,01	151,09	53,66
Cannara	22,14	159,11	56,38
Valfabbrica	23,75	182,63	58,1
Distretto - Assisano	21,84	156,71	55,7
Collazzone	21,18	145,3	55,66
Deruta	20,75	138,97	55,49
Fratta Todina	26,31	219,27	62,09
Marsciano	22,07	157,55	56,44
Massa Martana	24,81	191,08	60,75
Montecastello di Vibio	28,47	286,96	62,3
San Venanzo	26,26	247,54	58,4
Todi	26,92	228,69	63,12
Distretto - Media Valle Tevere	23,87	181,28	58,82
Castiglione del Lago	24,48	194,88	58,83
Città della Pieve	24,16	191,98	58,08
Magione	22,23	150,44	58,73
Paciano	23,75	213,51	53,54
Panicale	24,68	199,57	58,84
Passignano	23,54	168,61	59,99
Piegaro	24,43	197,88	58,17
Tuoro	25,87	202,24	63,04
Distretto - Trasimeno	23,87	180,6	58,95
Citerna	19,83	131,17	53,71
Città di Castello	22,6	176,32	54,85
Lisciano Niccone	25,4	262,3	54,03
Monte Santa Maria Tiberina	24,11	204,23	56,03
Montone	24,55	179,57	61,89
Pietralunga	26,9	233,06	62,43
San Giustino	22,98	172,42	57,01
Umbertide	22,87	166,61	57,7
Distretto - Alto Tevere	22,8	173,59	56,09
Costacciaro	28,28	268,15	63,47
Fossato di Vico	23,1	157,83	60,62
Gualdo Tadino	24,74	191,65	60,39
Gubbio	24	185,13	58,65
Scheggia e Pascelupo	32,33	322,38	73,48
Sigillo	26,49	214,01	63,59
Distretto - Alto Chiascio	24,58	190,88	59,9
Azienda USL Umbria n.1	23,67	179,42	58,37

L'organizzazione dell'Azienda

L'Azienda, nel corso del 2014, ha consolidato il processo di unificazione proseguendo nel percorso di riorganizzazione dei servizi, avviato nel 2013, attraverso la definizione di:

- Atto Aziendale (Delibera del Direttore Generale n. 914 del 24/10/2014), che costituisce lo strumento giuridico con il quale l'Azienda Sanitaria disciplina principi e criteri fondamentali della propria organizzazione e dei meccanismi di funzionamento, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione;

- Assetti Organizzativi dei Dipartimenti Ospedalieri.

Il nuovo modello organizzativo dell'Azienda è articolato secondo il seguente schema:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Distretto del Perugino**, comprendente i Comuni di Corciano, Perugia, Torgiano;
- **Distretto dell'Assisano**, comprendente i Comuni di Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;
- **Distretto della Media Valle del Tevere**, comprendente i Comuni di Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello Vibio, San Venanzo, Todi;
- **Distretto del Trasimeno**, comprendente i Comuni di Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegaro, Tuoro;
- **Distretto Alto Chiascio**, comprendente i Comuni di Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- **Distretto Alto Tevere**, comprendente i Comuni di Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Il **Dipartimento di Prevenzione** è la struttura operativa di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità. Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono presenti **2 Presidi Ospedalieri sedi di DEA di 1° livello** (Alto Tevere e Gubbio-Gualdo Tadino) ed un **Presidio Ospedaliero Unificato** con 4 Ospedali di Territorio e un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale. Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

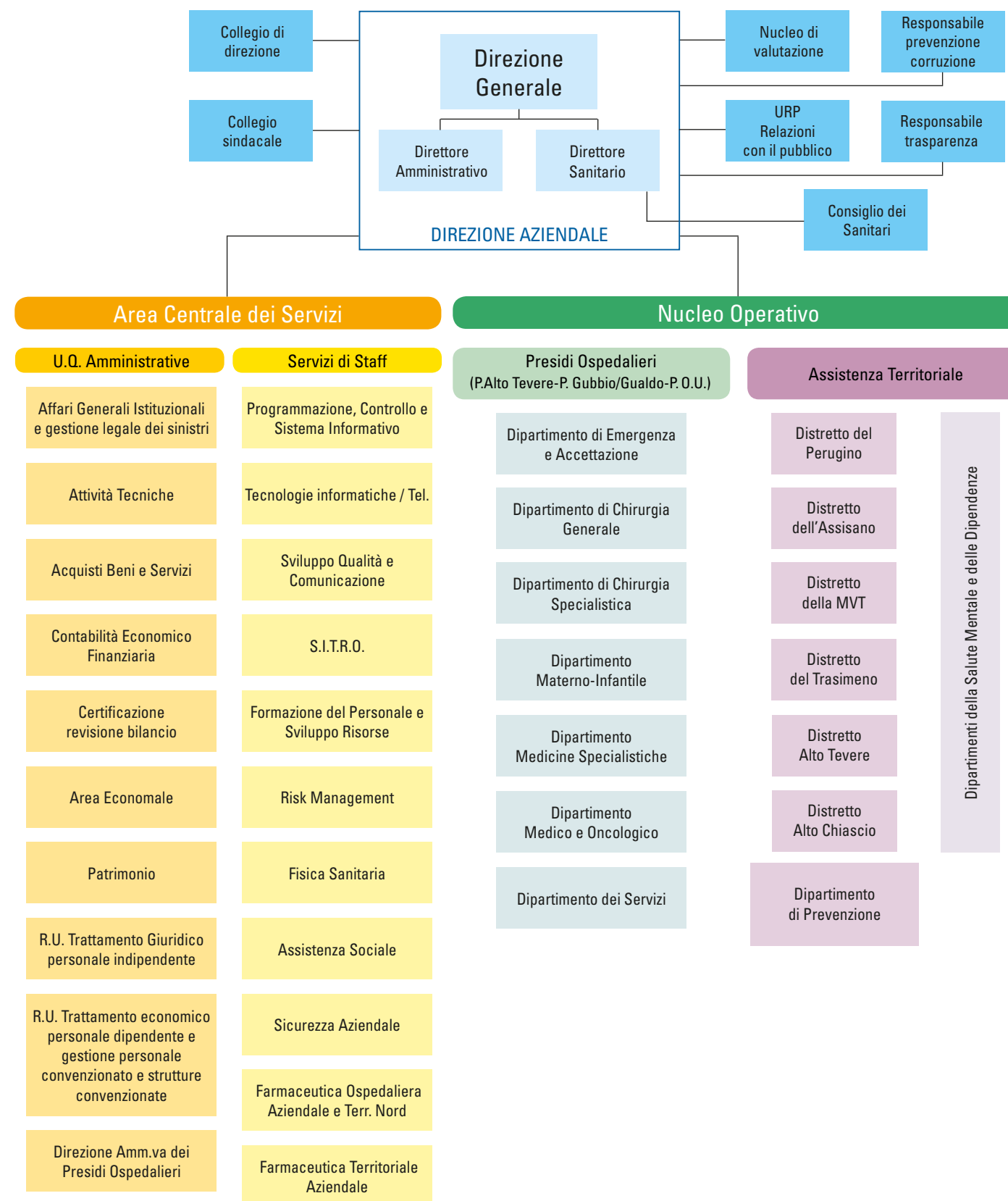
L'organizzazione dipartimentale è volta a migliorare l'equità, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficienza dei servizi e la produttività, nonché il contenimento della spesa sanitaria.

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

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

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

Azienda Sanitaria USL UMBRIA n.1



I Sistemi di Programmazione e Controllo

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, il **Budget** permette:

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

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

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

La metodologia del budget aziendale prevede i seguenti livelli budgetari:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

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

Il momento della negoziazione del budget rappresenta lo strumento fondamentale per la programmazione operativa aziendale e per la concreta attuazione del processo di responsabilizzazione e di sviluppo dell'autonomia gestionale delle Macrostrutture Aziendali.

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

Nello specifico del ciclo programmatico per l'anno 2014, il processo ha avuto inizio nel mese di novembre 2013 e si è concluso con la negoziazione avvenuta nei mesi di febbraio e marzo 2014 e la conseguente assegniatura degli obiettivi di Budget 2014 e delle risorse necessarie ai Dipartimenti Ospedalieri e ai Distretti Socio-Sanitari (Delibera n. 300 del 08/04/2014).

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

I Sistemi Informatici

Nel corso dell'anno 2014 gran parte dell'attività dell'U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche è stata indirizzata al completamento dell'integrazione dei sistemi informatici delle ex Aziende USL n.1 e n.2, infatti tale processo di unificazione si è rivelato complesso, dovendo garantire sia la continuità dei servizi esistenti, sia la loro contestuale evoluzione.

La riorganizzazione delle tecnologie informatiche ha assunto un ruolo di rilievo nell'unificazione tra le ex Aziende USL n.1 e n.2 ed ha favorito il processo di integrazione delle due diverse organizzazioni pre-esistenti.

Nell'unificare le infrastrutture e le procedure si è svolta una contestuale evoluzione tecnologica, in modo da trarre massimo beneficio dagli investimenti richiesti dal processo di integrazione. Inoltre particolare attenzione è stata posta alla standardizzazione tecnica e semantica al fine di creare i prerequisiti per favorire le future integrazioni dei sistemi informatici anche a livello sovra aziendale.

Il processo di integrazione e la contestuale evoluzione dei sistemi informatici ha riguardato le due principali componenti: Infrastrutture e Procedure software:

1. Infrastrutture

In ciascuna delle due aree erano presenti soluzioni tecniche ed organizzative diverse per la gestione di servizi di rete e di comunicazione, dei sistemi informatici e telefonici basati su tecnologie, policy e regolamenti diversi e con proprie politiche della sicurezza informatica e dei dati.

Il completamento dell'unificazione degli elementi infrastrutturali nel 2014 ha riguardato:

- i sistemi di sicurezza perimetrale e le relative policy;
- il processo di implementazione progressivo di telefonia basata su protocolli IP (VOIP);
- il consolidamento dei due CED principali con l'allineamento delle modalità e degli ambienti di virtualizzazione e di backup;
- l'avvio del Disaster Recovery delle procedure più critiche;
- l'assessment delle licenze e dell'hardware posseduto delle due ex Aziende USL.

2. Software e Procedure

In entrambe le aree territoriali erano utilizzate numerose procedure informatiche a supporto dei principali processi amministrativi e sanitari. Nell'anno 2014 è stata ultimata l'unificazione delle procedure di:

- Gestione ricoveri (ADT);
- Pronto soccorso;
- Laboratorio analisi;
- Percorso chirurgico.

Oltre a quanto sopra evidenziato nel corso del 2014 si è dato inizio a nuovi progetti alcuni dei quali saranno effettivamente completati nel corso del 2015. In particolare:

- Avvio del progetto relativo al fascicolo informatizzato per la gestione giuridica del personale e del nuovo sistema informatico per la valutazione del personale;
- Automatizzazione dei processi di pubblicazione sul portale trasparenza;
- Avvio del nuovo sistema di conservazione legale sostitutiva;
- Progettazione ed affidamento del sistema di gestione del mandato di pagamento informatico;
- Progettazione ed affidamento del sistema di gestione della fatturazione elettronica;
- Progettazione ed affidamento del repository clinico aziendale.

La Qualità e Sicurezza delle cure

Per portare a compimento l'integrazione ed omogeneizzazione delle linee di lavoro aziendali sulla qualità e la sicurezza, si è proseguito lo sviluppo di attività su:

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

1. Accreditamento istituzionale

Per sostenere lo sviluppo dei processi di accreditamento istituzionale:

- è stato applicato in tutte le strutture in accreditamento e nella revisione dei documenti delle strutture accreditate il **Vademecum per l'accREDITamento** (documento di riferimento per lo sviluppo del sistema qualità nelle strutture in accreditamento della nuova Azienda USL Umbria n.1);
- sono stati realizzati **percorsi formativi sull'accREDITamento istituzionale** rivolti a team delle strutture in accreditamento che hanno coinvolto tutti i professionisti (medici, infermieri, tecnici, ecc) operanti nei servizi/strutture inserite nel percorso di accreditamento istituzionale, sia come primo conseguimento che come rinnovo triennale: nel 2014 sono stati realizzati **7 corsi di formazione sull'accREDITamento**;
- sono state effettuate **13 Visite Ispettive Interne nelle strutture accreditate o in accREDITamento**: Radiologia Ospedale Città di Castello, Radiologia Ospedale Gubbio/Gualdo Tadino, Laboratorio Analisi Ospedale Città di Castello, Laboratorio Analisi Ospedale Gubbio/Gualdo Tadino, Anatomia Patologica Ospedali Città di Castello e Gubbio/ Gualdo Tadino, Servizio Immunotrasfusionale Città Castello, Servizio Farmaceutico Alto Tevere e Alto Chiascio, Laboratorio Analisi Media Valle Tevere, Unità Raccolta Sangue Media Valle Tevere, Unità Raccolta Sangue Passignano, CORI (Centro Ospedaliero Riabilitazione Intensiva), Nefrologia Dialisi Area Nord, Nefrologia Dialisi Area Sud ;
- è stato ottenuto l'**AccREDITamento (o rinnovo triennale) in 14 servizi**: CORI , Senologia e Radiologia Servizi Territoriali di Perugia, Radiologia Ospedale di Assisi, Radiologia Ospedale Media Valle del Tevere, Radiologia Ospedali del Trasimeno, Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero Media Valle del Tevere, LUS-Laboratorio unico screening, Servizio Trasfusionale di Città di Castello, Unità Raccolta sangue Gubbio/Gualdo Tadino, Unità Raccolta sangue Assisi, Unità Raccolta sangue Media Valle del Tevere, Unità Raccolta sangue Castiglione del Lago, Unità Raccolta sangue Città della Pieve, Unità Raccolta sangue Passignano

2. Programmi di miglioramento della qualità

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

Pertanto, le linee strategiche del 2014, oltre allo sviluppo del sistema di accreditamento sopra esplicitato, sono state mirate a:

- **sviluppare il sistema di ascolto e comunicazione** come strumento per la qualificazione delle relazioni interne ed esterne. Le attività principali realizzate in questo ambito sono state:
 - **gestione dei reclami** con produzione di report annuale;
 - realizzazione di **12 indagini sulla soddisfazione dell'utenza** (3 Pronto Soccorso, 8 Radiologie, 1 Servizio di Riabilitazione respiratoria) e progettazione di 4 indagini in servizi accreditati o in accreditamento (Unità Raccolta sangue, Dialisi, CORI e Riabilitazione ortopedica);
 - partecipazione all'**indagine AGENAS-Cittadinanzattiva** di valutazione partecipata del grado di umaniz-

- pubblicazione in Internet, area 'Per il cittadino' delle **Carte dei servizi** di: 3 Radiologie, C.O.R.I., Hospice, Medicina Trasfusionale Aziendale, Laboratorio Unico di Screening;
- **promuovere il miglioramento della documentazione sanitaria** attraverso:
 - Definizione ed implementazione di **procedura aziendale di gestione della cartella clinica e del consenso informato** con revisione della parte comune della modulistica (DDG n 55/2015);
 - Realizzazione del **monitoraggio della qualità della cartella clinica, del consenso informato** e dell'applicazione di procedure di MQ e GRC implementate in ospedale;
- **promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure, con raccomandazioni e procedure basate sull'evidenza, percorsi assistenziali e progetti di audit clinico:** le azioni principali hanno riguardato:
 - la revisione ed integrazione di **23 Procedure Generali Aziendali:** PGA01 gestione reclami, PGA02 gestione infermieristica della PEG nell'adulto, PGA03 gestione pazienti da sottoporre a ERCP, PGA04 gestione blocco operatorio, PGA05 assistenza integrativa non sanitaria nelle UO di degenza, PGA06 gestione cartella clinica, PGA07 gestione consenso informato, PGA08 gestione liste d'attesa operatorie per intervento chirurgico in elezione, PGA09 gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata, PGA11 gestione farmaci e presidi in UO, PGA12 gestione cateteri venosi periferici, PGA14 gestione dolore acuto postoperatorio, PGA15 gestione dolore cronico benigno, PGA16 gestione dolore in PS, PGA17 gestione dolore da parto, PGA18 gestione dolore in pediatria, PGA19 nutrizione artificiale domiciliare, PGA20 modalità raccolta sangue cordonale, PGA23 gestione ossigenoterapia a lungo termine, PGA24 prevenzione rischio cadute, PGA25 incident reporting, PGA26 terapia antibiotica empirica nei pazienti ospedalizzati
 - la realizzazione di **2 progetti di audit clinico:** progetto del CORI sulla gestione delle lesioni da pressione, progettazione congiunta di Distretto del Perugino e Azienda Ospedaliera di Perugia per un audit clinico in Medicina Generale sulla gestione delle neoformazioni colon retto e realizzazione del primo corso di formazione.

3. Sicurezza delle cure

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 è stata istituita la **Rete Aziendale del Rischio Clinico**, 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.

Nell'ambito delle azioni realizzate nel 2014 al fine di aumentare la **sicurezza delle cure**, è stato dato particolare rilievo alle seguenti aree:

- **Gestione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella:** Per favorire le segnalazioni spontanee di eventi avversi/sentinella e/o near miss, è stata elaborata, approvata ed implementata, attraverso specifici corsi di formazione, la Procedura Aziendale "**PGA 25 Incident Reporting**". 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. 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, che proattivo perché la archiviazione dei dati permette l'elaborazione di statistiche per individuare gli ambiti più critici dove implementare azioni di miglioramento.

- **Sicurezza in Sala Operatoria:** È stata ultimata la procedura unica aziendale volta alla regolamentazione dell'intero percorso chirurgico, dalle liste di attesa al post-operatorio (**PGA04 gestione blocco operatorio, PGA08 gestione liste d'attesa operatorie per intervento chirurgico in elezione, PGA09 gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata**). Inoltre, 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. 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.
- **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**". La procedura ha lo scopo di:
 - fornire criteri per la scelta della terapia antibiotica più appropriata nel singolo caso;
 - minimizzare gli effetti indesiderati degli antibiotici;
 - indurre le minori modificazioni possibili alle difese immunitarie del paziente;
 - ridurre al minimo la possibile insorgenza di resistenza;
 - instaurare precocemente (timing) un'adeguata terapia empirica;
 - rispettare la posologia, i tempi di somministrazione e la durata del trattamento.
- **Gestione e Tenuta della Documentazione Clinica:** Sono state redatte le Procedure Aziendali "**PGA07 gestione consenso informato**" e "**PGA06 gestione cartella clinica**". Nello specifico quest'ultima procedura ha 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.

La Comunicazione

Nel 2014 si è data continuità alle azioni strategiche avviate nella nuova Azienda per:

- rafforzare l'identità e consolidare l'immagine della nuova Azienda**, per promuovere il senso d'appartenenza degli operatori e per facilitare l'accesso alle informazioni del cittadino utente, anche curando l'accoglienza e il confort nelle sedi nuove o ristrutturate
- assicurare l'integrazione organizzativa e funzionale del sistema di ascolto istituzionale**, con particolare riferimento al sistema di gestione del reclamo.

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

Per il punto 1 nel 2014 le attività principali realizzate sono state:

- gestione del sistema di comunicazione multicanale:
 - costante aggiornamento del portale con notizie sull'azienda, i servizi e le prestazioni e news o altre informazioni di interesse per i cittadini e per le imprese; in particolare per i servizi accreditati sono state pubblicate nel portale 8 carte dei servizi e 8 standard di prodotto;
 - implementazione dei contenuti della pagina web "Salute-Malattia" per 10 aree tematiche;
 - gestione dei social media: in particolare è stato predisposto un regolamento per l'uso dei social media e sono stati implementati social media come il sito di peer education per i giovani "Se S so" e la pagina Facebook "Promozione stili di vita salutari";
 - rapporti con i media: pubblicazione costante della rassegna stampa in Intranet Aziendale e redazione di comunicati stampa ed organizzazione di conferenze stampa per la diffusione delle principali informazioni rivolte ai cittadini attraverso i media.
- campagne informative su argomenti emergenti in sanità (6): emergenza calore, vaccinazioni, vaccinazioni antinfluenzali, certificazione del reddito, referti on line, fumo;
- guide o materiali informativi per gli utenti (6) su: gestione della disfagia, gestione delle lesioni da decubito, dolore postoperatorio, gestione del rischio cadute nelle strutture, agenda della gravidanza, dimissione neonatale;
- restyling della segnaletica e della accoglienza strutturale in 10 strutture aziendali: Direzione, Poliambulatorio Europa, Punti di erogazione Costacciaro e Pierantonio, Ospedale di Branca, Ospedale di Assisi, RSA Panicale, Riabilitazione Cardiologica Nuovo Grocco, TAC Ospedale di Castiglione del Lago, Polo Odontoiatrico Marsciano) e rinnovo della segnaletica negli automezzi aziendali;
- mediazione culturale :
 - interventi per servizi che ne facciano richiesta (227 prestazioni in sede/di accompagnamento e circa 600 prestazioni telefoniche);
 - attività formative per operatori dei servizi (7 corsi con operatori regionali su promozione maternità responsabile in donne migranti; 2 corsi per servizi SREE e 2 corsi per diffusione del progetto BIRTH, oltre a incontri informativi per studenti in scienze infermieristiche e specializzandi di malattie infettive)
 - coordinamento del progetto BIRTH "Better Integration Rate Through maternal and child" (progetto interaziendale USL Umbria 1 ed Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, finanziato con Bando FEI - "FONDO EUROPEO PER L'INTEGRAZIONE DI CITTADINI DI PAESI TERZI" 2007-2013 "Annualità 2013 Azione 6 "Mediazione sociale, linguistica e interculturale")

La Valorizzazione delle risorse umane

Il miglioramento continuo dei processi valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, così significative in una azienda sanitaria, ha visto nell'esercizio 2014 un ulteriore avanzamento.

In particolare, i processi aziendali relativi alla **formazione e aggiornamento del personale** sono stati definitivamente unificati attraverso l'adozione di un nuovo regolamento aziendale che ha accompagnato l'accreditamento dell'Azienda come provider in linea con il nuovo sistema regionale della Educazione Continua in Medicina (ECM). Ciò ha comportato un generale processo di revisione e riadattamento delle procedure per la definizione del Piano formativo annuale, in particolare attraverso la rete interna dei referenti della formazione diffusa in tutte le articolazioni aziendali che ha accompagnato il processo di ridefinizione delle strutture aziendali.

Nel corso del 2014 sono stati realizzati **166** corsi (di cui 35 realizzati in convenzione con enti e/o risorse esterne) per complessive **390** edizioni effettuate per un totale di **3.728** ore di formazione erogate a **4.812** discenti.

L'offerta formativa è integrata da quella organizzata dalla Regione Umbria presso la Scuola di Pubblica Amministrazione Villa Umbra, in particolare per i profili amministrativi, e con la formazione in comando presso altri enti o eventi esterni all'Azienda che ha coinvolto **122** operatori per **1.890** ore di formazione in **315** giornate formative.

È stata rilevante anche l'attività di docenza dei dipendenti dell'Azienda sia per corsi interni ECM che per i corsi di qualifica per operatori sociosanitari, che hanno coinvolto, nel 2014, 329 operatori e professionisti dell'Azienda.

Il livello aziendale della formazione è perciò rimasto strettamente legato alle funzioni di gestione strategica delle risorse umane muovendo dai fabbisogni rilevati dalle unità operative e dalle macrostrutture anche attraverso la rete dei referenti aziendali che contribuiscono significativamente ad un approccio bottom-up alla gestione.

Con la definizione del Piano formativo 2015, si è ulteriormente consolidato nell'Azienda l'orientamento della formazione secondo il modello delle competenze (Boyatzis 2008), ovvero la rilevazione dei fabbisogni e la programmazione degli interventi derivante dal raffronto fra le competenze chiave dell'organizzazione e quelle dei professionisti e operatori dell'organizzazione, attraverso l'implementazione generalizzata del "Dossier formativo" secondo le disposizioni in materia di Educazione Continua in Medicina.

È attualmente in corso l'ulteriore sviluppo del sistema che condurrà alla gestione informatica dei dossier anche in funzione delle procedure di accreditamento delle strutture aziendali.

- in merito alla **valutazione della performance individuale** e alla revisione del **sistema premiante**, l'Azienda a conclusione di un percorso condiviso con le OO.SS., per la parte di competenza, ha adottato il nuovo regolamento in applicazione delle previsioni del D.Lgs. 150/09, nel rispetto dei CCNL del Comparto e delle Aree Dirigenziali della Sanità, con particolare riferimento alle indicazioni regionali di cui alla D.G.R. n. 50 del 23/1/2012 ed ha ricostituito il **Nucleo Aziendale di Valutazione**, con le funzioni dell'OIV di cui al D.Lgs. 150/09.
- La prima applicazione ha già consentito di unificare già in esito alla valutazione relativa al 2013 le procedure di valutazione per il personale dipendente, mentre per la dirigenza data la diversa configurazione delle procedure di avvio del ciclo di valutazione si sono mantenuti ad esaurimento i criteri di valutazione originari che, tuttavia, sono stati riparametrati con uno specifico intervento del Nucleo di Valutazione in sede di seconda istanza, così da evitare sperequazioni e marcate differenziazioni in presenza di condizioni analoghe fra dirigenti determinate dalla diversa provenienza aziendale.
- circa le azioni per il **miglioramento del benessere organizzativo**, nel 2014, il modello consolidatosi nei precedenti esercizi che prevede la contemporanea rilevazione della condizione di benessere organizzativo e percepito dagli operatori e la specifica rilevazione del rischio legato allo stress lavoro-correlato (ex dlgs

81/09) è stato applicato ai distretti sanitari e al Dipartimento di prevenzione. L'indagine utilizza strumenti raccomandati dalle disposizioni di legge e, in particolare il questionario e le istruzioni emanate da CIVIT¹ (ex art.14, comma 5 del D. Lgs. 150/09) per il benessere organizzativo e il protocollo INAIL per la rilevazione dello stress lavoro correlato.

- L'indagine in continuità con quelle svolte in precedenza anche dalle aziende ora confluite nella attuale ha evidenziato un buon grado di soddisfazione lavorativa e un basso grado di stress lavoro correlato generale, ma insieme specifiche criticità su fattori organizzativi che sembrano maggiormente accentuate nei servizi territoriali rispetto a quelli ospedalieri.

Le Risorse Umane

1. Personale Dipendente

Il personale dipendente in dotazione all'Azienda USL Umbria n.1, al 31/12/14, risulta pari a **3.764 unità**, di cui il **73,91%** del ruolo sanitario, il **16,84%** del ruolo tecnico, l'**8,93%** del ruolo amministrativo e lo **0,32%** del ruolo professionale.

Personale dipendente (Fonte ASCOT)

Tipologia di personale	al 31/12/2013			al 31/12/2014			Differenze 2014-2013
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	
Ruolo Sanitario	2.577	192	2.769	2.593	189	2.782	13
<i>Dirigenza</i>	735	80	815	769	56	825	10
- Medico-veterinaria	652	68	720	684	47	731	11
- Sanitaria	83	12	95	85	9	94	-1
<i>Comparto</i>	1.842	112	1.954	1.824	133	1.957	3
Ruolo Professionale	10	2	12	10	2	12	0
<i>Dirigenza</i>	6	2	8	6	2	8	0
<i>Comparto</i>	4		4	4		4	0
Ruolo Tecnico	544	63	607	570	64	634	27
<i>Dirigenza</i>	2	2	4	2	1	3	-1
<i>Comparto</i>	542	61	603	568	63	631	28
Ruolo Amministrativo	344	4	348	332	4	336	-12
<i>Dirigenza</i>	3	4	7	2	4	6	-1
<i>Comparto</i>	341		341	330		330	-11
TOTALE	3.475	261	3.736	3.505	259	3.764	28

Rispetto al 2013, la **dotazione è aumentata di 28 unità**.

Inoltre è da sottolineare la **politica di stabilizzazione del personale** portata avanti dall'Azienda. Nello specifico, i dati evidenziano una netta riduzione delle unità a tempo determinato nell'area della Dirigenza, mentre nell'area del comparto sono ancora in corso le procedure di reclutamento i cui tempi sono condizionati dalla elevata numerosità dei concorrenti.

È importante sottolineare che, nel biennio 2013-2014, è stata ridefinita la Dotazione Organica della neo costituita Azienda USL Umbria n.1 e sono stati predisposti ed approvati 14 Regolamenti Aziendali con i quali sono state ridefinite ed unificate varie procedure in materia di personale.

In particolare si fa riferimento a:

- Regolamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale del personale dell'Azienda USL Umbria 1, cui ha fatto seguito un accordo integrativo concluso con la Delegazione Trattante di parte Sindacale del Comparto con il quale è stata definita per il biennio 2013/2014 la politica aziendale relativa al sistema premiante del personale del Comparto.
- Disciplinare in materia di organizzazione orario di lavoro/sistemi di controllo.
- Regolamento per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria dei dirigenti dipendenti e degli specialisti convenzionati interni.

Con tali due ultimi Regolamenti si è conclusa, previo confronto con le OO.SS., la fase di unificazione degli istituti giuridici ed economici in materia di personale, nel rispetto della normativa legislativa e contrattuale.

¹ Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche
 Autorità Nazionale Anticorruzione, "Modelli per la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di misurazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico" Testò revisionato e approvato dalla Commissione il 29/05/2013

2. Personale Convenzionato

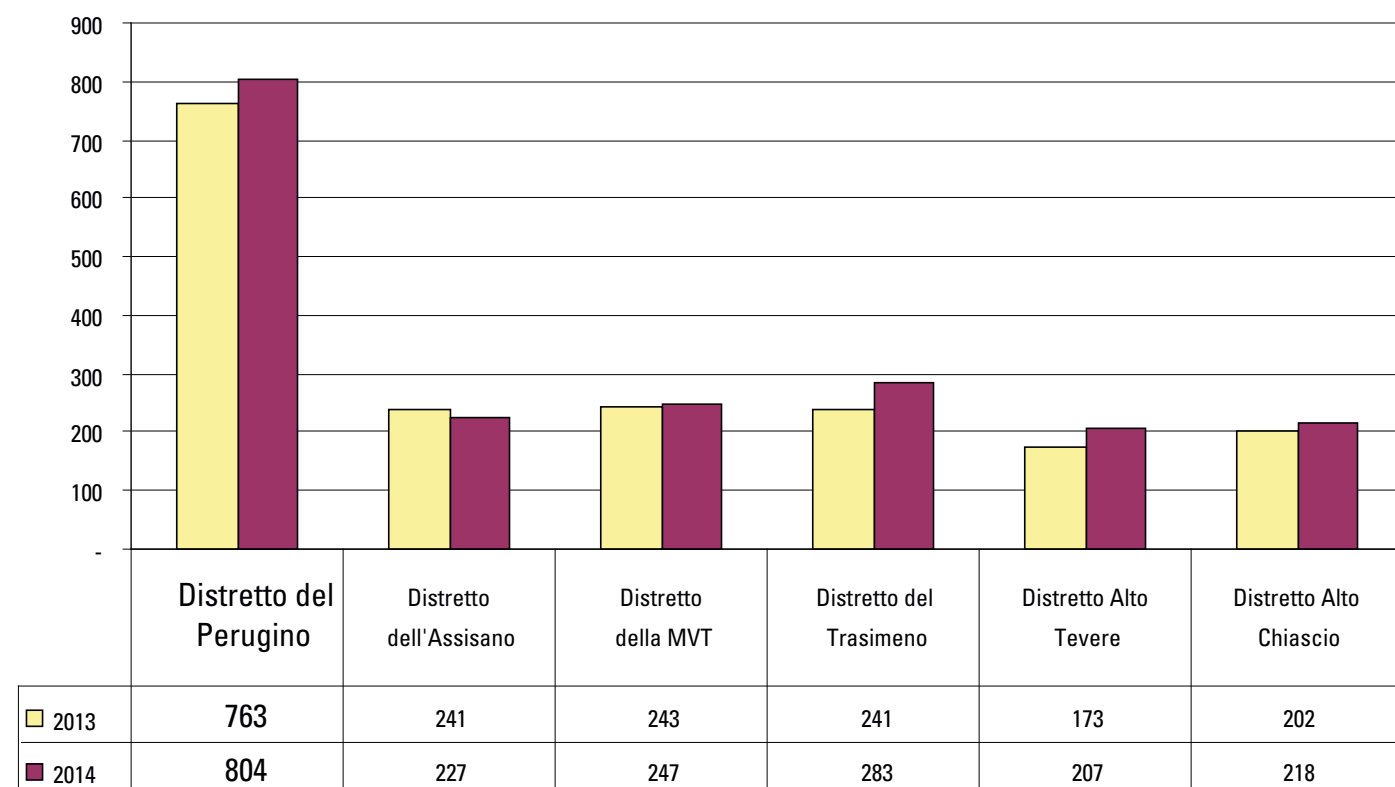
Le risorse professionali dell'Azienda USL Umbria n.1 comprendono anche il personale in rapporto convenzionale: i **medici di Medicina Generale** e di **Pediatria di Libera Scelta**, nonché i **medici dei Servizi di Continuità Assistenziale**. Nell'anno 2014 il personale convenzionato è risultato pari a **617** unità. A questi vanno aggiunti **10** Medici del **Servizio Emergenza Territoriale (118)** che operano nelle postazioni degli Ospedali Aziendali.

Personale convenzionato – Anno 2014

Convenzione	Distretto Perugino	Distretto Assisano	Distretto M.V.T.	Distretto Trasimeno	Distretto Alto Tevere	Distretto Alto Chiascio	USL Umbria 1
Medici di Medicina Generale	168	50	50	49	60	47	424
Medici Pediatria di Libera Scelta	27	9	8	7	10	7	68
Medici di Continuità Assistenziale	25	21	17	18	26	18	125
TOTALE	220	80	75	74	96	72	617

Infine, non va dimenticato che una rilevante attività assistenziale viene assicurata dai **medici specialisti ambulatoriali interni convenzionati** che, nel corso del 2014, hanno garantito **1.985** ore settimanali di attività con un incremento, rispetto al 2013, di 122 ore (+6,6%).

Ore specialisti Ambulatoriali



Le Risorse Finanziarie

Per l'anno 2014, la Regione Umbria ha assegnato alla USL Umbria n.1 la somma di **€ 786.428.798**, al netto della quota di € 11.150.000 di finanziamento corrente destinato agli investimenti, esposta, con segno negativo, alla voce "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti".

Valore della Produzione

Tipologia Ricavo	Anno 2013		Anno 2014	
	Importo	%	Importo	%
Contributic/esercizio	797.179.421	90,09	797.578.798	91,82
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti			-11.150.000	-1,28
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	122.605	0,01	35.976	0,00
Ricavi per prestazioni socio-sanitarie	53.133.414	6,00	49.382.204	5,69
concorsi, recuperi, rimborsi	14.358.840	1,62	13.225.316	1,52
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	10.732.240	1,21	10.923.792	1,26
altri ricavi e proventi	840.433	0,09	836.205	0,10
Contributi in conto capitale imputati all'esercizio	8.510.035	0,96	7.756.138	0,89
TOTALE VALORE PRODUZIONE	884.876.988	100,00	868.588.429	100,00

Nella tabella è riportata la struttura del valore della produzione dalla quale emerge che circa il **90%** è rappresentato dai "contributi in conto esercizio" composti dalla quota di FSR e oltre il **5%** deriva da ricavi per prestazioni sanitarie tra cui i più significativi sono la mobilità sanitaria regionale e quella extraregionale. Rispetto all'anno precedente, il valore della produzione è diminuito dell'**1,84%** (-16.288.559). Sui ricavi per prestazioni socio-sanitarie, si registra una consistente diminuzione riconducibile alla riduzione della mobilità attiva regionale ed extraregionale a seguito della modifica delle tariffe dei ricoveri attuata dalla Regione Umbria a seguito del recepimento del tariffario nazionale di cui al DM Sanità del 18/10/2012.

La Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

1. Stato dell'arte

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

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle seguenti macroaree:

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

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

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

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

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

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

2. Obiettivi

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

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

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

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

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

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

Per l'anno 2014, i principali obiettivi per il Dipartimento di Prevenzione sono stati:

- Realizzare un sistema di sorveglianza sui risultati di salute dei servizi attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti;

- Sostenere i sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie accreditate a livello nazionale e regionale (PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla Salute, HBSC/GYTS) garantendo le rilevazioni programmate a livello nazionale e regionale;
- Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale;
- Controllare la qualità delle acque da destinare al consumo umano attraverso un'attività integrata con Ente Gestore, Comuni, ATO ed ARPA;
- Mantenere i livelli di controllo già previsti dal piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro;
- Mantenere l'attività di ricerca attiva, nell'ambito del monitoraggio delle malattie professionali, dei casi di tumore riconducibili alla esposizione lavorativa a cancerogeni;
- Armonizzare e potenziare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera, alla luce del cosiddetto Pacchetto Igiene, compresi i Servizi Sanitari interessati (Servizi Veterinari e Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione);
- Rafforzare l'azione di contrasto all'obesità in linea con quanto previsto dalla Carta Europea;
- Promuovere un'attività motoria salubre attraverso l'accertamento della idoneità all'attività sportiva;
- Mantenere l'attività di vigilanza e controllo nelle Aziende di produzione, confezionamento, distribuzione, somministrazione di alimenti e bevande da parte dei servizi IAQA e IAN sulla base dell'analisi del rischio;
- Controllare gli alimenti di origine animale provenienti da scambi intra-comunitari e da importazioni extra-comunitarie;
- Attuare il programma di sorveglianza per la eradicazione della TBC bovina;
- Mantenere l'attività di profilassi per l'eradicazione della BRC bovina e della LBE, nonché della BRC ovina;
- Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione e sull'utilizzo degli alimenti zootecnici attraverso programmi di attività e monitoraggio in applicazione anche dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Az.li;
- Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione, deposito, commercializzazione, ed uso di principi farmacologici e chimici;
- Tutelare il benessere animale, anche ai fini della qualità delle produzioni, coordinando ed indirizzando le attività di vigilanza;
- Uniformare nell'ambito delle strutture operative procedure e strumenti di vigilanza.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) del Dipartimento di Prevenzione, con il valore di **94,33%**, ha fatto registrare risultati ottimali.

3. Attività

3.1. Promozione della Salute

Le malattie cronic-degenerative oggi prevalenti in Europa e in Italia, (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) hanno alla base fattori di rischio modificabili, legati allo stile di vita, (quali sedentarietà, alimentazione errata, fumo di tabacco, abuso di alcol). Esse causano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie. I comportamenti individuali sono fortemente influenzati dagli aspetti strutturali e organizzativi dei contesti di vita e di lavoro, nonché dalle condizioni economiche e sociali. Uno stile di vita salutare è reso sempre più difficile dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, a causa della prevalente auto-mobilità e automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Nell'attuale contesto storico, l'approccio bio-medico, centrato sulla malattia e sulla cura, è entrato in crisi. Le disuguaglianze in salute stanno aumentando. In un ambiente incerto come quello attuale, la gestione dei processi riguardanti la salute dell'individuo e della comunità richiede professionisti in grado di orientare

le loro azioni quotidiane coniugando la razionalità con la creatività, l'evidenza scientifica con i valori etici. Si rende necessario attivare strategie efficaci per Promuovere Salute, ovvero, come dettato dalla Carta di Ottawa (1986) avviare processi che consentono alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.

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

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

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

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

In tale ottica, nel 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 Alcoolologia, Direzione del Dipartimento di Prevenzione.

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

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

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

vita sani e comunque di promozione del benessere della popolazione in tutte le fasce di età e alla valutazione dei risultati ottenuti.

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

- 1) Promuovere la mobilità sostenibile;
- 2) Promuovere l'attività fisica;
- 3) Promuovere una corretta e sana alimentazione;
- 4) Rendere le Scuole promotrici di salute;
- 5) Rendere la città sana e sicura grazie ad assetti urbani che prevengano incidenti e violenze;
- 6) Promuovere relazioni positive tra le persone;
- 7) Prevenire e contrastare l'abitudine al fumo;
- 8) Contrastare l'uso rischioso dell'alcol;
- 9) Promuovere la comunicazione efficace per la Salute attraverso il social network Facebook (profilo Promozione Stili Salutari, Gruppo Piedibus Perugia, Gruppo Promozione Stili Salutari e sostenibili).

In attuazione del programma citato, nell'ottica del lavoro di rete, sono state organizzate numerose iniziative, in collaborazione con vari stakeholder, utilizzando la progettazione partecipata.

Sono state avviate numerose iniziative denominate Piedibus, nelle tipologie differenziate: Scolastico, Piedibus della Salute e del Ben Essere, versione speciale e serale.

Nel corso dell'anno 2014 sono state organizzate 15 iniziative di Piedibus della Salute e del Ben Essere che hanno fatto registrare complessivamente circa 1.700 presenze, con una media di oltre 100 partecipanti per ogni edizione e 46 edizioni di Piedibus serale, che hanno fatto registrare complessivamente 1.900 presenze, con una media di 40 persone per ogni edizione.

3.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona

3.2.1. Livelli di copertura vaccinale

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

In Italia le vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente a tutta la popolazione sono: Difterite-Tetano-Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus Influenzae b, Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR), Pneumococco, Meningococco C, Infezione papillomavirus umano, Varicella, Influenza.

Nell'Azienda USL Umbria n.1, l'attività nel campo delle vaccinazioni in età pediatrica è stata caratterizzata, negli ultimi anni, da un trend in crescente aumento delle coperture vaccinali, mentre nell'ultimo anno si è registrato un trend in riduzione.

La vaccinazione per Poliomielite (3^a dose), presa a riferimento per le **vaccinazioni obbligatorie** in considerazione della contestualità della somministrazione anche della Difterite-Tetano-Pertosse, ha registrato un valore di **95,52%** che, pur essendo inferiore a quello del 2013, è comunque superiore al target del 95% fissato dalla programmazione nazionale regionale. Meno soddisfacenti sono le coperture ottenute per il **Morbillo** che con l'**88,18%** presenta un valore nettamente inferiore rispetto allo scorso anno e al disotto della soglia del 95% prevista dalla programmazione nazionale regionale.

Copertura per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi

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

Rispetto al 2013 migliore è il risultato per la 2^a dose di MPR, migliora anche la copertura per il meningococco C nei dodicenni, mentre per la Vaccinazione HPV (1^a dose) si registra una lieve flessione.

Copertura per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

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

Nel corso della **campagna antinfluenzale** sono stati vaccinati dai MMG, con la collaborazione delle strutture dell'Azienda USL Umbria n.1, complessivamente **72.936 ultrasessantacinquenni**, con una copertura vaccinale del **60,15%**, inferiore rispetto alla copertura della precedente stagione (64,08%).

Campagna vaccinazione antinfluenzale

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

3.2.2. Programmi di diagnosi precoce

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. Per essere programmato e realizzato, lo screening deve riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia ed attenersi a linee guida di qualità. Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono attivi i seguenti programmi di screening:

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

Screening per i Tumori della Mammella

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

Il 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°	%
Perugino	11.640	100,0%
Aderenti ad invito precedente	8.384	72,0%
Mai aderenti a invito precedente	2.518	21,6%
Primi inviti	738	6,3%
Assisano	3.631	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.898	79,8%
Mai aderenti a invito precedente	521	14,3%
Primi inviti	212	5,8%
Media Valle del Tevere	3.588	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.567	71,5%
Mai aderenti a invito precedente	806	22,5%
Primi inviti	215	6,0%
Trasimeno	3.604	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.561	71,1%
Mai aderenti a invito precedente	760	21,1%
Primi inviti	283	7,9%
Alto Tevere	4.604	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.287	71,4%
Mai aderenti a invito precedente	496	10,8%
Primi inviti	821	17,8%
Alto Chiascio	3.722	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.547	68,4%
Mai aderenti a invito precedente	464	12,5%
Primi inviti	711	19,1%
USL Umbria n.1	30.789	100,0%
Aderenti ad invito precedente	22.244	72,2%
Mai aderenti a invito precedente	5.565	18,1%
Primi inviti	2.980	9,7%

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%**; 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%
USL Umbria n.1	78.2%	78.9%

*invitate + spontanee

L'adesione per distretto di residenza, in linea con il dato storico, evidenzia le maggiori percentuali nel Distretto del Perugino.

Screening mammografico: Adesione per Distretto- Anno 2014

Distretto di residenza	% aderenti	% esaminate*
Perugino	84.3%	84.7%
Assisano	82.2%	83.1%
Media Valle del Tevere	72.2%	73.0%
Trasimeno	76.4%	77.4%
Alto Tevere	73.9%	75.1%
Alto Chiascio	68.4%	69.4%
USL Umbria n.1	78.2%	78.9%

*invitate + spontanee

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%
USL Umbria n.1	78.2%

Screening per il Tumore della Cervice Uterina

Lo Screening del cervico-carcinoma si propone di invitare tutte le donne dai 25 ai 64 anni di età ad eseguire, presso la sede consultoriale più vicina, un esame citologico, al fine di individuare precocemente la presenza di lesioni precancerose e garantire un trattamento quasi sempre conservativo e quindi una migliore qualità di vita, soprattutto per le donne in età fertile. Data la lentezza con cui avviene la progressione del tumore della cervice (8-15 anni), le indicazioni che pervengono dalla ricerca scientifica fanno ritenere sufficiente la regolare ripetizione del test ogni 3 anni.

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 DDGGRR 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 circa **40.000 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°	%
Perugino	14.358	100,0%
Aderenti ad invito precedente	10.243	71,4%
Mai aderenti a invito precedente	2.173	15,1%
Primi inviti	1.942	13,5%
Assisano	4.757	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.322	69,8%
Mai aderenti a invito precedente	842	17,7%
Primi inviti	593	12,5%
Media Valle del Tevere	3.924	100,0%
Aderenti ad invito precedente	2.690	68,6%
Mai aderenti a invito precedente	753	19,2%
Primi inviti	481	12,3%
Trasimeno	4.286	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.060	71,4%
Mai aderenti a invito precedente	647	15,1%
Primi inviti	579	13,5%
Alto Chiascio	5.454	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.852	70,6%
Mai aderenti a invito precedente	1.126	20,6%
Primi inviti	476	8,7%
Alto Tevere	7.084	100,0%
Aderenti ad invito precedente	4.330	61,1%
Mai aderenti a invito precedente	2.005	28,3%
Primi inviti	749	10,6%
USLUmbria1	39.863	100,0%
Aderenti ad invito precedente	27.497	69,0%
Mai aderenti a invito precedente	7.546	18,9%
Primi inviti	4.820	12,1%

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%**; 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%
USL Umbria n.1	63.3%	64.9%

*invitate + spontanee

L'adesione per distretto di residenza, coerentemente con il dato storico, evidenzia maggiori percentuali nel distretto del Trasimeno.

Screening cervice uterina: Adesione per Distretto- Anno 2014

Distretto di residenza	% aderenti	% esaminate*
Perugino	67.1%	68.8%
Assisano	66.2%	67.7%
Media Valle del Tevere	66.1%	67.5%
Trasimeno	71.0%	71.9%
Alto Tevere	50.2%	52.5%
Alto Chiascio	59.5%	61.1%
USL Umbria n.1	63.3%	64.9%

*invitate + spontanee

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

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%
USL Umbria n.1	63.3%

Screening per il Tumore del Colon Retto

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

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 stati invitati 80.495 utenti; 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°	%
Perugino	29.306	100,0%
Aderenti ad invito precedente	12.307	42,0%
Mai aderenti a invito precedente	13.437	45,9%
Primi inviti	3.562	12,2%
Assisano	9.238	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.608	39,1%
Mai aderenti a invito precedente	4.447	48,1%
Primi inviti	1.183	12,8%
Media Valle del Tevere	8.661	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.317	38,3%
Mai aderenti a invito precedente	4.275	49,4%
Primi inviti	1.069	12,3%
Trasimeno	9.204	100,0%
Aderenti ad invito precedente	3.712	40,3%
Mai aderenti a invito precedente	4.305	46,8%
Primi inviti	1.187	12,9%
Alto Chiascio	8.473	100,0%
Aderenti ad invito precedente	4.012	47,4%
Mai aderenti a invito precedente	3.422	40,4%
Primi inviti	1.039	12,3%
Alto Tevere	11.554	100,0%
Aderenti ad invito precedente	5.007	43,3%
Mai aderenti a invito precedente	5.056	43,8%
Primi inviti	1.491	12,9%
USLUmbria1	76.436	100,0%
Aderenti ad invito precedente	31.963	41,8%
Mai aderenti a invito precedente	34.942	45,7%
Primi inviti	9.531	12,5%

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

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

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

Complessivamente per il territorio aziendale si osserva una **adesione pari al 43,4%**.

Screening colon retto: Adesione per Distretto- Anno 2014

Distretto di residenza	% aderenti
Perugino	43,9%
Assisano	41,8%
Media Valle del Tevere	39,0%
Trasimeno	41,5%
Alto Tevere	44,1%
Alto Chiascio	48,5%
USL Umbria n.1	43,4%

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 i 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%
USL Umbria n.1	43,4%

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

3.3.1. Sorveglianza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano

Per acque destinate al consumo umano si intendono:

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

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

Questi vengono eseguiti su:

- acque prelevate dall'ambiente (acque sotterranee e superficiali) al fine di identificare l'eventuale presenza di inquinanti di origine antropica o naturale;
- acque sottoposte a processi di potabilizzazione per monitorare e ottimizzare l'efficacia dei trattamenti;

- acque erogate dagli impianti di produzione e su quelle immesse nelle reti di distribuzione.

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

I controlli di competenza dell'Azienda USL, definiti dalla normativa "controlli esterni" comprendono la determinazione di:

- parametri microbiologici;
- parametri chimici;
- parametri di radioattività;
- parametri accessori.

Per l'esecuzione dei controlli i campionamenti delle acque vengono effettuati nei punti stabiliti dalla normativa, quindi alle captazioni, agli impianti di adduzione, accumulo e potabilizzazione ed alle reti di distribuzione.

Il sistema di controllo è strutturato in modo da garantire la tempestiva individuazione di eventuali situazioni di rischio.

Sorveglianza sulla qualità delle acque potabili

Indicatori	2013	2014
n° campioni su captazione di acque destinate al consumo umano effettuati	157	184
n° campioni su manufatti di tratt/accumulo di acque destinate al consumo effettuati	22	28
n° sopralluoghi effettuati c/o punti di captazione e manufatti di trattamento/accumulo	43	21
n° punti di prelievo in distribuzione	1.127	1.127
n° campioni acque potabili effettuati in distribuzione	1.966	1.962
n° campioni acque potabili in distrib, superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parti A e B	61	54
% campioni acque potabili in distrib, superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parti A e B	3,10	2,75
n° campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parte C	97	94
% campioni acque potabili in distrib. superamento valori param. d.leg.vo 31/01 all.1 - parte C	4,93	4,79
n° campioni acque potabili prelevati da rete acquedottistica per controllo radioattività	18	21
n° provv. amm.vi per acque potabili	4	-
n° comunicazioni per superamento valori di parametro (d.leg.vo 31/01, all.1)	165	142

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

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

Nel 2014 sono state controllate, dei diversi comparti, **1.795 aziende**. In particolare:

- sono stati sottoposti ad ispezione **832 cantieri** (pari al 26,30% dei cantieri notificati) dei quali l'8,17% è risultato non a norma;
- sono stati effettuati **247 sopralluoghi** in **178 aziende agrarie** e **884 sopralluoghi** in **591 aziende di altri comparti**.

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Edilizia

Indicatori	2013	2014
n° complessivo di cantieri ispezionati	847	832
di cui non a norma	91	68
% di cantieri ispezionati su quelli notificati	24,57	26,30
% di cantieri ispezionati non a norma	10,74	8,17
n° aziende con dipendenti che sono state oggetto di ispezione+lavoratori autonomi oggetto ispez.	1.288	1.026
n° sopralluoghi complessivamente effettuati	1.330	1.076
n° totale verbali	139	62
n° piani bonifica (ex art.59 dlgs 257/06)	555	521
n° cantieri ispezionati per amianto	223	205

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Agricoltura

Indicatori	2013	2014
N° aziende agrarie controllate	164	178
N° sopralluoghi nelle aziende agrarie	209	247
N° medio sopralluoghi	1,27	1,39
n° totale verbali	25	16

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro: Altri comparti

Indicatori	2013	2014
N° aziende controllate	610	591
N° sopralluoghi effettuati	855	884
N° medio sopralluoghi	1,40	1,50
n° totale verbali	150	117

Sono state effettuate inoltre, oltre **150 controlli alcolimetrici** in cantieri edili, **169 inchieste** a seguito di infortuni sul lavoro e **95 indagini anamnestiche** su presunte neoplasie lavoro correlate

3.5. Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti

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

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

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

Nel corso del 2014, i Servizi IAN, operando in base a criteri di stratificazione del rischio, hanno controllato **1.605** aziende, nel **21,37** % delle quali sono state rilevate violazioni della normativa, valore percentuale inferiore a quello del 2013.

Servizi IAN: Controllo Industrie Alimentari

Indicatori	2013	2014
n° aziende controllate a rischio alto	56	103
n° aziende controllate a rischio medio	399	972
n° aziende controllate a rischio basso	208	530
Totale aziende alimentari controllate	1.717	1.605

Servizi IAN: Controllo Industrie Alimentari

Indicatori	2013	2014
n° sopralluoghi	2.060	2.189
n° campioni alimentari prelevati	362	366
n° campioni alimentari riconosciuti non idonei	6	8
n° aziende con infrazioni	477	343
% aziende con infrazioni	27,78	21,37
n° infrazioni	787	888
n° provv. amm.vi per igiene alimenti	998	930

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

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

Nel corso del 2014, tra le varie attività svolte, i Servizi IAOA, hanno garantito attività di:

- *ispezione* di **318.541** tonnellate di carni rosse;
- *controllo* di **67.813** tonnellate di alimenti di origine animale;
- *vigilanza*, con **1.789** sopralluoghi nelle aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande.

Servizi IAOA: Attività di Ispezione Produzioni Primarie

Indicatori	2013	2014
n° capi ispezionati in stabilimenti di macellazione carni rosse	365.878	354.173
n° tonnellate carni rosse ispezionate	49.754	318.541
n° tonnellate carni rosse sequestrate	93	129
n° esami trichinoscopici effettuati	322.698	324.906
n° campioni alimenti di origine animale effettuati (piani controllo/sorveglianza)	230	267
n° campioni alimenti di origine animale non idonei (piani controllo/sorveglianza)	1	4
% campioni alimenti di origine animale non idonei (piani controllo/sorveglianza)	0,43	1,50

Servizi IAOA: Controllo Stabilimenti riconosciuti

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

Servizi IAOA: Attività di Vigilanza Aziende registrate

Indicatori	2013	2014
n° aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande sottoposte a vigilanza	1.420	1.471
n° sopralluoghi effettuati	1.683	1.789
n° aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande sottoposte a vigilanza non a norma	398	380
% aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande sottoposte a vigilanza non a norma	28	26
n° campioni alimenti di origine animale effettuati (vigilanza programmata)	237	140
n° campioni alimenti di origine animale non idonei (vigilanza programmata)	4	-
% campioni alimenti di origine animale non idonei (vigilanza programmata)	1,69	-

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

Servizi IAPZ: Sicurezza Alimentare Settore Lattiero-Caseario

Indicatori	2013	2014
n° allevamenti da latte controllati	83	105
n° allevamenti da latte non a norma	27	21
% allevamenti da latte non a norma	32,53	20,00
n° sopralluoghi effettuati negli allevamenti da latte	138	135
n° aziende di produzione, trasformazione, distribuzione di latte e prodotti lattiero-caseari controllate	45	42
n° aziende di produzione, trasformazione, distribuzione di latte e prodotti lattiero-caseari non a norma	14	8
% aziende di produzione, trasformazione, distribuzione di latte e prodotti lattiero-caseari non a norma	31,11	19,05
n° sopralluoghi effettuati nelle aziende di produzione, trasformazione, distribuzione di latte e prodotti lattiero-caseari	132,00	120,00
n° campioni di latte e prodotti lattiero caseari effettuati	123	92
n° campioni di latte e prodotti lattiero caseari non idonei	4	3
% campioni di latte e prodotti lattiero caseari non idonei	3,25	3,26

3.6. Sanità Pubblica Veterinaria

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

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

Nel corso del 2014 i Servizi di Sanità Animale hanno svolto, tra le varie competenze, attività di:

- *profilassi*, con la totale copertura degli allevamenti soggetti a profilassi di stato (**1.943** allevamenti);
- *vigilanza permanente*, su parte degli allevamenti censiti nella USL Umbria n.1 (**1.532** allevamenti).

Servizi SA: Attività di profilassi

Indicatori	2013	2014
n° allevamenti controllati per profilassi di stato	2.120	1.943
n° ingressi effettuati negli allevamenti per profilassi di stato	5.736	2.777
N° medio ingressi per profilassi di stato	2,71	1,43

Servizi SA: Attività di vigilanza permanente

Indicatori	2013	2014
n° allevamenti controllati per vigilanza permanente	969	1.532
n° ingressi in allevamenti per vigilanza permanente	3.718	4.910
N° medio ingressi per vigilanza permanente	3,84	3,20

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

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

Servizi IAPZ: Farmacosorveglianza e Farmacovigilanza

Indicatori	2013	2014
n° ditte di produzione, deposito e commercializzazione del farmaco veterinario controllate	29	40
n° ditte di produzione, deposito e commercializzazione del farmaco veterinario non a norma	2	
% ditte di produzione, deposito e commercializzazione del farmaco veterinario non a norma	6,90	
n° allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario	563	529
n° allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario non a norma	39	22
% allevamenti controllati per corretto uso farmaco veterinario non a norma	6,93	4,16
n° sopralluoghi effettuati per sorveglianza farmaco veterinario	649	705
n° ambulatori veterinari controllati	14	51
n° ambulatori veterinari controllati non a norma		6
% ambulatori veterinari controllati non a norma		11,76
n° prescrizioni sanitarie pervenute	7.462	10786
n° prescrizioni sanitarie controllate	3.730	4741
% prescrizioni sanitarie controllate	49,99	43,96
n° campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco effettuati	146	55
n° campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco non idonei		1
% campioni per ricerca residui ambientali e di farmaco non idonei		1,82

Servizi IAPZ: Alimentazione zootecnica

Indicatori	2013	2014
n° aziende di produzione primaria (coltivatori materie prime vegetali) controllate	164	203
n° aziende di produzione primaria (coltivatori materie prime vegetali) non a norma		1
% aziende di produzione primaria (coltivatori materie prime vegetali) non a norma		0,49
n° aziende di produzione mangimi (per autoconsumo e vendita) controllate	70	74
n° aziende di produzione mangimi (per autoconsumo e vendita) non a norma	11	3
% aziende di produzione mangimi (per autoconsumo e vendita) non a norma	15,71	4,05
n° centri di stoccaggio/vendita mangimi (essiccatoi, rivendite) controllati	79	74
n° centri di stoccaggio/vendita mangimi (essiccatoi, rivendite) non a norma	26	8
% centri di stoccaggio/vendita mangimi (essiccatoi, rivendite) non a norma	32,91	10,81
n° allevamenti intensivi controllati per corretto utilizzo alimenti zootecnici	486	527
n° allevamenti intensivi controllati per corretto utilizzo alimenti zootecnici non a norma		8
% allevamenti intensivi controllati per corretto utilizzo alimenti zootecnici non a norma		1,52
n° sopralluoghi effettuati per sorveglianza alimenti zootecnici	524	808
n° campioni alimenti zootecnici effettuati	250	228
n° campioni alimenti zootecnici non idonei	6	4
% campioni alimenti zootecnici non idonei	2,40	1,75

Servizi IAPZ: Tutela del Benessere Animale

Indicatori	2013	2014
n° allevamenti, ricoveri ed aziende trasporto controllate	487	553
n° allevamenti, ricoveri ed aziende trasporto non a norma	48	61
% allevamenti, ricoveri ed aziende trasporto non a norma	9,86	11,03
n° aziende di trasporto animale controllate	107	146
n° aziende di trasporto animale controllate non a norma	5	13
% aziende di trasporto animale controllate non a norma	4,67	8,90
n° comunicazioni iniziali inizio sperimentazione sugli animali pervenute	22	27
n° comunicazioni iniziali inizio sperimentazione sugli animali controllate	1	17
% comunicazioni iniziali inizio sperimentazione sugli animali controllate	4,55	62,96
n° sopralluoghi effettuati per la tutela del benessere animale	714	687
n° autorizzazioni al trasporto animali rilasciate	79	55
n° certificati di omologazione rilasciati	24	
n° certificazioni di idoneità al trasporto rilasciati		98

3.7. Medicina dello sport

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

Nel corso del 2014, sono state realizzate numerose iniziative educative/formative per la promozione di un'appropriate attività fisica, o meglio "attività motoria", intendendo esprimere, con tale terminologia, un concetto più ampio e completo, che racchiuda tutte le possibili forme e intensità di movimento: non solo svolgere attività sportive vere e proprie ma anche passeggiare, andare a scuola a piedi e fare le scale.

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

Relativamente all'attività per l'accertamento dell'idoneità sportiva, nel corso del 2014, i Servizi di Medicina dello Sport hanno effettuato **24.481 visite di idoneità**.

L'Assistenza Distrettuale

1. Stato dell'arte

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

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

Nello specifico dell'articolazione in Centri di Salute:

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

L'Azienda opera mediante **168 presidi a gestione diretta e 73 strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale**.

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

Strutture a gestione diretta (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza										
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Att. Consultorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip/alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. Malati terminali	Ass. AIDS
Ambulatorio Laboratorio	51	11	9								
Struttura residenziale					20	1	10	2	1	1	
Struttura semiresidenziale					9	1	9	8	5		
Altro tipo di struttura	1			22	21	8					2

Strutture convenzionate (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza										
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Att. Consultorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip/alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. AIDS	Ass. Idrotermale
Ambulatorio Laboratorio	10	6	14								
Struttura residenziale					13	3	15	1	4	1	
Struttura semiresidenziale					1	1	2	4	5		
Altro tipo di struttura											1

2. Obiettivi

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

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

In questa prospettiva i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali ed i Medici del Servizio di Continuità Assistenziale sono stati chiamati a svolgere un ruolo sempre più centrale nell'operatività del Distretto aumentando il loro livello di integrazione funzionale ed organizzativa.

Per l'anno 2014, i principali obiettivi per i Distretti sono stati:

- Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali e Servizio Farmaceutico, l'assistenza farmaceutica per renderla sicura, efficace ed appropriata e contenerne la spesa;
- Riqualificare l'assistenza protesica migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la personalizzazione degli interventi e contenendone la spesa;
- Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali, Specialisti prescrittori, Servizio Farmaceutico e Servizio Informatico l'assistenza integrativa per renderla appropriata e contenerne la spesa;
- Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale;
- Migliorare il sistema degli screening oncologici alla luce di quanto previsto dal PSR 2009-2011 attraverso la sensibilizzazione dei MMG ed il miglioramento dei flussi informativi di ritorno;
- Potenziare, in stretta collaborazione con le Equipe Territoriali, il Sistema delle Cure Domiciliari anche garantendo la continuità assistenziale sui 7 giorni e la corretta e completa registrazione dei dati nel sistema informativo;
- Migliorare l'assistenza ai malati terminali assicurando una veloce ed appropriata presa in carico da parte della rete aziendale delle Cure Palliative;
- Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato;
- Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali;
- Favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale nel Percorso Nascita;
- Ridurre l'istituzionalizzazione degli anziani attraverso il potenziamento dell'ADI, il potenziamento dei C.D. e l'utilizzo delle RSA a degenza breve per superare momenti di particolare impegno assistenziale;
- Garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del sistema di accreditamento;
- Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative (Percorso per le Cure Domiciliari, Procedura Aziendale per la corretta prescrizione dell'ossigenoterapia domiciliare, Procedura Aziendale per la corretta prescrizione-erogazione della nutrizione artificiale).

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) dei Distretti, nel 2014, ha fatto registrare risultati ottimali:

- Distretto del Perugino 91,43%;
- Distretto dell'Assisano 93,89%;
- Distretto della Media Valle del Tevere 92,45%;
- Distretto del Trasimeno 92,93%;
- Distretto dell'Alto Tevere 90,63%;
- Distretto dell'Alto Chiascio 87,64%.

3. Attività

3.1. Assistenza farmaceutica convenzionata

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

Nell'anno 2014 la spesa farmaceutica netta dell'Azienda USL Umbria n.1, scorporata dalla quota dell'ossigeno-terapia, è stata pari ad € 72.358.536,05. Tenendo conto dei dati della popolazione (Bilancio demografico ISTAT al 30.10.2013) l'Azienda ha speso in media € 142,89 netti per ciascun residente con un costo netto a ricetta di € 12,05.

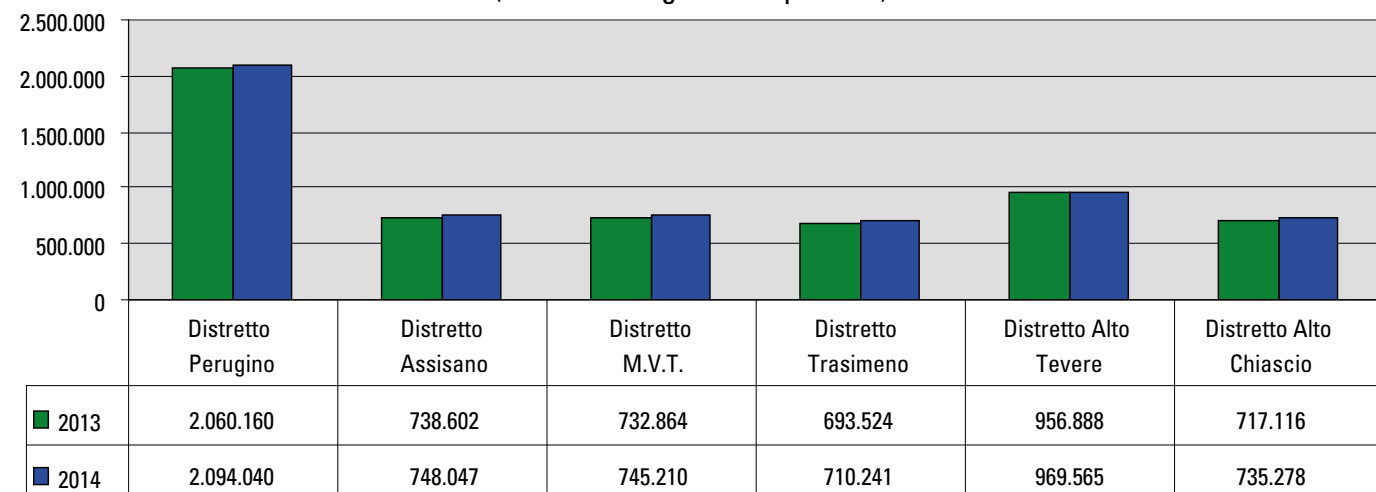
Assistenza farmaceutica convenzionata (Fonte Servizio Farmaceutico) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° ricette di specialità medicinali e galenici	N° ricette spec. medicinali e galenici per assistito	Spesa netta assistenza farmaceutica territoriale	Spesa netta ass. farmaceutica territoriale per ricetta	Spesa procapite ass. farmaceutica convenzionata
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	6.002.381	11,85	72.358.536,05	12,05	142,89
(Liv 3) Distretto del Perugino	2.094.040	10,81	25.848.730,23	12,34	133,43
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	748.047	12,01	9.408.744,19	12,58	151,05
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	745.210	12,71	8.675.061,55	11,64	147,95
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	710.241	12,20	8.698.670,55	12,25	149,45
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	969.565	12,50	11.238.056,15	11,59	144,92
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	735.278	13,13	8.489.273,38	11,55	151,62

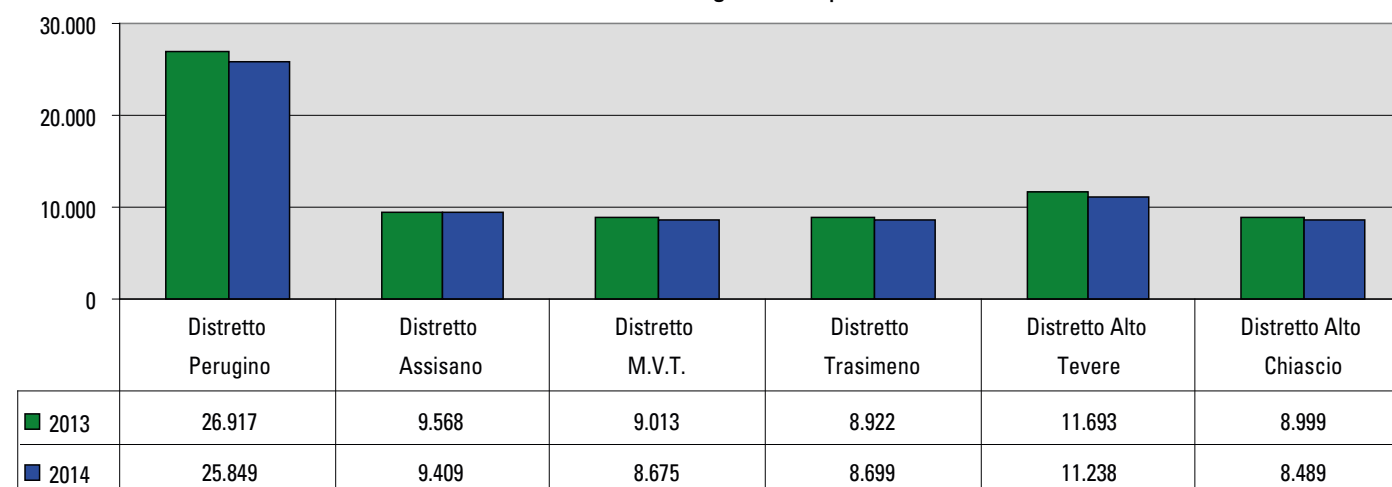
Rispetto all'anno precedente:

- le ricette di specialità medicinali e galenici (escluse quelle per ossigeno terapeutico) sono aumentate dell'1,75%;
- la spesa farmaceutica netta aziendale (senza ossigeno terapeutico) è diminuita del 3,67%;
- la spesa per ricetta è diminuita del 5,32%;
- la spesa procapite aziendale è diminuita del 2,37%.

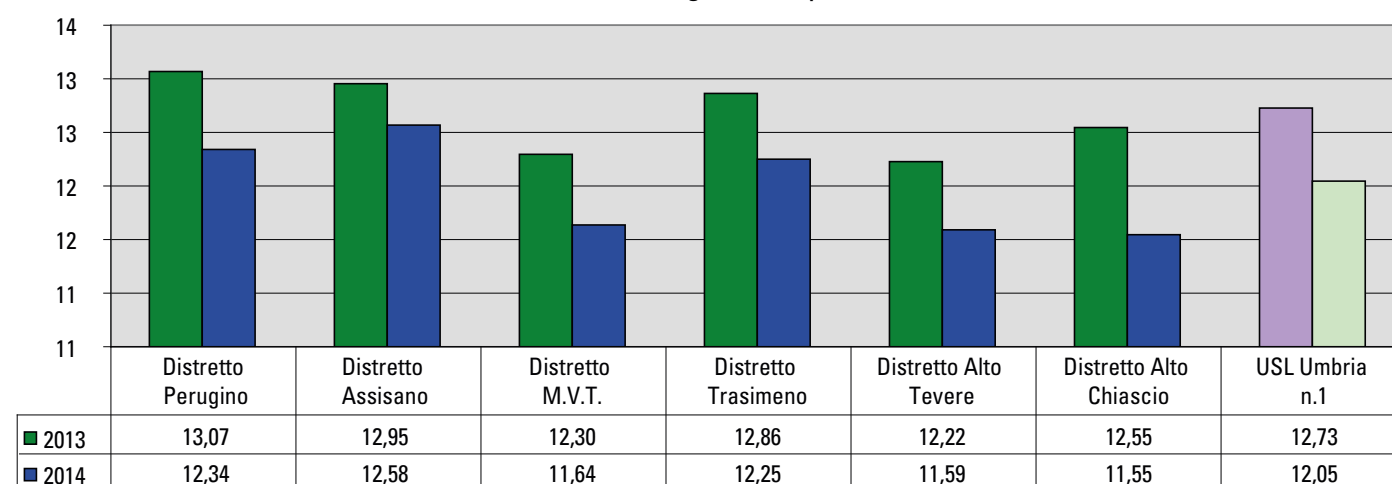
Andamento numero ricette specialità medicinali e galenici (escluso ossigeno terapeutico)



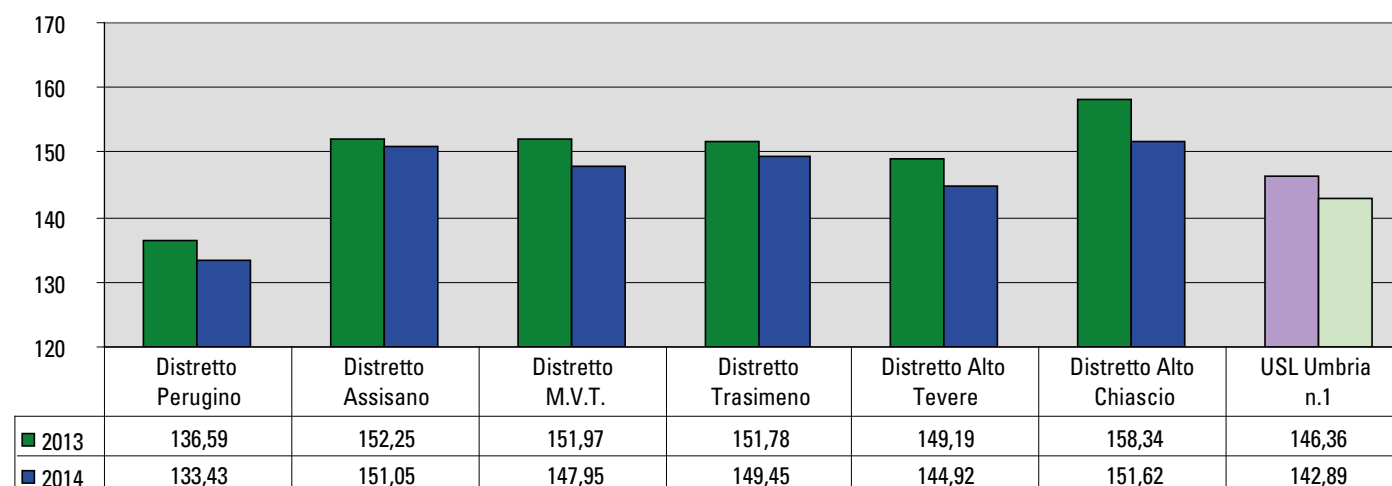
Andamento spesa farmaceutica netta (migliaia di euro) (escluso ossigeno terapeutico)



Andamento spesa farmaceutica netta per ricetta (escluso ossigeno terapeutico)



Andamento spesa farmaceutica netta pro-capite (escluso ossigeno terapeutico)



Il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata è frutto di provvedimenti nazionali, regionali ed aziendali volti in particolare ad implementare la prescrizione di farmaci equivalenti in regime di S.S.N. nell'ambito della medesima categoria terapeutica, oltre ad alcune scadenze brevettuali di notevole impatto economico, avvenute a metà 2014, quali l'associazione telmisartan + idroclortiazide e gli omega polienoici (esteri etilici di acidi grassi insaturi), entrambi del sistema cardiovascolare, e l'escitalopram per gli antidepressivi.

La stessa D.G.R.U. n. 799 del 15/07/2013 fissa gli obiettivi di incentivazione di prescrizione di farmaci non coperti da brevetto per alcune categorie terapeutiche che incidono significativamente sulla spesa farmaceutica, come quella delle statine (ATC C10AA), degli antagonisti dell'angiotensina II (ATC C09CA) da soli o in associazione con diuretici (ATC C09DA) e degli inibitori selettivi della serotonina (ATC N016AB). Inoltre, incentiva anche l'utilizzo dei farmaci biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi ("drug naive") coinvolgendo, limitatamente alla stesura del consiglio terapeutico, gli specialisti ed i medici ospedalieri.

A livello aziendale, nell'anno 2014, è stato siglato l'Accordo Aziendale Medicina Generale Assistenza Primaria anni 2014-2015 che, tra i vari punti, fissa un obiettivo di miglioramento o consolidamento della percentuale di principi attivi non coperti da brevetto sul totale delle confezioni erogate, limitatamente alla categoria terapeutica delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina. Accanto a tale obiettivo, l'Accordo prevede il rispetto di livelli di spesa pro-capite media da parte della Medicina Generale limitatamente ad alcune categorie terapeutiche ad alta criticità di prescrizione come quella degli inibitori di pompa protonica e del sistema respiratorio.

Per quanto sopra, si può affermare, che promuovendo la prescrizione dei principi attivi equivalenti si garantisce l'appropriatezza prescrittiva ed al contempo il mantenimento della sostenibilità economica della spesa farmaceutica, consentendo di liberare risorse per l'acquisto di farmaci innovativi, facilitando, al contempo, l'accesso alle nuove terapie farmacologiche.

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

3.2. Assistenza protesica

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

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

- l'elenco n. 1 del nomenclatore contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso. L'elenco n. 1 contiene, inoltre, i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere con-

segnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista. I dispositivi contenuti nell'elenco n. 1 sono destinati esclusivamente al paziente cui sono prescritti.

- l'elenco n. 2 del nomenclatore contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie, la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato.
- l'elenco n. 3 del nomenclatore contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende USL ed assegnati in uso con procedure indicate.

Nel corso del 2014, la spesa per assistenza protesica è risultata pari a € 5.426.087 di cui il 72,63% per l'elenco 1 e il 27,37% per gli elenchi 2 (distribuzione interna) e 3.

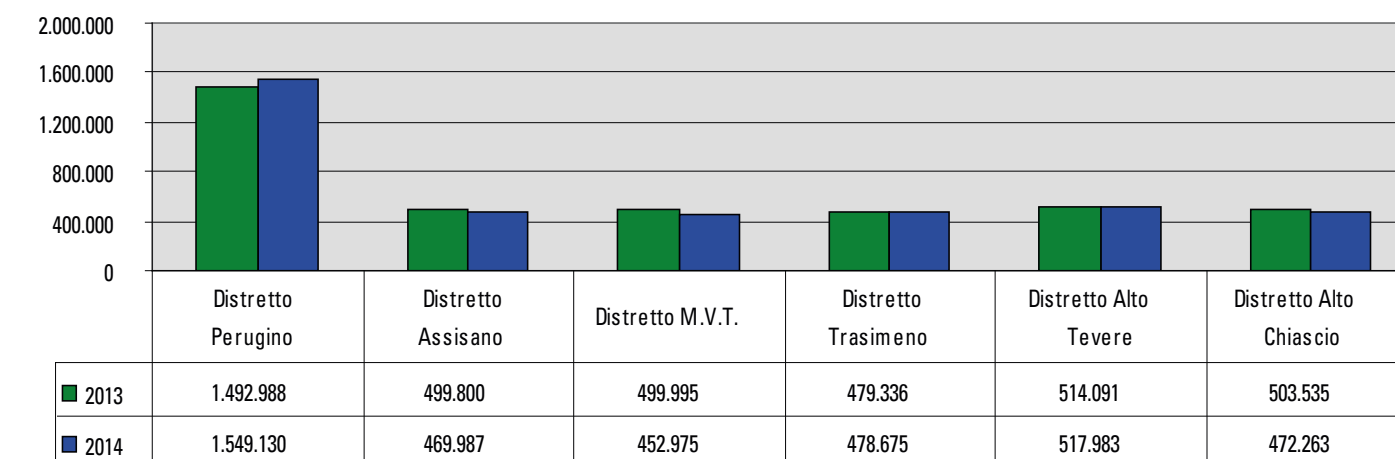
Spesa Protesica (Fonte SAP) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	Spesa protesica (elenco 1)	Spesa protesica (elenchi 2-3)	Spesa totale per assistenza protesica	Spesa protesica procapite elenco 1	Spesa protesica procapite elenchi 2-3 – distribuzione interna	Spesa protesica procapite – distribuzione interna
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	3.941.013	1.485.075	5.426.087	7,86	2,96	10,82
(Liv 3) Distretto del Perugino	1.549.130	346.760	1.895.890	8,15	1,82	9,98
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	469.987	285.432	755.419	7,61	4,62	12,23
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	452.975	262.920	715.896	7,75	4,50	12,25
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	478.675	166.704	645.378	8,25	2,87	11,12
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	517.983	245.037	763.020	6,71	3,18	9,89
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	472.263	178.221	650.484	8,45	3,19	11,64

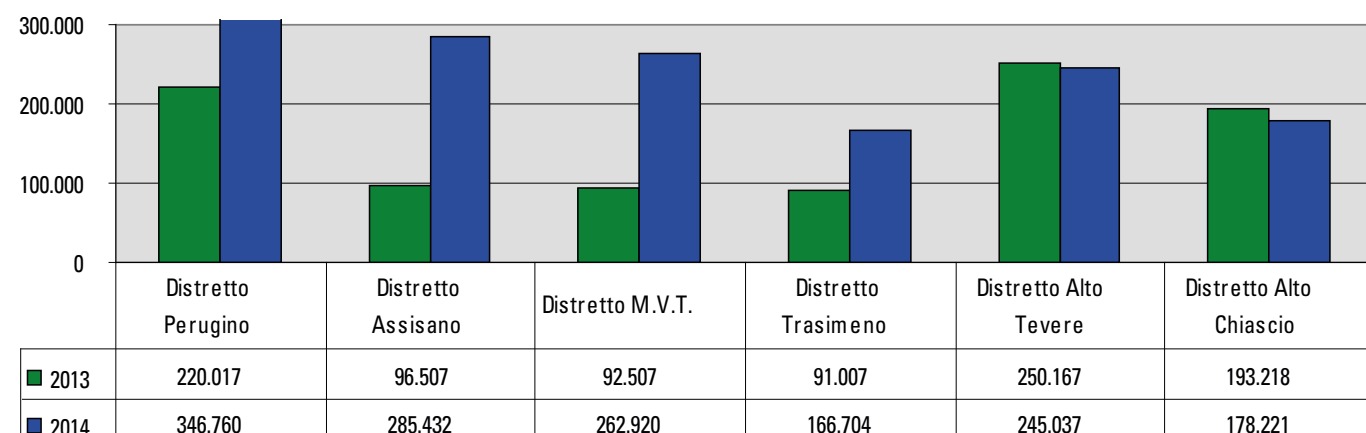
Rispetto all'anno precedente:

- la spesa per l'elenco 1 (72,63% della spesa totale) è diminuita dell'1,22%;
- la spesa per gli elenchi 2 e 3 (27,37% della spesa totale) è aumentata di oltre il 57%;
- la spesa procapite totale è aumentata del 9,43%.

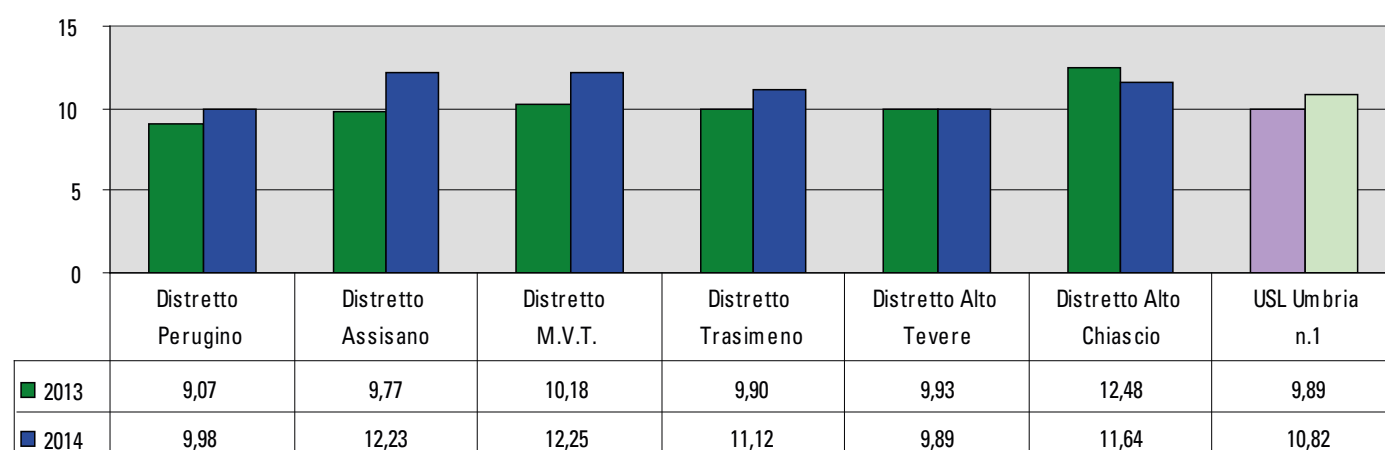
Andamento spesa protesica (elenco 1)



Andamento spesa protesica (elenchi 2-3)



Andamento spesa protesica pro-capite totale



Va sottolineato anche che una parte delle protesi e ausili dell'elenco 2 è distribuito dalle farmacie convenzionate e/o dalle sanitarie. Nel 2014, la spesa registrata per tali forniture è risultata pari a € 5.841.130.

Spesa protesica elenco 2 – distribuito da farmacie convenzionate e/o sanitarie (Fonte SAP)

Strutture \ Indicatori	Spesa protesica (elenco 2)
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	5.841.130
(Liv 3) Distretto del Perugino	2.090.679
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	634.010
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	773.191
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	773.203
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	815.250
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	754.797

Nell'Azienda USL Umbria n.1 è attivo il **Centro Ausili Aziendale – A.R.C.A.** che rappresenta un servizio di informazione, consulenza e supporto finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso

la migliore conoscenza, scelta e utilizzo delle soluzioni tecniche e tecnologiche necessarie a migliorare l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità.

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

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

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

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

Le attività del Centro Ausili sono rivolte a:

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

Gli utenti del Centro Ausili sono:

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

Nel corso del 2014 sono stati seguiti **136** utenti con **408** accessi. Gli utenti presi in carico dal servizio erano tutti portatori di "gravi disabilità motorie o sensoriali ad alta complessità assistenziale - riabilitativa", la valutazione funzionale ed ambientale ha richiesto una media di 3 accessi per utente, l'intervento si è realizzato nell'85 % dei casi al domicilio della persona.

3.3. Assistenza integrativa

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

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

Nel corso del 2014, la spesa per assistenza integrativa è risultata pari a **€ 9.182.229** con un procapite di **€ 18,31**.

Spesa Assistenza Integrativa (Fonte SAP)

Strutture \ Indicatori	Spesa per assistenza integrativa	Spesa ass. integrativa procapite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	9.182.229	18,31
(Liv 3) Distretto del Perugino	3.849.159	20,25
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	1.015.109	16,43
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	1.094.188	18,72
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	978.704	16,86
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	1.272.769	16,49
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	972.300	17,41

3.4. Attività di Continuità Assistenziale

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

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

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

Il medico di Continuità Assistenziale può:

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

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

Gualdo Tadino e Scheggia per la fascia appenninica.

Nel corso del 2014, il servizio è stato assicurato da circa **105 medici titolari e 41 sostituti**, con la copertura di **173.362 ore**.

Continuità Assistenziale - Dati strutturali – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° punti CA	n° medio medici titolari di CA	n° medio medici sostituti di CA	n° ore totali effettuate da medici CA
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	18	104,91	41,24	173.362
(Liv 3) Distretto del Perugino	2	17,83	10,33	32.862
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	2	19,50	4,83	28.020
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	2	16,50	4,50	23.364
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	5	15,83	4,58	24.858
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	4	21,50	9,25	37.942
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	3	13,75	7,75	26.316

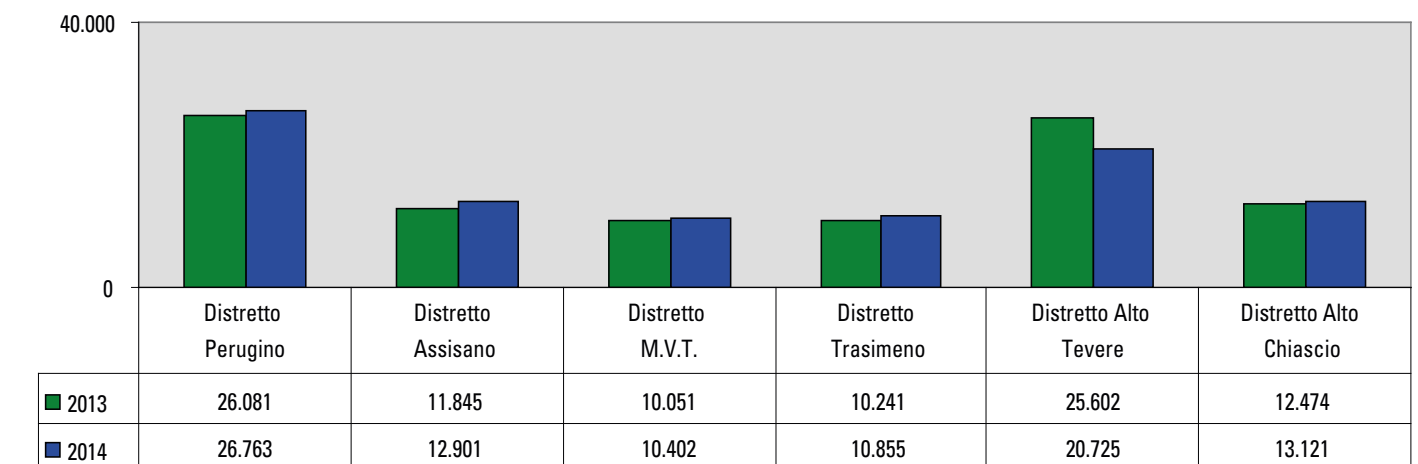
Si sono registrati **94.767 contatti**, di cui il 27,02% rappresentato da visite domiciliari (**51,08 per mille assistiti**) ed il 49,37% da visite ambulatoriali. I ricoveri prescritti sono stati **428** pari allo **0,85 per mille assistiti**.

Continuità Assistenziale – Attività – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° visite domiciliari effettuate da medici CA	n° visite ambulatoriali effettuate da medici CA	n° consigli telefonici da medici CA	N° contatti totali	% visite domiciliari	N° visite domiciliari C.A. per mille assistiti	n° ricoveri prescritti da medici CA
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	25.609	46.788	22.370	94.767	27,02	51,08	428
(Liv 3) Distretto del Perugino	6.575	11.877	8.311	26.763	24,57	34,60	79
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	3.613	6.157	3.131	12.901	28,01	58,48	22
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	3.541	4.206	2.655	10.402	34,04	60,58	52
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	4.173	5.066	1.616	10.855	38,44	71,90	100
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	3.935	12.488	4.302	20.725	18,99	50,99	84
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	3.772	6.994	2.355	13.121	28,75	67,53	91

Rispetto all'anno precedente, si è registrato una riduzione dell'1,59% nei contatti.

Andamento Contatti CA



3.5. Cure Domiciliari

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

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

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

Nel corso del 2014, l’Azienda USL Umbria n.1 ha portato a termine la revisione del sistema delle cure domiciliari con i seguenti obiettivi principali:

- miglioramento dell’assistenza attraverso lo sviluppo della valutazione multidisciplinare nella presa in carico dei casi;
- semplificazione delle procedure di accesso alle cure domiciliari ed agli interventi socio-sanitari, attraverso l’identificazione di percorsi e la definizione di una modulistica aziendale, per facilitare i rapporti ospedale-territorio e con i Medici di Medicina Generale;
- assolvimento del debito informativo di cui al D.M. 17-12-2009.

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

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

3.5.1. Assistenza Domiciliare programmata (ADP)

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

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

Nel corso del 2014 sono stati assistiti dal personale infermieristico in assistenza prestazionale **13.144 utenti**, di cui l’81,12% ultrasessantacinquenni.

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

Strutture \ Indicatori	n° utenti età <65 aa	n° utenti età 65-74 aa	n° utenti età >=75 aa	N° utenti totali
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.160	1.322	10.662	13.144
(Liv 3) Distretto del Perugino	283	362	3.259	3.904
(Liv 3) Distretto dell’Assisano	386	384	2.552	3.322
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	124	138	1.356	1.618
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	39	44	365	448
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	251	269	2.102	2.622
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	77	125	1.028	1.230

Gli accessi sono stati **96.579** e le prestazioni **131.631**.

Assistenza infermieristica domiciliare prestazionale - Attività (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	96.579	7,35	131.631	1,36
(Liv 3) Distretto del Perugino	23.627	6,05	30.946	1,31
(Liv 3) Distretto dell’Assisano	15.239	4,59	18.114	1,19
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	9.687	5,99	11.401	1,18
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	4.339	9,69	5.146	1,19
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	27.075	10,33	41.480	1,53
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	16.612	13,51	24.544	1,48

Sempre a domicilio sono anche stati seguiti da operatori della riabilitazione **2.540 utenti** con **18.612 accessi** e **22.998 prestazioni**.

Assistenza riabilitativa domiciliare prestazionale per Distretto (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	N° utenti	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	2.540	18.612	7,33	22.998	1,24
(Liv 3) Distretto del Perugino	707	5.612	7,94	7.559	1,35
(Liv 3) Distretto dell’Assisano	963	4.953	5,14	5.800	1,17
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	262	2.317	8,84	2.500	1,08
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	297	2.564	8,63	3.109	1,21
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	108	1.597	14,79	2.223	1,39
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	203	1.569	7,73	1.807	1,15

Rispetto all’anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel corso del 2014, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

Da considerare anche le visite assicurate dai Medici di Medicina Generale ad utenti in ADP che sono state complessivamente **3.761**, nel 2014, per una spesa pari a € **71.090,19** di indennità corrisposte.

ADP Medici di Medicina Generale per Distretto

Strutture \ Indicatori	N° Medici	n° visite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	136	3.761
(Liv 3) Distretto del Perugino	33	921
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	15	370
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	29	529
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	17	398
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	17	572
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	25	971

3.5.2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

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

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

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

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

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

Nel corso del 2014, sono stati assistiti **3.806 utenti**, di cui l'89,86% ultrasessantacinquenni ed il 77,56% ultrasettantacinquenni.

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

ADI per Distretto - Utenti – Anno 2014 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	n° utenti ADI età <65 aa	n° utenti ADI età 65-74 aa	n° utenti ADI età >=75 aa	N° utenti totali ADI	N° utenti ADI < 65 aa su 1000 residenti	N° utenti ADI >=65 aa su 100 residenti
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	386	468	2.952	3.806	1,00	3,00
(Liv 3) Distretto del Perugino	116	170	920	1.206	0,78	2,63
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	43	60	255	358	0,89	2,33
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	46	45	452	543	1,03	3,56
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	73	85	592	750	1,65	4,89
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	68	64	398	530	1,14	2,63
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	40	44	335	419	0,95	2,76

Dei 3.806 utenti, il **35,79%** presenta un elevato livello di complessità (3° e 4° livello).

Utenti ADI per livello di complessità – Anno 2014 (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	N° utenti ADI di 1° livello	N° utenti ADI di 2° livello	N° utenti ADI di 3° e 4° livello	N° utenti totali ADI
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.748	696	1.362	3.806
(Liv 3) Distretto del Perugino	480	193	533	1.206
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	116	37	205	358
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	335	113	95	543
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	439	122	189	750
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	186	168	176	530
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	192	63	164	419

Gli accessi assicurati al domicilio del paziente sono stati **103.156** (oltre 282 accessi al giorno) e le prestazioni **160.178** con una media di **1,55** prestazioni ad accesso.

ADI per Distretto - Attività (Fonte Atl@nte)

Strutture \ Indicatori	N° accessi ADI	N° accessi ADI per utente	N° accessi ADI al giorno	N° prestazioni ADI	N° prestazioni ADI per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	103.156	33,92	282,62	160.178	1,55
(Liv 3) Distretto del Perugino	22.543	23,26	61,76	32.845	1,46
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	7.916	31,41	21,69	11.078	1,40
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	18.035	38,78	49,41	22.541	1,25
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	25.041	36,40	68,61	34.914	1,39
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	17.002	52,15	46,58	25.362	1,49
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	12.619	37,01	34,57	33.438	2,65

Rispetto all'anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel corso del 2014, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

Da considerare anche le visite assicurate dai Medici di Medicina Generale ad utenti in ADI che sono state complessivamente **22.843**, nel 2014, per una spesa pari a € **476.582,67** di indennità corrisposte.

ADI Medici di Medicina Generale per Distretto

Strutture \ Indicatori	N° Medici	n° visite
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	208	22.843
(Liv 3) Distretto del Perugino	36	1.880
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	15	1.074
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	39	3.549
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	30	3.813
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	52	7.530
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	36	4.997

3.6. Cure Palliative

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

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

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

La rete assistenziale deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare nel 75-85% dei casi e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero dei malati non assistibili presso la propria abitazione. La rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere garantito, se richiesto, un adeguato supporto religioso. È particolarmente stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di quelle del volontariato, attive da anni nel settore.

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

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

Le stesse, pertanto:

- non anticipano e non posticipano la morte;
- si adoperano per controllare la sofferenza non solo fisica del malato;
- rispettano l'autodeterminazione del malato;
- sono erogate da équipe multidisciplinari ed interdisciplinari di professionisti e di non

- professionisti;
- si occupano anche della famiglia del malato, compresa la fase del lutto.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1027 del 13/12/2013 l'Azienda USL Umbria n.1, anche nell'intento di unificare la procedure in tutto il suo territorio, in seguito all'accorpamento delle ex USL n. 2 e USL n. 1 dell'Umbria, ha ridefinito i vari modelli organizzativi relativi a:

- Cure palliative;
- Terapia del dolore;
- "Comitato Ospedale Territorio senza dolore" – COTSD.

Nello specifico delle cure palliative, è stata costituita, a livello Aziendale, l'Unità Cure di Palliative (UCP), aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in struttura residenziale dedicata (hospice), a domicilio e in altre strutture residenziali (per anziani o disabili), in ogni ASL dell'Umbria.

Le finalità dell'UCP sono:

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

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

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

Nel corso dell'anno 2014 sono stati assistiti a domicilio **898** utenti.

Cure Palliative - Utenti presi in carico a domicilio - Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N°	%
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	898	100,00
(Liv 3) Distretto del Perugino	265	29,51
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	136	15,14
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	64	7,13
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	120	13,36
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	160	17,82
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	153	17,04

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

- paziente con malattia evolutiva in stadio avanzato irreversibile con sopravvivenza presunta a 90 giorni;
- quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e un adeguamento della terapia non compatibili con la permanenza al domicilio;

- sintomatologia non controllabile a domicilio sia fisica che psichica, problemi sociali, problemi relazionali;
- necessità di frequenti accessi medici ed infermieristici non compatibili con l'organizzazione delle cure domiciliari;
- indice di autonomia secondo la scala Karnofsky inferiore o uguale a 50;
- mancanza di una adeguata rete familiare, gravi situazioni sociali, rilevata non idoneità del domicilio, necessità di sollievo temporaneo da parte della famiglia e/o caregiver;
- volontà del paziente ad essere ricoverato in Hospice.

Nel corso dell'anno sono stati assistiti **221** pazienti con **2.636** giornate di presenza in Hospice.

Attività Hospice – Anno 2014

n° posti letto effettivi	10
n° utenti presenti inizio anno	7
n° utenti ammessi nel periodo	214
n° utenti dimessi nel periodo	80
n° utenti deceduti nel periodo	133
n° giornate di assistenza in residenzialità	2.636
Tasso di Utilizzo PL	72,22

3.7. Assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'ambito dei LEA, l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale: le visite, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.) le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, inclusi alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione, e altro. A tutti coloro che non sono esenti (per malattia o per reddito) è richiesta una quota di partecipazione al costo (ticket) di tali prestazioni.

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

L'Azienda Sanitaria USL Umbria n.1 garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso **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)

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

Attività Specialistica Ambulatoriale Territoriale (Fonte CUP)

Branca Specialistica	2013		2014	
	Prestazioni	Fatturato	Prestazioni	Fatturato
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
Azienda USL Umbria n.1	5.268.228	56.422.713,10	5.462.898	57.518.701,78

Le prestazioni più frequenti sono quelle afferenti alla branca del laboratorio, seguita dalla diagnostica per immagini. Una migliore rappresentazione della tipologia delle prestazioni per branca specialistica si ottiene se si considerano le prestazioni equivalenti, ossia le prestazioni standardizzate in base al sistema tariffario.

Prestazioni Equivalenti - Anno 2014

Branca Specialistica	2013	2014
Lab. Analisi - Anat. e Ist. Patol. - Genet. - Immunoemat. e Trasm.	2.835.899,84	2.931.571,38
Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica	2.291.033,86	2.359.421,97
Prestazioni Interdisciplinari	353.512,81	399.038,90
Medicina Fisica e Riabilitazione	258.913,12	236.380,83
Cardiologia	720.832,93	726.162,97
Nefrologia	1.723.002,83	1.583.220,31
Oculistica	668.886,16	697.294,84
Chirurgia Generale	108.614,36	114.033,53
Otorinolaringoiatria	143.067,03	144.245,31
Dermosifilopatia	124.850,50	139.803,91
Chirurgia Vascolare - Angiologia	271.725,48	280.101,78
Ortopedia E Traumatologia	182.987,71	193.910,37
Neurologia	103.204,48	107.413,39
Endocrinologia	102.640,31	116.619,38
Oncologia	82.287,34	85.547,21
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	231.275,25	240.493,37
Ostetricia e Ginecologia	94.271,78	96.237,91
Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	80.891,78	82.475,39
Urologia	65.620,78	62.415,91
Radioterapia	331.809,75	381.906,84
Pneumologia	49.516,74	46.876,49
Anestesia	57.644,22	61.665,21
Chirurgia Plastica	36.262,46	40.563,29
Psichiatria	15.882,77	19.579,19
Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare		33,53
Neurochirurgia		22,02
Azienda USL Umbria n.1	10.934.634,32	11.147.035,23

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

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

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

In questo contesto è dimostrato dall’esperienza internazionale che il semplice aumento dell’offerta di prestazioni e servizi non costituisce una soluzione definitiva al problema. Tale soluzione, infatti, determina una riduzione dei tempi di attesa di breve durata, mentre, nel tempo, all’aumento dell’offerta si accompagna generalmente un aumento della domanda.

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

Nel corso dell’anno 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, 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

% 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)
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
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, a fine settembre, 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 deliniate 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.

3.8. Attività Consultori Materno-Infantili

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

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

Nell'Azienda USL Umbria n. 1 sono presenti **24 punti di erogazione**: 8 nel Distretto del Perugino, 2 nel Distretto dell'Assisano, 3 nel Distretto della Media Valle del Tevere, 5 nel Distretto del Trasimeno, 3 nel Distretto dell'Alto Tevere, 3 nel Distretto dell'Alto Chiascio.

Nel corso del 2014, sono stati seguiti **39.477 utenti**, di cui il 30,10% stranieri.

Attività consultoriale - Utenti (Fonte Aster) - Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° utenti femmine	N° utenti maschi	N° utenti totali	di cui nuovi utenti	di cui utenti stranieri
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	38.758	719	39.477	17.175	11.882
(Liv 3) Distretto del Perugino	14.285	189	14.474	2.762	4.799
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	4.007	31	4.038	797	1.410
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	3.334	118	3.452	944	1.081
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	5.311	105	5.416	857	1.293
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	6.057	131	6.188	6.024	1.915
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	5.764	145	5.909	5.791	1.384

Rispetto alle fasce d'età, la più rappresentata (**66,86%**) è quella tra i 20 e i 49 aa.

Attività consultoriale - Utenza per classi d'età (Fonte Aster) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° Utenti < 14 anni	N° utenti 15-19 anni	N° Utenti 20-49 anni	n° utenti 50-64 anni	N° utenti >= 65 anni	N° utenti totali dei consultori
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	161	1.197	26.396	9.473	2.252	39.477
(Liv 3) Distretto del Perugino	35	672	9.575	3.317	875	14.474
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	12	58	2.860	904	204	4.038
(Liv 3) Distretto Media Valle Tevere	8	45	2.383	855	162	3.452
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	30	97	3.535	1.336	418	5.416
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	33	152	4.166	1.576	261	6.188
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	43	173	3.877	1.485	332	5.909

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

Attività consultoriale - Utenza per area d'intervento (Fonte Aster) – Anno 2014

Indicatori \ Strutture	(Liv 3) Distretto del Perugino	(Liv 3) Distretto dell'Assisano	(Liv 3) Distretto Media Valle Tevere	(Liv 3) Distretto del Trasimeno	(Liv 3) Distretto Alto Tevere	(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	(Liv 2) Assistenza Distrettuale
n° utenti area contraccezione	1.661	160	111	208	497	616	3.253
n° utenti area controllo sterilità	122	76	18	40	30	35	321
n° utenti area ginecologia	3.509	551	598	2.023	1.038	1.582	9.301
n° utenti area i.v.g.	368	61	21	30	62	35	577
n° utenti area menopausa	899	242	38	273	124	593	2.169
n° utenti area percorso nascita	1.079	363	465	655	813	657	4.032
n° utenti area prevenzione M.S.T.	1.118	299	12	544	484	839	3.296
n° utenti area prevenzione tumori	10.139	2.876	2.530	2.999	4.318	3.383	26.245
n° utenti area sessuologia	31				5	4	40
Totale	18.926	4.628	3.793	6.772	7.371	7.744	49.234

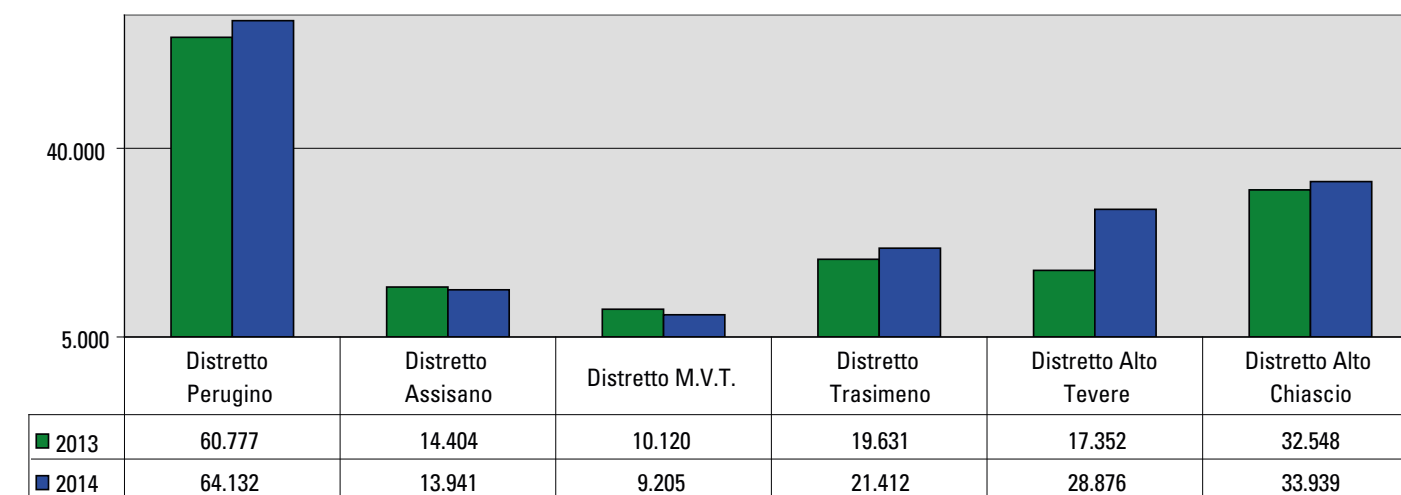
In totale sono state assicurate **171.505 prestazioni** con **72.827 accessi**.

Attività consultoriale - Attività (Fonte Aster) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per accesso	N° prestazioni per utente
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	72.827	1,84	171.505	2,36	4,34
(Liv 3) Distretto del Perugino	28.562	1,97	64.132	2,25	4,43
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	6.503	1,61	13.941	2,14	3,45
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	4.792	1,39	9.205	1,92	2,67
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	9.759	1,80	21.412	2,19	3,95
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	11.961	1,93	28.876	2,41	4,67
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	11.250	1,90	33.939	3,02	5,74

Rispetto all'anno precedente, le prestazioni sono aumentate del **10,77%**.

Andamento Prestazioni Consultori



3.9. Assistenza riabilitativa ambulatoriale per adulti

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

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

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

Nel corso dell'anno 2014 sono stati trattati, in regime ambulatoriale, **5.236 utenti** con **57.358 prestazioni**.

Assistenza riabilitativa ambulatoriale (Fonte At@nte) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° utenti	n° accessi	N° accessi per utente	n° prestazioni	N° prestazioni per utente	N° prestazioni per accesso
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	5.236	49.983	9,55	57.358	10,95	1,15
(Liv 3) Distretto del Perugino	1.928	16.700	8,66	20.387	10,57	1,22
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	782	2.817	3,60	2.995	3,83	1,06
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	956	11.591	12,12	12.190	12,75	1,05
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	914	10.998	12,03	12.708	13,90	1,16

(Liv 3) Distretto Alto Tevere	42	370	8,81	451	10,74	1,22
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	614	7.507	12,23	8.627	14,05	1,15

Rispetto all'anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel corso del 2014, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

3.10. Assistenza riabilitativa per minori

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

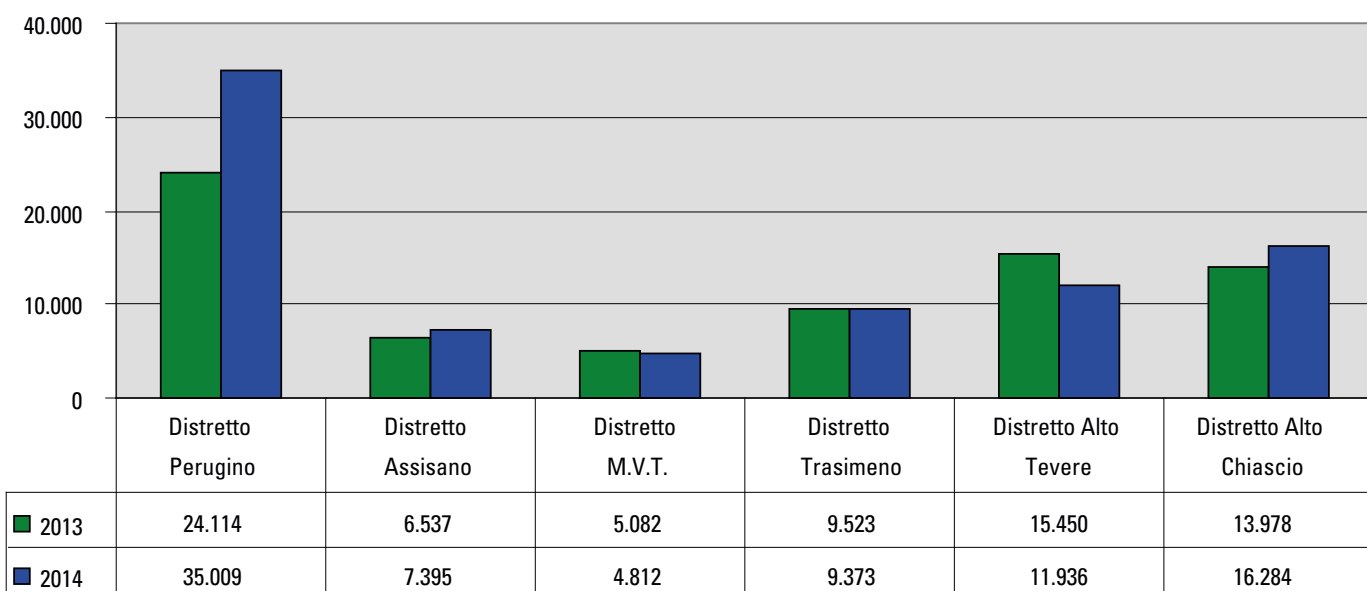
Nel corso dell'anno 2014 sono stati seguiti 7.073 utenti di cui **nuovi 2.074 (29,33%)**, con **74.471 accessi e 84.809 prestazioni**.

Assistenza riabilitativa Età Evolutiva – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° utenti	di cui utenti nuovi	n° accessi	N° accessi per Utente	N° prestazioni totali
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	7.073	2.074	74.471	10,53	84.809
(Liv 3) Distretto del Perugino	3.779	1.137	32.429	8,58	35.009
(Liv 3) Distretto dell'Assisano	762	237	7.093	9,31	7.395
(Liv 3) Distretto della Media Valle Tevere	462	125	4.408	9,54	4.812
(Liv 3) Distretto del Trasimeno	565	99	8.283	14,66	9.373
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	631	198	11.525	18,26	11.936
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	874	278	10.733	12,28	16.284

Rispetto all'anno precedente, le prestazioni sono aumentate del **13,56%**.

Andamento Prestazioni Servizi Riabilitazione Età Evolutiva



3.11. Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

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

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

Nel corso del 2014 sono stati presi in carico, dai Ser.T., **1.889** soggetti tossicodipendenti, dei quali l'80,4% è di sesso maschile ed il 19,6% di sesso femminile.

Utenti Ser.T – Anno 2014 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	Maschi		Femmine		Totali
	N°	%	N°	%	
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1.519	80,4	370	19,6	1.889
(Liv 4) Ser.T Perugino	664	80,9	157	19,1	821
(Liv 4) Ser.T Assisano	157	85,8	26	14,2	183
(Liv 4) Ser.T M.V.T.	155	81,6	35	18,4	190
(Liv 4) Ser.T Trasimeno	119	78,3	33	21,7	152
(Liv 4) Ser.T Alto Tevere	252	75,4	82	24,6	334
(Liv 4) Ser.T Alto Chiascio	172	82,3	37	17,7	209

Distinguendo gli utenti per fasce di età si osserva che, la classe più frequente è quella con età superiore ai 44 anni (24,5%).

Utenti Ser.T per fasce d'età – Anno 2014 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Età	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<=19	15	1,8	12	6,6	4	2,1	13	8,6	12	3,6	12	5,7	68	3,6
20-24	67	8,2	15	8,2	11	5,8	15	9,9	44	13,2	19	9,1	171	9,1
25-29	85	10,4	21	11,5	33	17,4	13	8,6	55	16,5	20	9,6	227	12,0
30-34	148	18,0	36	19,7	36	18,9	29	19,1	71	21,3	35	16,7	355	18,8
35-39	135	16,4	35	19,1	33	17,4	22	14,5	52	15,6	28	13,4	305	16,1
40-44	148	18,0	35	19,1	24	12,6	19	12,5	41	12,3	34	16,3	301	15,9
>44	223	27,2	29	15,8	49	25,8	41	27,0	59	17,7	61	29,2	462	24,5
Totale	821	100,0	183	100,0	190	100,0	152	100,0	334	100,0	209	100,0	1.889	100,0

Nel corso del 2007 sono stati presi in carico **1.245** soggetti con problemi di alcoldipendenza, dei quali il 77% è di sesso maschile e il 23% di sesso femminile.

Utenti GOAT (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	Maschi		Femmine		Totali
	N°	%	N°	%	
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	959	77,0	286	23,0	1.245
(Liv 4) GOAT Perugino	363	72,9	135	27,1	498
(Liv 4) GOAT Assisano	96	73,8	34	26,2	130
(Liv 4) GOAT M.V.T.	83	76,1	26	23,9	109
(Liv 4) GOAT Trasimeno	70	73,7	25	26,3	95
(Liv 4) GOAT Alto Tevere	173	85,6	29	14,4	202
(Liv 4) GOAT Alto Chiascio	174	82,5	37	17,5	211

Distinguendo gli utenti per fasce di età si osserva che, la classe più frequente è quella con età superiore ai 44 anni (54,2%).

Utenti GOAT per fasce d'età – Anno 2014 (Fonte: Mod. Ministero della Salute)

Età	Perugino		Assisano		MVT		Trasimeno		Alto Tevere		Alto Chiascio		USL Umbria n.1	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<=19	2	0,4	0	0,0	1	0,9	1	1,1	2	1,0	1	0,5	7	0,6
20-24	10	2,0	2	1,5	2	1,8	0	0,0	18	8,9	9	4,3	41	3,3
25-29	18	3,6	12	9,2	9	8,3	5	5,3	36	17,8	14	6,6	94	7,6
30-34	50	10,0	10	7,7	8	7,3	12	12,6	23	11,4	6	2,8	109	8,8
35-39	54	10,8	13	10,0	10	9,2	14	14,7	25	12,4	29	13,7	145	11,6
40-44	81	16,3	8	6,2	18	16,5	14	14,7	29	14,4	24	11,4	174	14,0
>44	283	56,8	85	65,4	61	56,0	49	51,6	69	34,2	128	60,7	675	54,2
Totale	498	100,0	130	100,0	109	100,0	95	100,0	202	100,0	211	100,0	1.245	100,0

3.12. Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

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

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

3.12.1. Assistenza psichiatrica territoriale

Nel corso dell'anno 2014, i CSM hanno assistito **9.951 utenti** (59,61% femmine, e 40,39% maschi), di cui la classe di età più numerosa è quella tra i 40 ed 54 anni.

Assistenza Psichiatrica territoriale - Utenti per classi d'età (Fonte Atl@nte) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° utenti <= 24 aa	n° utenti 25 - 39 aa	n° utenti 40 - 54 aa	n° utenti 55 - 64 aa	n° utenti >= 65 aa	n° utenti totali
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	818	1.883	3.084	1.774	2.392	9.951
(Liv 4) U.O.C. CSM Alto Tevere e Alto Chiascio	190	562	1.018	673	898	3.341
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Tevere	73	253	494	337	531	1.688
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Chiascio	117	309	524	336	367	1.653
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Est	246	511	785	372	555	2.469
(Liv 5) CSM Assisano	119	270	412	218	347	1.366
(Liv 5) CSM Ponte San Giovanni	127	241	373	154	208	1.103
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Ovest	244	460	703	384	539	2.330
(Liv 5) CSM Trasimeno	102	215	371	217	297	1.202
(Liv 5) CSM Perugia Bellocchio	142	245	332	167	242	1.128
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Sud	138	350	578	345	400	1.811
(Liv 5) CSM Media Valle del Tevere	68	167	316	189	243	983
(Liv 5) CSM Perugia Centro	70	183	262	156	157	828

Le prestazioni sono state **99.929** di cui il **13,35% domiciliari**.

Assistenza Psichiatrica territoriale - Attività (Fonte Atl@nte) – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° prestazioni domiciliari	n° prestazioni ambulatoriali	Altre prestazioni CSM	n° prestazioni totali	% prestazioni domiciliari	n° prestazioni per utente
(Liv 3) Dipartimento Salute Mentale	13.337	74.234	12.358	99.929	13,35	10,04
(Liv 4) U.O.C. CSM Alto Tevere e Alto Chiascio	3.526	23.449	8.407	35.382	9,97	10,59
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Tevere	2.119	10.562	5.208	17.889	11,85	10,60
(Liv 5) Centro Salute Mentale Alto Chiascio	1.407	12.887	3.199	17.493	8,04	10,58
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Est	4.543	19.546	1.281	25.370	17,91	10,28
(Liv 5) CSM Assisano	2.565	8.418	798	11.781	21,77	8,62
(Liv 5) CSM Ponte San Giovanni	1.978	11.128	483	13.589	14,56	12,32
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Ovest	2.500	21.571	2.119	26.190	9,55	11,24
(Liv 5) CSM Trasimeno	1.136	11.204	1.881	14.221	7,99	11,83
(Liv 5) CSM Perugia Bellocchio	1.364	10.367	238	11.969	11,40	10,61
(Liv 4) U.O.C. Area Territoriale Sud	2.768	9.668	551	12.987	21,31	7,17
(Liv 5) CSM Media Valle del Tevere	1.284	5.057	271	6.612	19,42	6,73
(Liv 5) CSM Perugia Centro	1.484	4.611	280	6.375	23,28	7,70

Rispetto all'anno precedente non è possibile effettuare confronti in quanto, nel corso del 2014, è stato cambiato il sistema di registrazione delle attività per aderire al software regionale Atl@nte.

3.12.2. Assistenza psichiatrica semiresidenziale

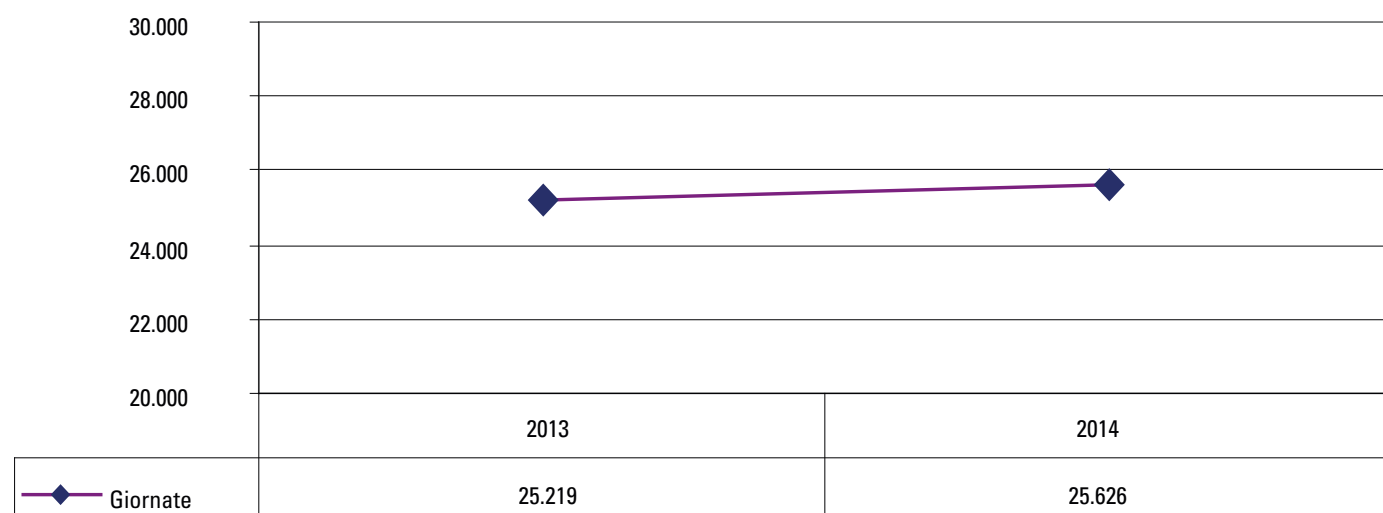
Nell'Azienda USL Umbria n.1 viene assicurata, attraverso proprie strutture, anche un'attività psichiatrica in regime semiresidenziale.

Nel corso del 2014, sono state garantite **25.626 giornate** in semiresidenzialità, con un incremento dell'1,6% circa rispetto all'anno precedente.

Assistenza psichiatrica semiresidenziale a gestione diretta – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° utenti presenti inizio periodo	n° utenti ammessi nel periodo	n° utenti dimessi nel periodo	n° giornate presenza
Dipartimento Salute Mentale	170	60	36	25.626
AT - CAD Umbertide	27	17	2	4.283
AC - CAD Gubbio	47	27	20	3.160
AS - Centro Riabilitazione Psico-Sociale Bastia	40	4	1	9.535
PG - Centro Riabilitazione Psico-Sociale (KAOS)	20	7	7	2.915
AS - Centro di giorno	15	3	4	2.776
PG - Centro Riabilitazione Psico-Sociale (C.A.D.)	21	2	2	2.957

Andamento giornate in Strutture Semiresidenziali per Disabili Psicici



3.12.3. Assistenza psichiatrica residenziale

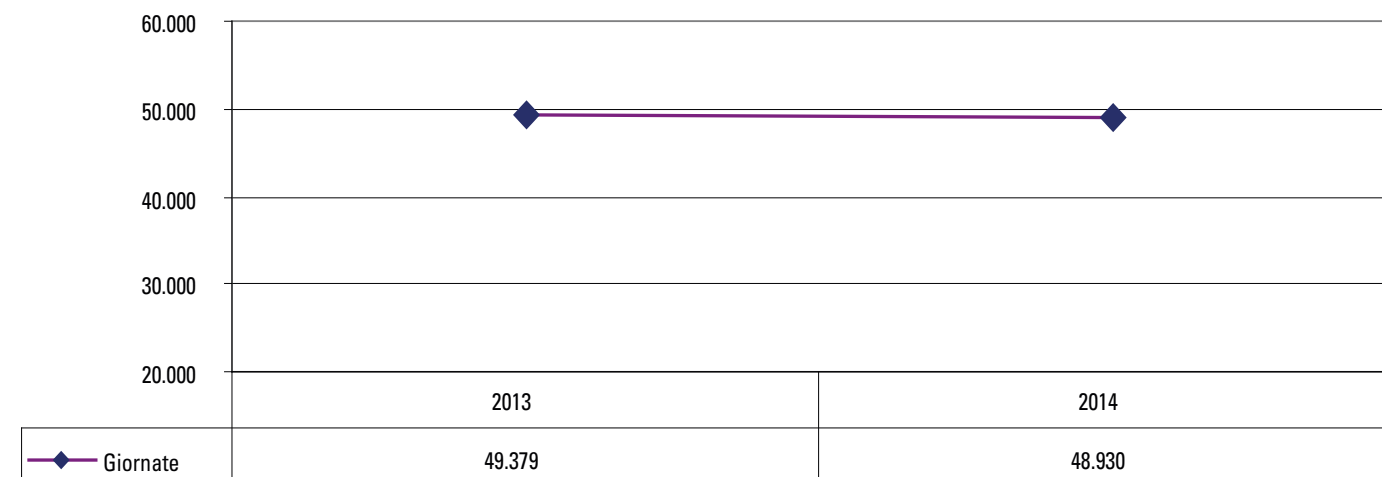
L'Azienda USL Umbria n.1 garantisce l'assistenza psichiatrica in regime di residenzialità con strutture a gestione diretta e con strutture private accreditate e convenzionate.

Nel corso del 2014, sono state **garantite 48.930 giornate** in residenzialità, con una riduzione dello 0,91% circa rispetto all'anno precedente.

Assistenza Psichiatrica residenziale a gestione diretta – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° posti letto	n° utenti presenti inizio periodo	n° utenti ammessi nel periodo	n° utenti dimessi nel periodo	n° giornate presenza	Tasso di utilizzo
Dipartimento Salute Mentale	153	138	77	78	48.930	87,62
Unità di convivenza VILLA IGEA (Ex Villa Rosa)	12	12	8	9	4.116	93,97
Gruppo Appartamento Umbertide	8	8	7	7	2.432	83,29
Comunità Fornacette	10	9	24	26	2.895	79,32
U.C. via Marx Gubbio	5	4	4	3	1.225	67,12
U.C. via Reposati Gubbio	5	4	4	4	1.351	74,03
AS - U.C. Bastia Umbra	13	12	5	4	4.453	93,85
PG - C.T.R. 1 La Residenza	9	8	1	2	3.107	94,58
TM - C.T.R. 1 il Poggio	10	8	8	6	3.016	82,63
PG - U.C. S. Sisto	8	8	1	1	2.691	92,16
PG - U.C. Casa Verde	7	7			2.555	100,00
PG - C.T.R. Il Borgo	8	7	2	1	2.837	97,16
PG - C.T.R. 1 Via dal Pozzo	11	11	1	4	3.553	88,49
TS - U.C. Il Lago	8	7	3	2	2.828	96,85
TM - U.C. Casa Colonica	9	6			2.190	66,67
PG - S.R. Le Fattorie	15	12	8	6	4.656	85,04
PG - G.A. S. Costanzo	8	8	1	2	2.564	87,81
PG - G.A. Taralla	7	7		1	2.461	96,32

Andamento giornate in Strutture Residenziali per Disabili Psicici



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

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

possono essere affette dalla patologia.

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

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

Se ne distinguono quattro tipi principali:

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

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

L'Azienda USL Umbria n.1 si è dotata di tre strutture per il trattamento riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare: il DCA di Todi, che ha iniziato la sua attività nel 2003, il DAI di Città della Pieve, che ha iniziato la sua attività nel corso del 2008 e uno specifico ambulatorio a Umbertide che ha invece iniziato la sua attività nel corso del 2013.

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

Nel corso del 2014 sono stati seguiti in regime ambulatoriale **1.278** utenti di cui 305 inseriti in terapia di gruppo.

Assistenza riabilitativa ambulatoriale per D.C.A. – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	utenti < 18 anni	utenti >= 18 anni	N° utenti totali	di cui inseriti in terapia di gruppo	n° prestazioni ambulat.	n° sedute terapia di gruppo
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	253	1.025	1.278	305	4.669	204
(Liv 4) U.O.S. Servizio D.C.A. M.V.T.	54	114	168		1.939	8
(Liv 4) U.O.S. Centro D.A.I.- Città della Pieve	31	196	227	41	691	75
(Liv 4) Ambulatorio DCA – Umbertide	168	715	883	264	2.039	121

In regime di semiresidenzialità sono stati seguiti **169** utenti con **4.199** giornate di assistenza, mentre gli utenti in regime di residenzialità sono stati **154** con **6.533** giornate di assistenza.

Assistenza riabilitativa semiresidenziale per D.C.A. – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° utenti presenti inizio anno	n° nuovi utenti ammessi	n° giornate presenza
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	32	137	4.199
(Liv 4) U.O.S. Servizio D.C.A. M.V.T.	22	90	3.602
(Liv 4) U.O.S. Centro D.A.I.- Città della Pieve	10	47	597

Assistenza riabilitativa residenziale per D.C.A. – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° posti disponibili	n° utenti resid. presenti inizio anno	n° nuovi utenti ammessi	n° giornate presenza	Tasso utilizzazione posti letto
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	21	19	135	6.533	85,23
(Liv 4) U.O.S. Servizio D.C.A. M.V.T.	12	12	56	3.664	83,65
(Liv 4) U.O.S. Centro D.A.I.- Città della Pieve	9	7	79	2.869	87,34

3.14 Assistenza agli anziani

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

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

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

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

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

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

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

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

Le principali finalità del servizio sono: concorrere al mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita,

evitare o ritardare l'istituzionalizzazione ed il decadimento psico-fisico dello stesso, fornire sostegno alla persona non autosufficiente e sollievo alla sua famiglia.

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

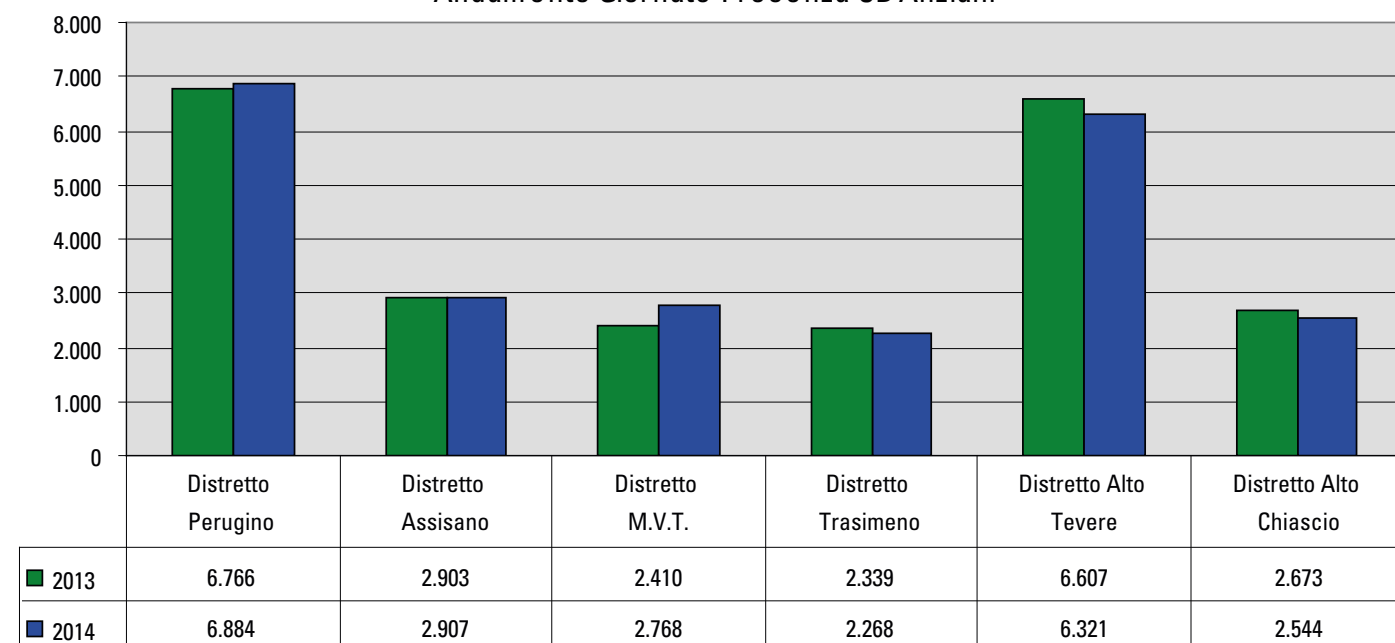
Nel corso dell'anno 2014 sono stati seguiti **242** utenti per **23.692 giornate di presenza**.

Attività Centri Diurni Anziani – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	n° utenti presenti ad inizio anno	n° utenti ammessi	n° utenti dimessi	N° totale utenti trattati	n° giornate di presenza	Presenza Media Giornaliera
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	167	75	73	242	23.692	92,91
(Liv 5) C.D. Alzheimer Madonna Alta	24	14	13	38	2.972	11,65
(Liv 5) C.D. Alzheimer S. Mariano	30	9	11	39	3.912	15,34
(Liv 5) C.D. Alzheimer Bettona	23	8	9	31	2.907	11,40
(Liv 5) C.D. Alzheimer - Fratta Todina	14	11	6	25	2.768	10,85
(Liv 5) C.D. Anziani Panicale	10	2	2	12	2.268	8,89
(Liv 5) C.D. Alzheimer C. Castello	15	10	12	25	2.042	8,01
(Liv 5) C.D. Alzheimer Trestina	16	5	5	21	2.218	8,70
(Liv 5) C.D. Alzheimer Umbertide	15	7	8	22	2.061	8,08
(Liv 5) C.D. Alzheimer Gubbio	20	9	7	29	2.544	9,98

Rispetto all'anno precedente le giornate di presenza sono sostanzialmente stabili.

Andamento Giornate Presenza CD Anziani



3.14.2. Attività Residenze Protette per anziani

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

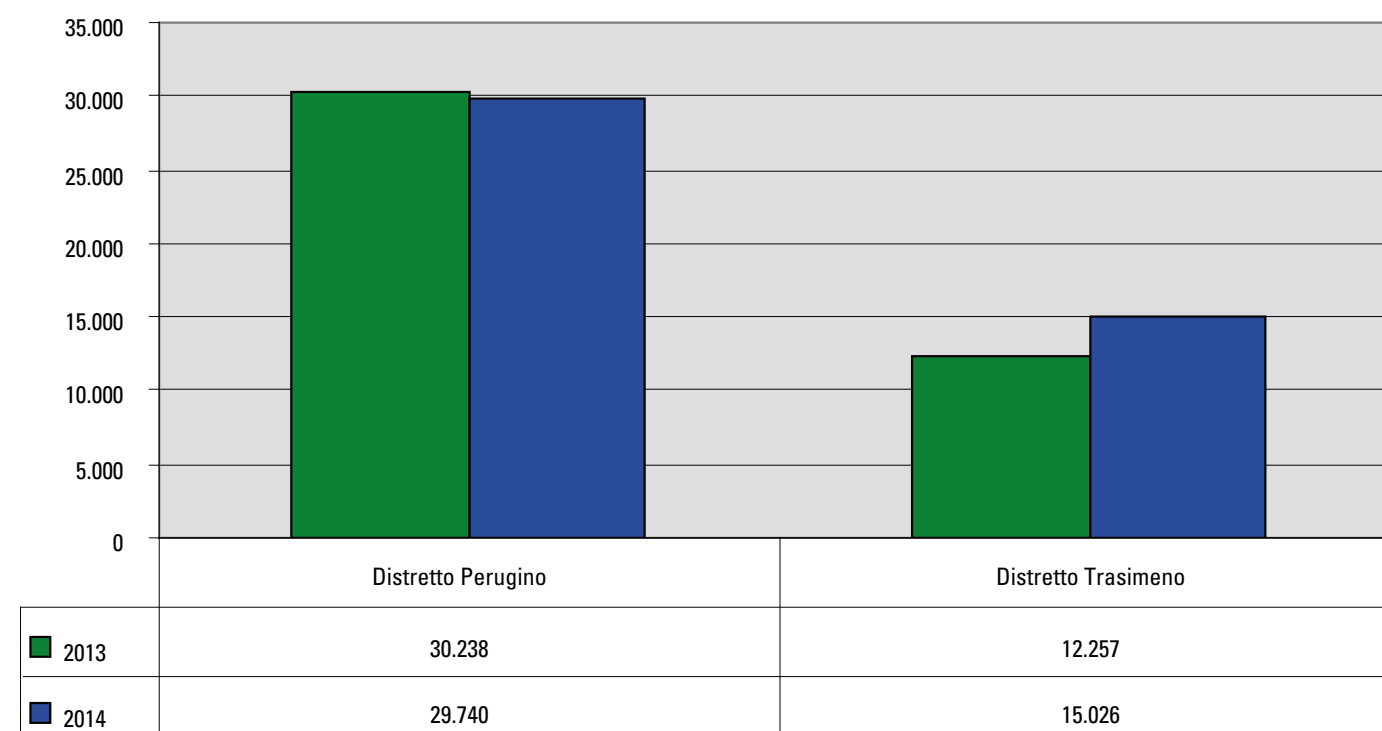
Nel 2014 le risposte sul versante della residenzialità per gli anziani sono state garantite sia da strutture a gestione diretta, sia da strutture private accreditate.

Nelle strutture residenziali a gestione diretta sono state erogate, nell'anno 2014, **44.766** giornate di assistenza, con un **aumento del 5,34%** rispetto all'anno precedente dovuto all'apertura della RP San Sebastiano a Panicale avvenuta il 28/04/2014.

Attività Residenze Protette per anziani a gestione diretta – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° posti letto medi	N° utenti presenti inizio anno	N° utenti ammessi	N° giornate presenza	Tasso Utilizzo posti	Indice di Rotazione	Presenza Media Giornaliera
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	127	113	62	44.766	96,57	1,38	127,87
(Liv 5) Residenza Protetta Seppilli	36	35	17	12.712	96,74	1,44	34,83
(Liv 5) R.S.A. S. Margherita	47	45	12	17.028	99,26	1,21	46,65
(Liv 5) R.P. Panicale	32	33	11	11.136	95,34	1,38	30,51
(Liv 5) R.P. San Sebastiano	12		22	3.890	88,81	1,83	15,88

Andamento Giornate Presenza RP Anziani



3.15. Attività Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

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

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

La RSA rappresenta l'anello di congiunzione tra l'Ospedale e il territorio, il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria e corrisponde ai Presidi Territoriali/Ospedali di Comunità, previsti dal Patto per la Salute e dal "Regolamento standard ospedalieri" approvato in Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di medicina generale, dai reparti ospedalieri o dall'OBI di un pronto soccorso nell'ambito dei percorsi di dimissione protetta.

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

Nel corso del 2014 sono state attivate una RSA a Città di Castello con 16 PL, una RSA ad Assisi con 12 PL, una RSA a Branca con 14 PL ed è di prossima attivazione la RSA di Umbertide con 10 PL.

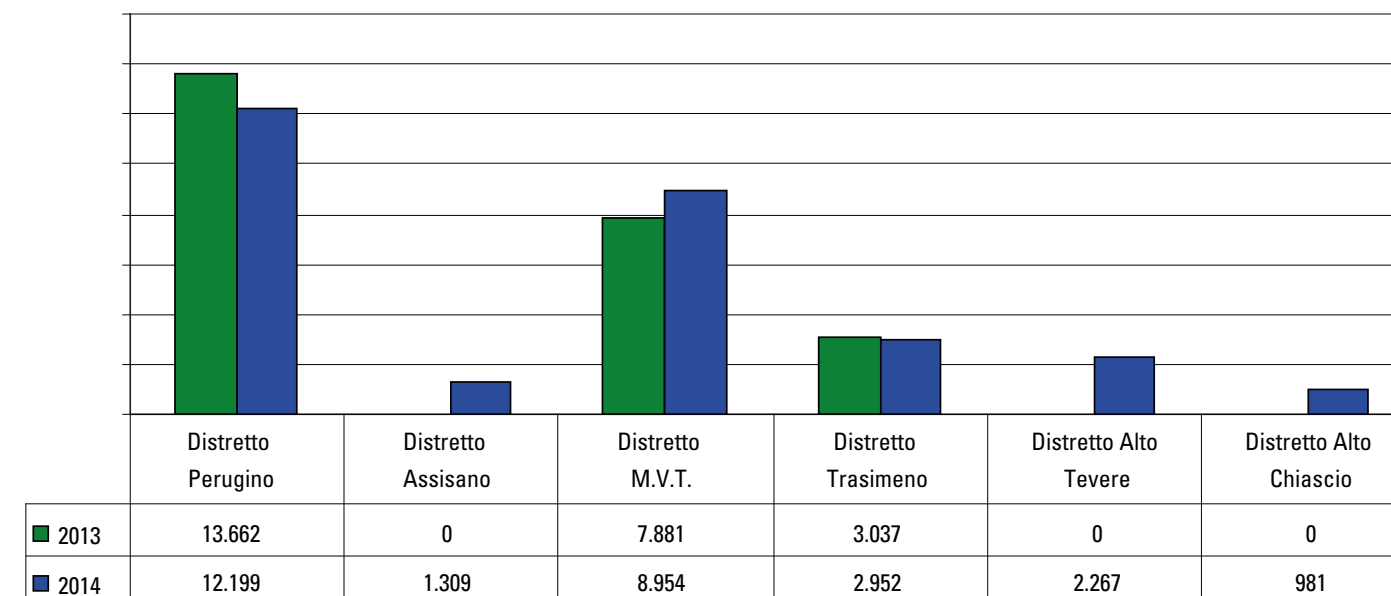
Attività RSA – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° posti letto	N° utenti presenti inizio anno	N° utenti ammessi	N° utenti dimessi o deceduti	N° giornate presenza	Tasso Utilizzo posti letto	Indice di Rotazione	Presenza Media Giornaliera
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	94	68	833	804	28.662	83,97	9,64	78,53
(Liv 5) RSA Seppilli	36	37	255	253	12.199	92,84	8,11	33,42
(Liv 5) RSA Assisi	12		53	44	1.309	77,88	11,51	3,59
(Liv 5) R.S.A. Marsciano	20	17	154	153	6.384	87,45	8,55	17,49
(Liv 5) R.S.A. Pantalla	8	7	89	88	2.570	88,01	12,00	7,04
(Liv 5) RSA C. Pieve	10	7	96	102	2.952	80,88	10,30	8,09
(Liv 5) RSA C. Castello	16		134	119	2.267	57,64	12,44	6,21
(Liv 5) RSA Branca	14		52	45	981	65,04	12,58	2,69

N.B.: Gli indicatori relativi alle RSA di Città di Castello, Assisi e Branca risultano sottostimati in quanto le strutture sono state attivate rispettivamente a maggio, giugno e settembre 2014

Rispetto all'anno precedente le giornate sono aumentate del **16,61%**.

Andamento Giornate Presenza RSA



3.16. Sanità Penitenziaria

Dal 14 giugno 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia.

È quanto prevede il D.P.C.M. 1 aprile 2008 che disciplina "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria" in attuazione dell'Articolo 2, comma 283, Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008).

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

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

È stata, pertanto, istituita la struttura aziendale Sanità Penitenziaria, cui afferisce il Presidio Sanitario situato all'interno della Casa Circondariale di Capanne.

Il Presidio Sanitario Interno garantisce attività di:

- Assistenza Sanitaria di base;
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale (clinica, diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini);
- Altri Servizi Specialistici:
 - Salute Mentale;
 - Servizi per le dipendenze;
 - Consultorio/mediazione culturale.

Al momento del passaggio delle competenze nel 2008, la popolazione stanziale dell'Istituto era di 258 individui. Durante l'anno 2014, la media delle presenze è stata di **420 detenuti nel primo semestre e di 370 nel secondo** (nel 2013 la media delle presenze era 490).

In generale prevalgono i disturbi psichiatrici legati allo stato detentivo; sono frequenti i disturbi conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive legali ed illegali, disturbi del cavo orale, problemi dermatologici (tra cui acariosi in alcune categorie di utenti provenienti dalla libertà), traumi, disturbi ginecologici, patologie croniche, malattie infettive (epatiti, HIV, lue).

L'attività specialistica interna ed esterna svolta durante l'anno 2014 è riportata nella tabella seguente.

Attività Presidio Sanitario - Anno 2014

Attività svolta	Numero
Ricoveri in urgenza	8
Ricoveri programmati	6
Visite specialistiche esterne in urgenza	44
Visite specialistiche esterne programmate	112 + 28 radioterapie
Visite specialistiche interne	2.804
Accertamenti diagnostica per immagini interni	1.095
Accertamenti diagnostica per immagini esterni	29

Per quanto riguarda l'attività del Ser.T e del GOAT, sono stati presi in carico 75 detenuti tossicodipendenti e 11 detenuti con alcol dipendenza (Rilevazione puntuale al 31 dicembre 2014).

Distribuzione dei soggetti con problemi droga correlati per sesso e classi di età - Anno 2014

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
18-24 anni	6	1	7
25-34 anni	40	5	45
35-44 anni	19	1	20
45-54 anni	3	0	3
55-64 anni	0	0	0
> 64 anni	0	0	0
Totale	68	7	75

Distribuzione dei soggetti con problemi alcool correlati per sesso e classi di età- Anno 2014

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
18-24 anni	3	0	3
25-34 anni	2	0	2
35-44 anni	4	0	4
45-54 anni	2	0	2
55-64 anni	0	0	0
> 64 anni	0	0	0
Totale	11	0	11

Sempre nel corso del 2014, sono stati portati avanti i seguenti progetti:

- **Revisione dell'attività di valutazione del rischio di suicidio all'ingresso:** allo scopo di fornire un reale supporto ai soggetti a rischio, in particolare a quelli che entrano in carcere per la prima volta, da marzo 2014 è stata adottata una nuova procedura per la valutazione del rischio suicidario all'ingresso. La procedura vede coinvolte varie figure: dal medico che effettua la prima visita, allo psicologo che valuta tutti i nuovi ingressi dalla libertà, allo psichiatra che prende in carico i soggetti a rischio e propone riunioni di equipe coinvolgendo anche il personale dell'amministrazione penitenziaria (educatori, personale di custodia, psicologi, assistenti sociali, ecc). Su 380 valutazioni 37 sono risultate a rischio e i soggetti sono seguiti da una rete di operatori sanitari e dell'amministrazione penitenziaria.
- **Avvio del progetto CCM** (Centro Nazionale Prevenzione e Controllo delle Malattie) " *Lo stato di salute dei detenuti degli Istituti Penitenziari di 6 Regioni: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari*". Il progetto vede coinvolte 6 regioni : Toscana, Umbria, Lazio, Veneto, Liguria, Azienda USL Salerno.
- **Adozione e condivisione con la Direzione del Carcere della procedura aziendale per la gestione di casi sospetti di malattia da virus Ebola**, con formazione al personale di Polizia Penitenziaria e organizzazione dello screening all'ingresso.
- **Avvio della Revisione della documentazione sanitaria.**

L'Assistenza Ospedaliera

1. Stato dell'arte

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

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

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

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

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

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

I Posti Letto deliberati dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL Umbria n.1 sono complessivamente **770, di cui 659 di Ospedali a gestione diretta e 111 PL dell'Istituto di riabilitazione Prosperius Tiberino, sperimentazione gestionale della Regione Umbria all'interno dell'Ospedale di Umbertide**. Le sperimentazioni gestionali in sanità sono regolate dall'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e rappresentano forme di collaborazione pubblico-privato.

Posti Letto Deliberati - Anno 2014 (Fonte Mod. HSP 12 Ministero della Salute)

Ospedale	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	Totale
Ospedale Città di Castello	168	13	13	194
Ospedale Umbertide	129	11	14	154
P.O. Alto Tevere	297	24	27	348
Ospedale Assisi	53	6	7	66
Ospedale Castiglione del Lago	38	3	10	51
Ospedale Città della Pieve	27	3		30
Ospedale M.V.T.	76	15	9	100
Cori Passignano	30	2		32
P.O. Unificato	224	29	26	279
P.O. Gubbio - Gualdo Tadino	131	2	10	143

I PL medi degli Ospedali a gestione diretta, nel corso del 2014, sono stati **589**, a cui vanno aggiunti 88 dell'Istituto di riabilitazione Prosperius Tiberino.

Posti Letto Medi Ospedali a gestione diretta- Anno 2014 (Fonte Mod. HSP 22bis Ministero della Salute)

Strutture \ Indicatori	N° PL medi di Degenza ordinaria	% PL Degenza ordinaria	N° PL medi di Day Hospital/ Day surgery	% PL Day Hospital/Day Surgery	N° PL medi Totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera per Ospedali	506	85,77	84	14,23	589
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	150	87,17	22	12,83	173
(Liv 3) Ospedale Umbertide	27	67,92	13	32,08	40
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	120	91,44	11	8,56	132
(Liv 3) Ospedale Assisi	42	84,85	8	15,15	50
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	73	81,16	17	18,84	89
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	37	81,79	8	18,21	46
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	26	89,60	3	10,40	29
(Liv 3) Ospedale Passignano	30	93,73	2	6,27	32

2. Obiettivi

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

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

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

Per l'anno 2014, i principali obiettivi per i Dipartimenti gestionali Ospedalieri sono stati:

- garantire i ricoveri per il trattamento di patologie indifferibili che necessino di interventi diagnostico-terapeutici urgenti, patologie acute non gestibili in ambulatorio e/o a domicilio, patologie di lunga durata non trattabili in forma extraospedaliera;
- migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie con particolare riferimento a quelle pre-operatorie;
- sviluppare le attività di Chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio, attraverso l'integrazione dei professionisti anche con quelli di altre Aziende Sanitarie Regionali;
- assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati, per utenti ambulatoriali e per utenti del Pronto Soccorso;
- consolidare le attività di anatomia patologica attraverso il mantenimento di standard prestazionali anche al fine di assicurare la tempestività della fase diagnostica;
- migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.);
- garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato;
- potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali;

- promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso l'utilizzo di corretti modelli assistenziali;
- garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale dell'individuo riducendo il rischio di conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale;
- migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, anche attraverso la riduzione dei parti cesarei e lo sviluppo di iniziative per favorire l'umanizzazione del parto;
- favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale nel Percorso Nascita;
- migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adesione al progetto "Ospedale senza dolore", anche sensibilizzando gli operatori sulla valutazione e controllo del dolore, orientata alla cura del malato piuttosto che della sola malattia;
- migliorare le cure in età pediatrica anche attraverso la riduzione dei ricoveri inappropriati e lo sviluppo di modelli assistenziali alternativi come l'Osservazione Breve;
- potenziare l'attività di riabilitazione ospedaliera intensiva;
- umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività oncologica nell'ambito territoriale di residenza anche attraverso l'integrazione con l'AO di Perugia;
- umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività dialitica nell'ambito territoriale di residenza;
- migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti affetti da Ictus attraverso la corretta applicazione del percorso diagnostico-terapeutico;
- migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi;
- promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review;
- promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico;
- garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del sistema di accreditamento;
- promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) dei Dipartimenti, nel 2014, ha fatto registrare buoni risultati:

- Dipartimento di Chirurgia Generale 83,92%;
- Dipartimento di Chirurgia Specialistica 89,04%;
- Dipartimento Medico e Oncologico 80,75%;
- Dipartimento di Medicine Specialistiche 89,85%;
- Dipartimento Materno-Infantile 76,35%;
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione 86,13%;
- Dipartimento dei Servizi 90,00%.

3. Attività

3.1. Attività di ricovero complessiva

Nell'anno 2014 sono stati effettuati complessivamente dagli Ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL Umbria n.1 **32.187 ricoveri**, dei quali **26.057 (80,96%) in degenza ordinaria e 6.130 (19,05%) in Day Hospital/Day Surgery**. A questi vanno aggiunti **1.470 ricoveri erogati presso l'Istituto Prosperius Tiberino** (sperimentazione gestionale all'interno dell'Ospedale di Umbertide).

Attività di ricovero complessiva Ospedali a gestione diretta - Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° dimessi D.O.	% Dimessi Ordinari	N° dimessi D.H./D.S.	% Dimessi DH/DS	N° dimessi totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	26.057	80,96	6.130	19,05	32.187
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	8.226	89,97	917	10,03	9.143
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.289	52,31	1.175	47,69	2.464
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	6.505	83,18	1.315	16,82	7.820
(Liv 3) Ospedale Assisi	2.220	77,62	640	22,38	2.860
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	3.772	69,81	1.631	30,19	5.403
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	2.544	90,44	269	9,56	2.813
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	1.034	96,01	43	3,99	1.077
(Liv 3) Ospedale Passignano	467	76,94	140	23,06	607

Analizzando i dati per tipologia di assistenza, si può notare come il **96,64% afferisca ad un'attività per acuti, il 2,66% alla riabilitazione e lo 0,71% alla lungodegenza**.

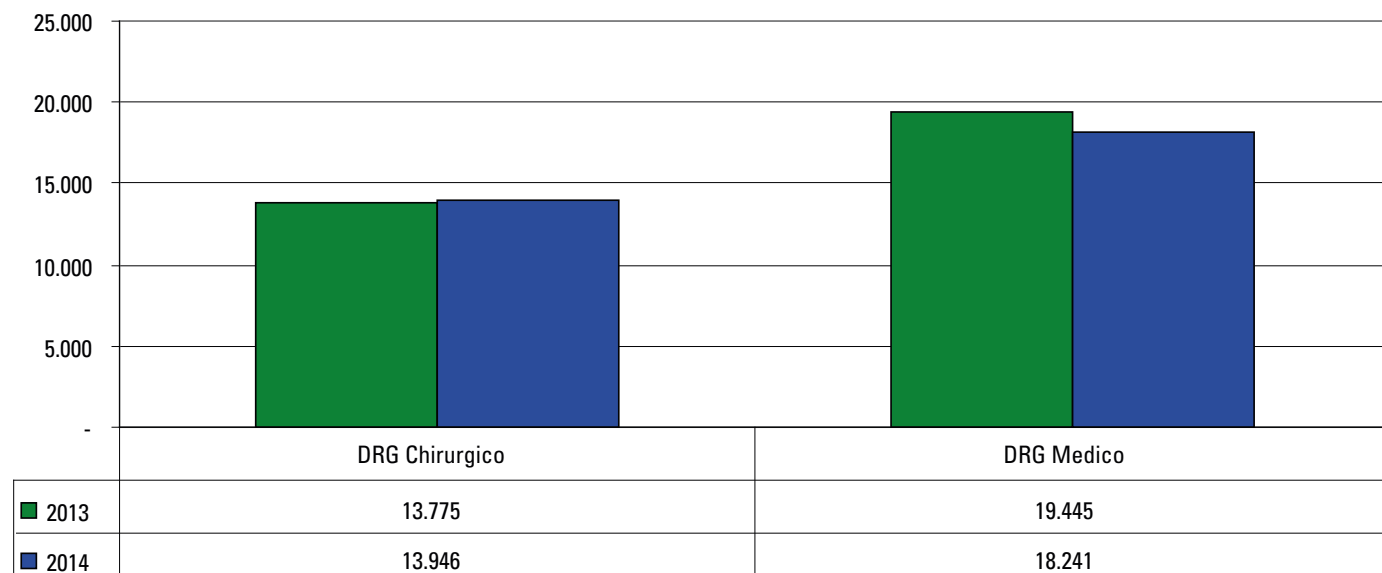
Rispetto allo scorso anno i ricoveri complessivi sono diminuiti del 3,11%. Tale risultato è dovuto alla sempre maggiore attenzione verso l'appropriatezza delle cure erogate in funzione del più corretto setting assistenziale utilizzabile.

Attività di ricovero Ospedali a gestione diretta per tipologia assistenza - Anno 2014

Tipologia Assistenza	2013	2014	Differenza 2014-2013
(Liv 1) Azienda USL Umbria n.1	33.220	32.187	-1.033
Acuti	31.917	31.105	-812
Riabilitazione	1.061	855	-206
Lungodegenza	242	227	-15

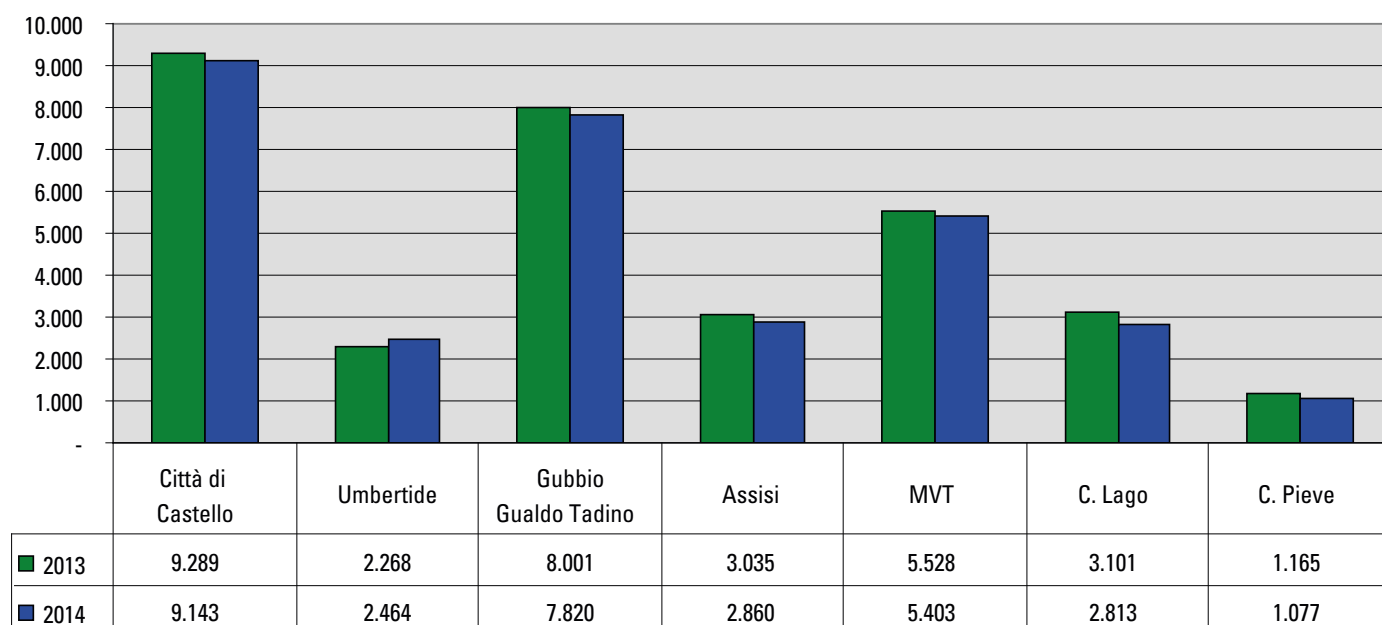
Infatti, anche analizzando i ricoveri per tipo DRG, si evidenzia che la riduzione riguarda i DRG di tipo medico ritenuti quelli a più alto rischio di inappropriatezza.

Andamento dimessi Ospedali a gestione diretta per tipo DRG



Rispetto ai singoli Ospedali, si può notare che la riduzione si è registrata in tutti con l'eccezione di Umbertide.

Andamento dimessi Ospedali a gestione diretta



Per quanto riguarda il fatturato degli Ospedali a gestione diretta, nel 2014, è risultato pari a € 80.700.555,37, di cui

il 47,36% per DRG di tipo chirurgico.

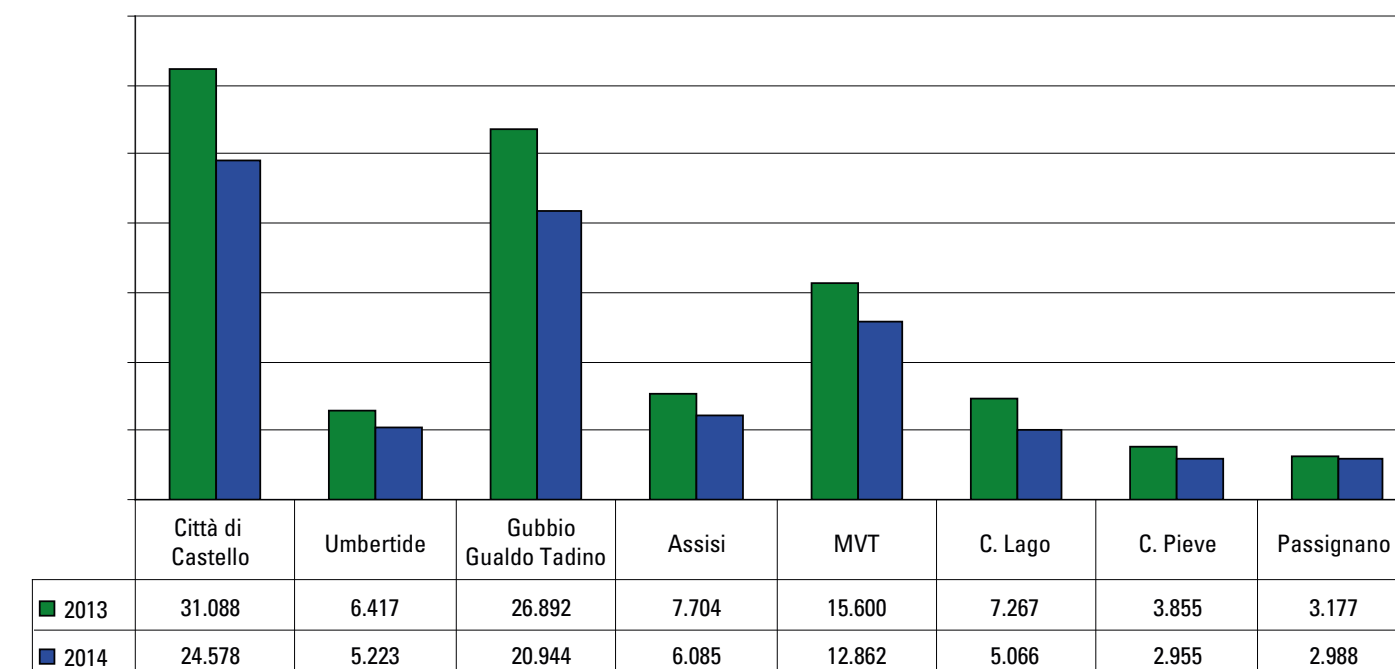
Il fatturato dell'Istituto Prosperius è risultato pari a € 9.982.711,51 (€ 10.826.019,42 nel 2013).

Fatturato Ospedali a gestione diretta – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	Fatturato Totale DRG Medici	% Fatturato DRG Medici	Fatturato Totale DRG Chirurgici	% Fatturato DRG Chirurgici	Fatturato Totale
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	42.477.902,37	52,64	38.222.653,00	47,36	80.700.555,37
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	12.021.633,00	48,91	12.556.467,00	51,09	24.578.100,00
(Liv 3) Ospedale Umbertide	2.135.390,00	40,89	3.087.365,00	59,11	5.222.755,00
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	9.161.237,00	43,74	11.782.843,00	56,26	20.944.080,00
(Liv 3) Ospedale Assisi	3.849.675,00	63,27	2.235.038,00	36,73	6.084.713,00
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	7.179.016,60	55,81	5.683.366,00	44,19	12.862.382,60
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	2.192.888,00	43,29	2.872.706,00	56,71	5.065.594,00
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	2.950.170,80	99,84	4.868,00	0,16	2.955.038,80
(Liv 3) Ospedale Passignano	2.987.891,97	100,00			2.987.891,97

Rispetto al 2013, il fatturato è calato del 20,88%, ma, nella valutazione del suo andamento, va tenuto conto del nuovo tariffario regionale che determina un fatturato medio inferiore di circa il 28% rispetto a quello prodotto dal precedente tariffario in vigore fino a settembre 2013.

Andamento Fatturato per Ospedale (in migliaia di euro)



3.2. Analisi per residenza dell'assistito

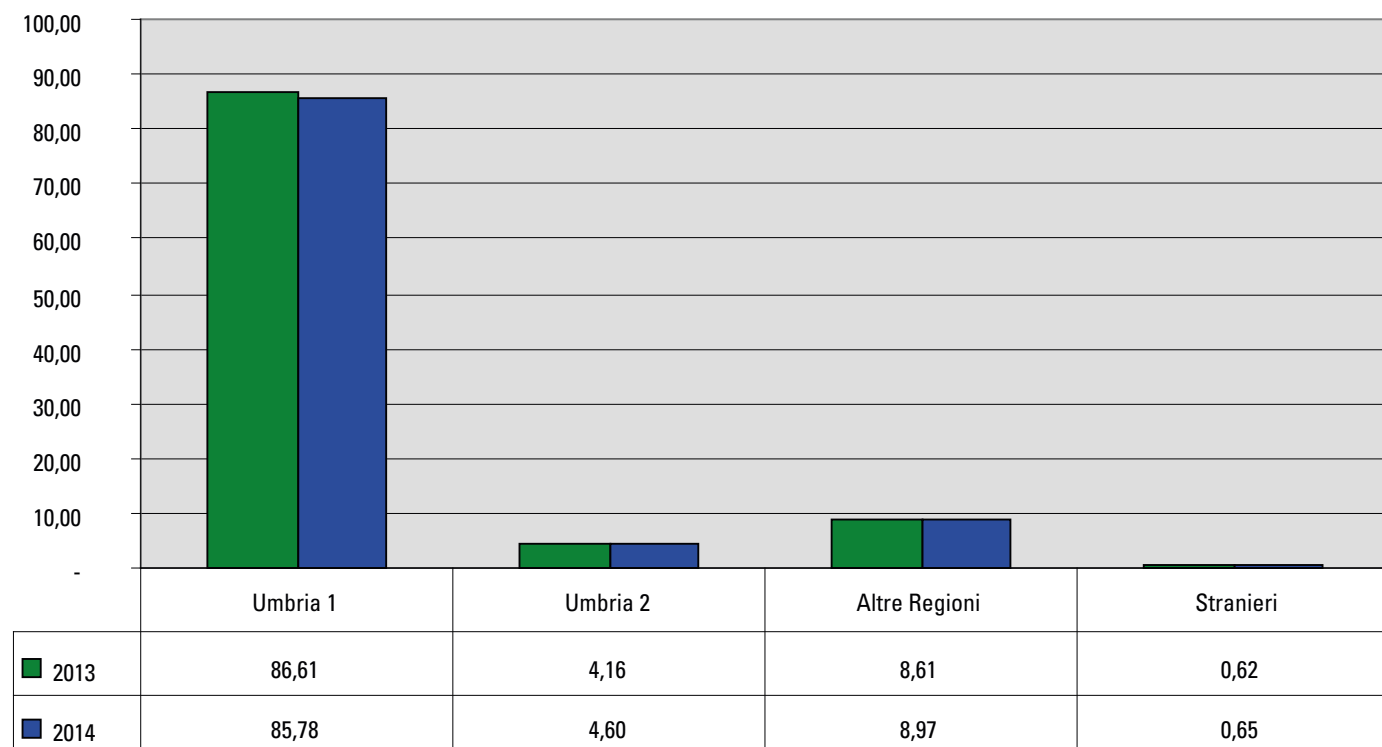
Dall'analisi dei ricoveri degli Ospedali a gestione diretta in base alla residenza degli utenti, emerge come, nell'anno 2014, l'85,78% degli stessi siano stati effettuati per residenti della USL Umbria n.1, il 4,60% per residenti della USL Umbria n.2, l'8,97% per residenti in altre Regioni e lo 0,65% per stranieri.

Distribuzione dimessi per residenza Ospedali a gestione diretta – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	Dimessi residenti USL Umbria 1	% Dimessi residenti USL Umbria 1	Dimessi residenti USL Umbria 2	% Dimessi residenti USL Umbria 2	Dimessi Re-sidenti altre Regioni	% Dimessi residenti altre Regioni
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	27.611	85,78	1.479	4,60	2.888	8,97
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	7.733	84,58	78	0,85	1.283	14,03
(Liv 3) Ospedale Umbertide	2.009	81,53	92	3,73	350	14,20
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	6.958	88,98	381	4,87	429	5,49
(Liv 3) Ospedale Assisi	2.600	90,91	137	4,79	96	3,36
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	4.620	85,51	504	9,33	248	4,59
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	2.320	82,47	107	3,80	367	13,05
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	838	77,81	149	13,83	74	6,87
(Liv 3) Ospedale Passignano	533	87,81	31	5,11	41	6,75

Rispetto al 2013, risulta diminuita l'attività erogata a favore dei residenti nella USL Umbria n.1, e aumentata quella erogata ai residenti fuori Regione ed ai residenti della USL Umbria n.2.

% Distribuzione Dimessi per residenza



Per quanto riguarda i ricoveri erogati dall'Istituto Prosperius, il 46,94% è stato effettuato per residenti della USL

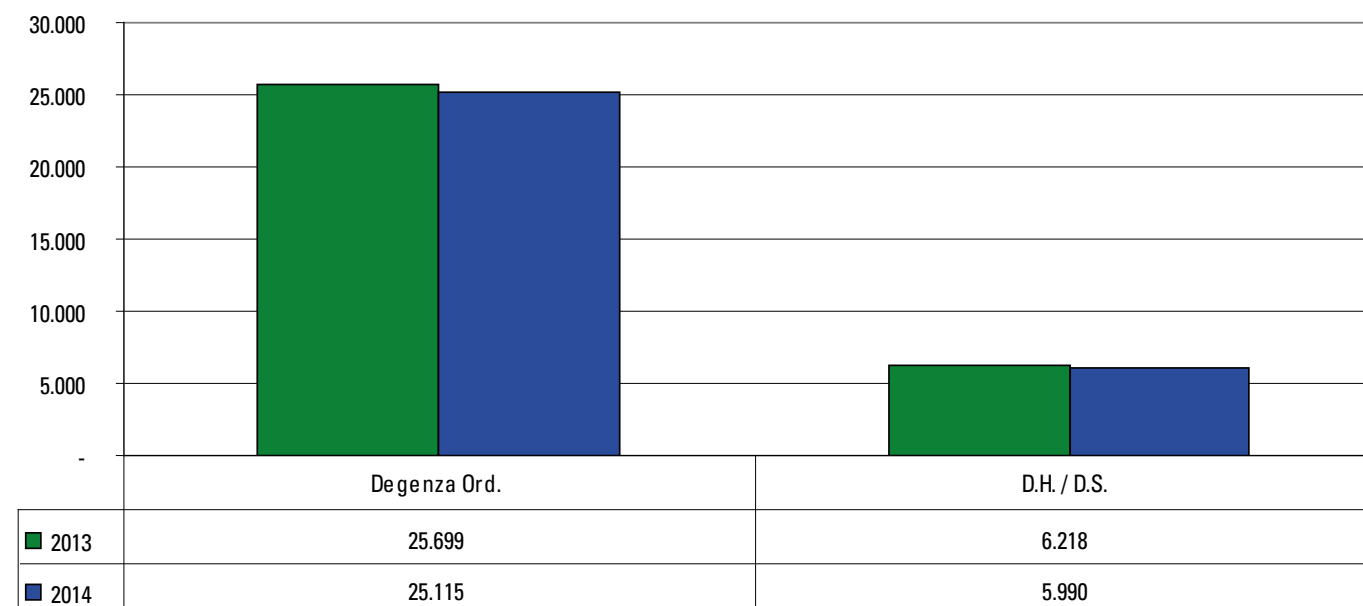
Umbria n.1, il 3,54% per residenti della USL Umbria n.2 ed il 49,46% per residenti in altre Regioni.

3.3. Attività di ricovero per acuti

I ricoveri per acuti erogati dagli Ospedali afferenti ai Presidi Ospedalieri sono stati, nel 2014, **31.105** con una flessione rispetto al 2013 del 2,54%.

Analizzando i ricoveri per tipologia di degenza rispetto al 2013, si può osservare che la diminuzione percentuale maggiore ha riguardato i ricoveri in DH/DS (-3,67%) anche grazie al trasferimento di attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Andamento dimessi per acuti per tipologia di degenza



3.3.1. Degenza ordinaria: Indicatori Tradizionali

Nell'anno 2014 sono stati effettuati **23.062** ricoveri in degenza ordinaria (esclusi i ricoveri del nido e delle terapie intensive che non rientrano nel calcolo degli indicatori). Le giornate di degenza consumate sono state **126.156**.

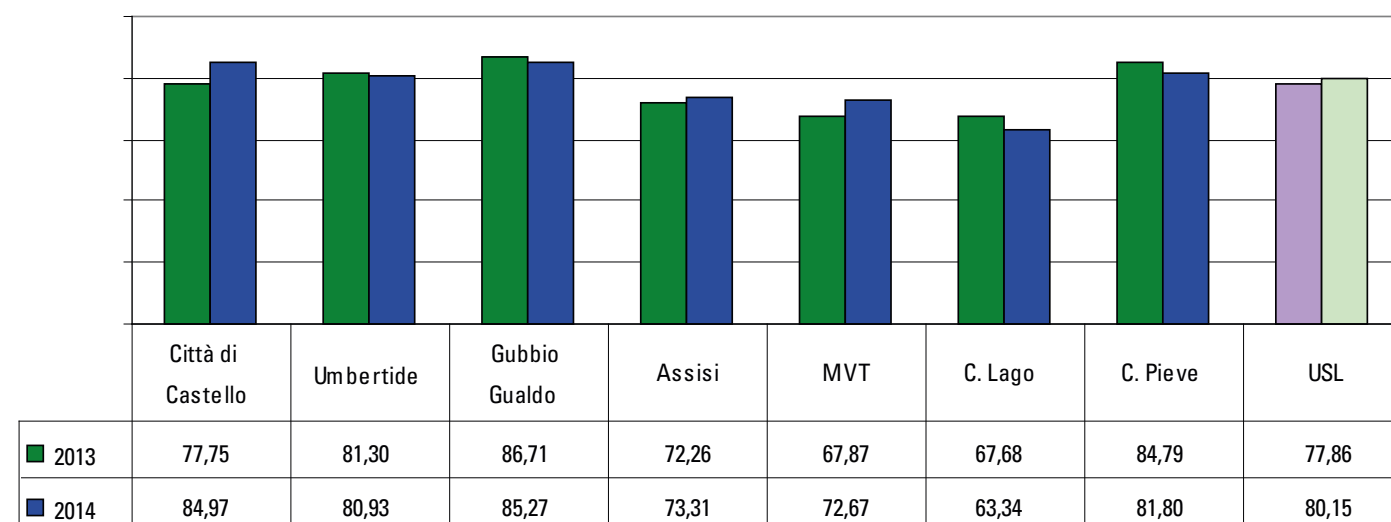
Il tasso di utilizzo, nel 2014, si è attestato all'**80.15%**, in miglioramento rispetto al 2013 (77,86%) ed in linea con lo standard ministeriale dell'80-90%.

La degenza media è risultata pari a **5,47 giorni**, anch'essa in miglioramento rispetto al 2013 (5,52) ed in linea con lo standard regionale della DGR 970/2012 di 6-6,5 gg.

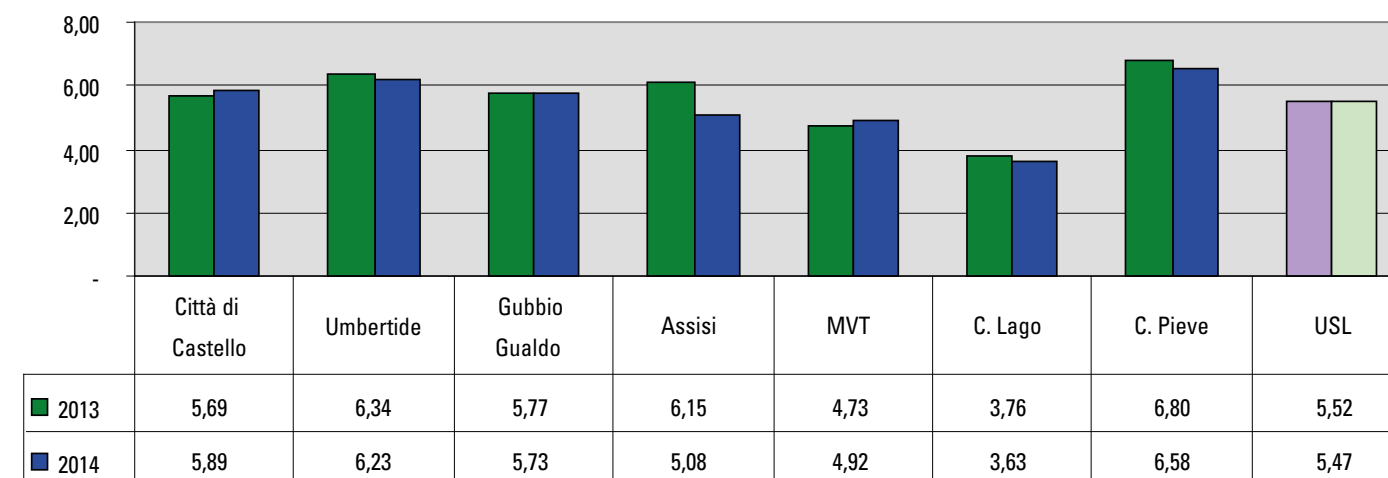
Indicatori tradizionali di DO per acuti – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	Dimessi per acuti DO (escluso nido e terapie intensive)	GG degenza ordinaria per acuti (escluso nido e terapie intensive)	Presenza Media Giornaliera per acuti (escluso nido e terapie intensive)	Degenza Media per acuti (escluso nido e terapie intensive)	Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido e terapie intensive)	Indice di rotazione per acuti (escluso nido e terapie intensive)	Intervallo di Turn-Over per acuti (escluso nido e terapie intensive)
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	23.062	126.156	345,63	5,47	80,15	53,48	1,35
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	7.400	43.569	119,37	5,89	84,97	52,68	1,04
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.289	8.025	21,99	6,23	80,93	47,45	1,47
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	5.983	34.312	94,01	5,73	85,27	54,27	0,99
(Liv 3) Ospedale Assisi	2.056	10.435	28,59	5,08	73,31	52,72	1,85
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	3.130	15.407	42,21	4,92	72,67	53,89	1,85
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	2.258	8.188	22,43	3,63	63,34	63,76	2,10
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	946	6.220	17,04	6,58	81,80	45,41	1,46

Andamento TU per acuti



Andamento DM per acuti



3.3.2. Attività Chirurgica

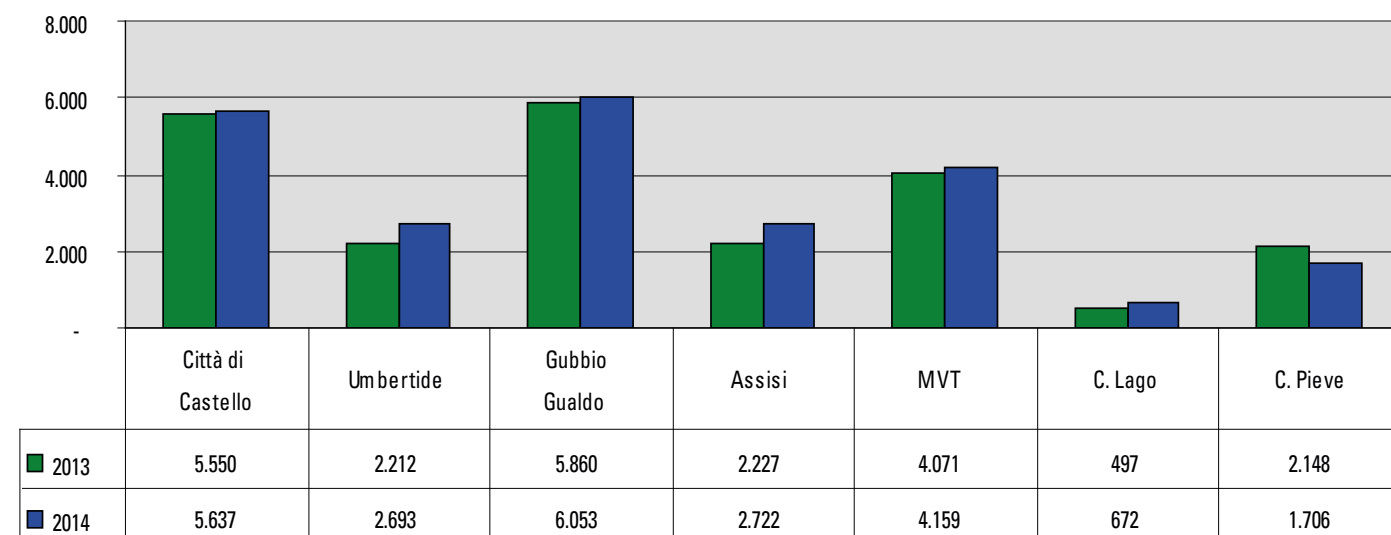
Nel corso dell'anno 2014 sono stati erogati **13.946 DRG chirurgici** e **9.696 interventi in regime ambulatoriale**.

Attività chirurgica – Anno 2014

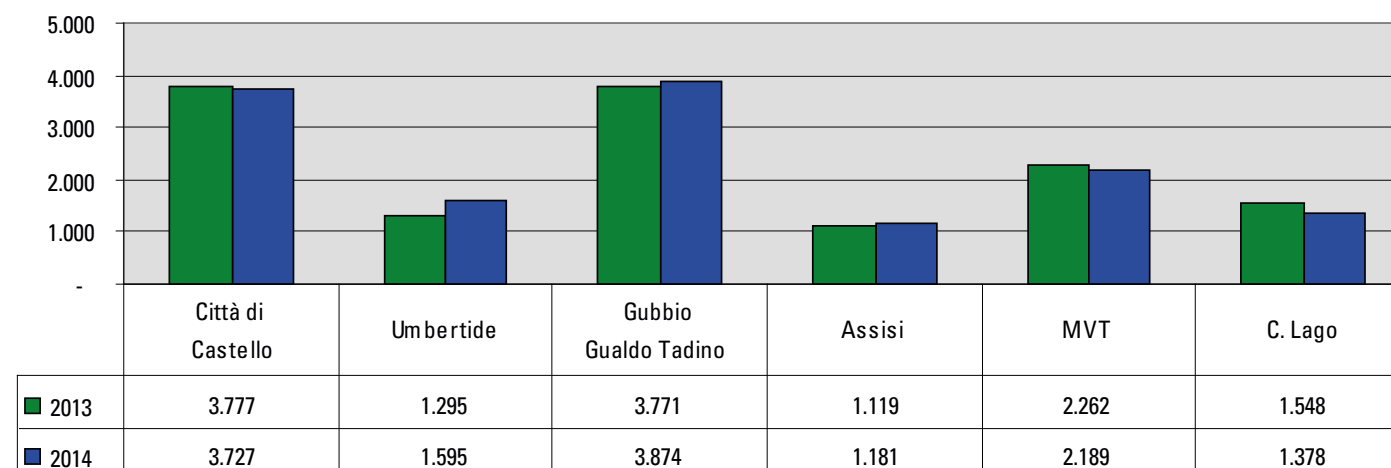
Strutture \ Indicatori	n.DRG chirurgici di DO	n.cicli chiusi con DRG chirurgico	N° Interventi chirurgici ambulatoriali	Attività Chirurgica Totale
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	9.211	4.735	9.696	23.642
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	2983	744	1.910	5.637
(Liv 3) Ospedale Umbertide	474	1121	1.098	2.693
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	2714	1160	2.179	6.053
(Liv 3) Ospedale Assisi	709	472	1.541	2.722
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	1184	1005	1.970	4.159
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1145	233	670	2.048
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	2		328	330

Rispetto al 2013, l'attività chirurgica è complessivamente aumentata del **4,77%**, con un aumento dell'**1,24%** in regime di ricovero e del **10,31%** in ambulatoriale.

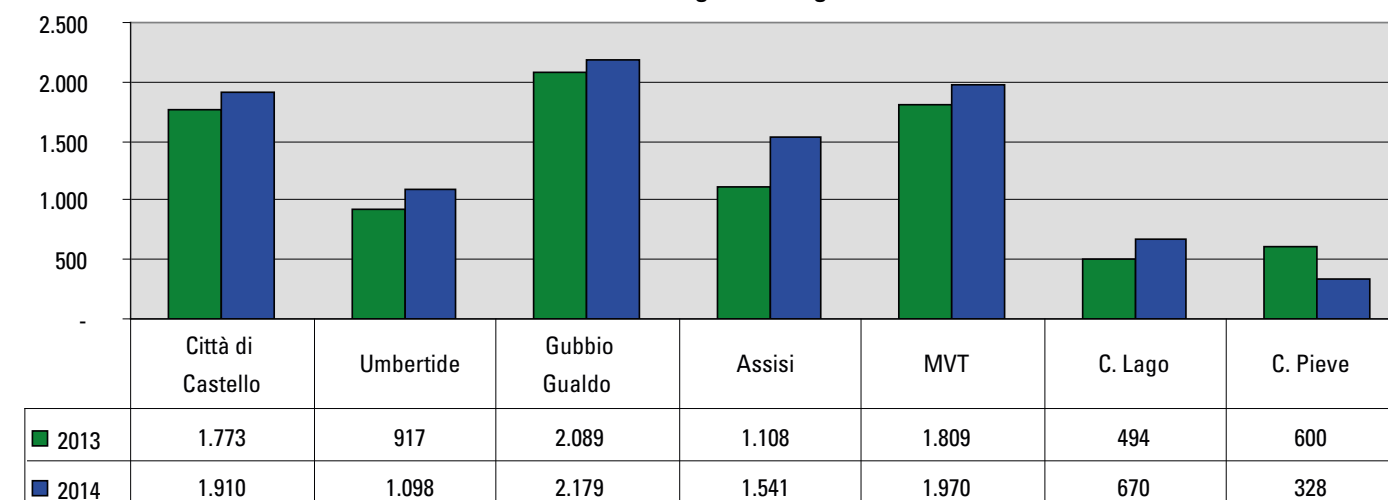
Andamento attività chirurgica totale per Ospedale



Andamento attività chirurgica in regime di ricovero



Andamento attività chirurgica in regime ambulatoriale



Negli Ospedali di Territorio sono state attivate numerose discipline specialistiche chirurgiche anche attraverso apposite collaborazioni instaurate con l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

L'obiettivo perseguito attraverso l'attivazione di tali attività è stato quello di migliorare l'offerta nelle "aree critiche" che presentano un alto tasso di fuga extraregionale, nonché di promuovere l'integrazione delle risorse professionali.

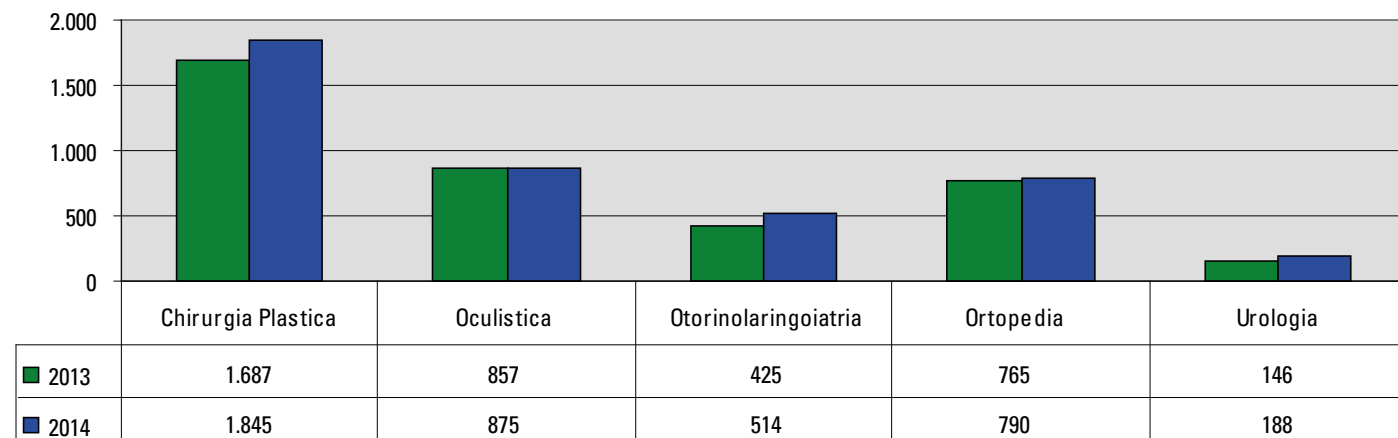
Nel corso del 2014, sono stati eseguiti complessivamente **4.212** interventi tra regime di ricovero ed ambulatoriale.

Attività di Chirurgia Specialistica negli Ospedali di Territorio – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° casi di Chirurgia plastica e ricostruttiva negli H Territorio (DRG C e Amb.)	N° casi di Chirurgia oculistica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia ORL negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia ortopedica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	N° casi di Chirurgia urologica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	1.845	875	514	790	188
(Liv 3) Ospedale Assisi	940		396		124
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	827	569	13	586	42
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	78		105	204	22
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve		306			

Rispetto al 2013 l'attività è aumentata dell'**8,56%**.

Andamento attività chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio



3.3.3. Attività Ostetrica in degenza ordinaria

Nel corso dell'anno 2014 sono stati garantiti **1.849 parti**.

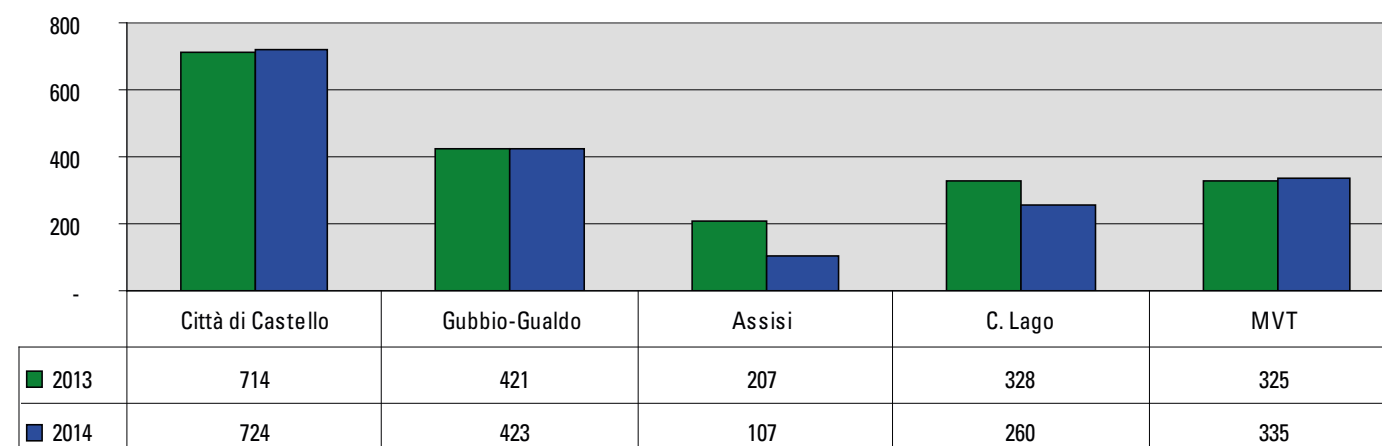
Attività ostetrica in degenza ordinaria – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N° Parti fisiologici	N° Parti cesarei	N° Parti Totali	% Parti cesarei
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	1.310	539	1.849	29,15
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	496	228	724	31,49
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	289	134	423	31,68
(Liv 3) Ospedale Assisi	79	28	107	26,17
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	259	76	335	22,69
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	187	73	260	28,08

N.B.: Il PN di Assisi ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2014

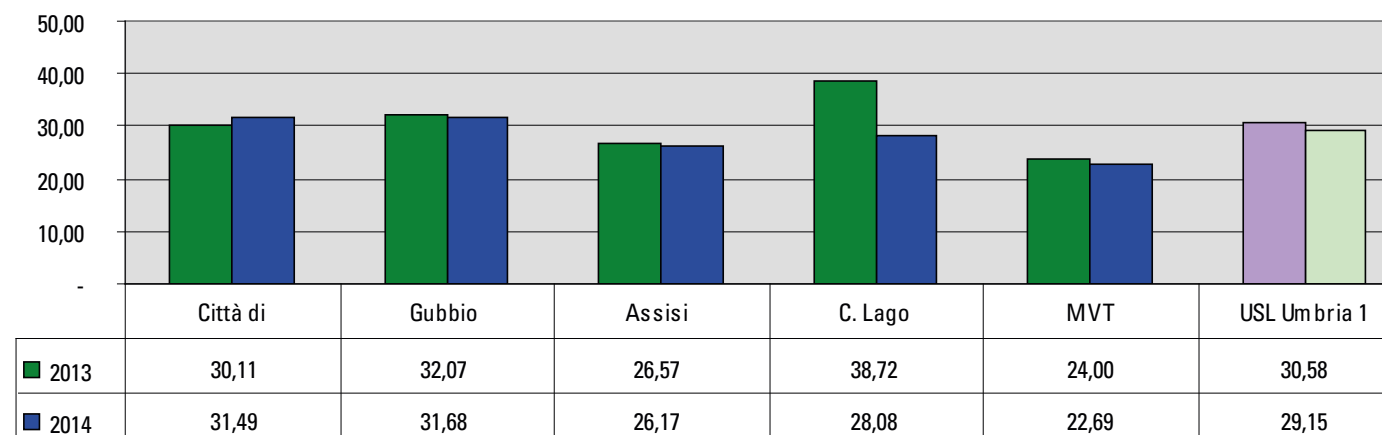
Rispetto all'anno precedente, i parti sono diminuiti del **7,32%** anche per effetto della chiusura del Punto Nascita di Assisi da settembre 2014 a seguito del progetto di riorganizzazione dei PN degli Ospedali di territorio sotto specificato.

Andamento Parti per Punto Nascita



Nel 2014 la percentuale di parti cesarei si è attestata al **29,15%**, dato in miglioramento rispetto al 2013 (30,58%).

Andamento % Parti Cesarei per Punto Nascita



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

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

La programmazione regionale con la DGR970/2012, recuperando le indicazioni delle Linee di indirizzo dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010, definisce requisiti e criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

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

La DGR 1344/2013 ha dato, pertanto, mandato ai Direttori Generali delle Aziende USL Umbria n.1 e Umbria n.2 e delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni di definire protocolli operativi finalizzata alla riorganizzazione in forma integrata dei Punti Nascita degli Ospedali di Territorio.

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

Nello specifico il Progetto di riorganizzazione:

- ha definito il nuovo modello organizzativo dei Servizi, con individuazione dei Punti Nascita di 1° Livello (Città di Castello, Gubbio-Gualdo, Castiglione del Lago, MVT) 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;
- ha previsto la costituzione di una struttura integrata con l'Azienda Ospedaliera di Perugia "Area Funzionale Omogenea Interaziendale (AFOI)" in cui confluiscono i PN di Castiglione del Lago e della Media Valle del Tevere.

Il PN di Assisi ha cessato la sua attività nel mese di settembre 2014 ed è stato attivato il Centro Donna di Assisi.

3.3.4. Case-Mix dei Presidi Ospedalieri

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

Case Mix Presidio Ospedaliero Alto Tevere - Anno 2014

MDC	DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG Totali	
	N°	%	N°	%		
08	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	201	17,63	939	82,37	1.140
05	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	910	81,47	207	18,53	1.117
14	gravidanza, parto e puerperio	635	57,26	474	42,74	1.109
06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	479	44,52	597	55,48	1.076
09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	132	13,51	845	86,49	977
04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	814	99,63	3	0,37	817
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	751	100,00			751
01	malattie e disturbi del sistema nervoso	722	97,83	16	2,17	738
03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	146	22,29	509	77,71	655
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	294	51,94	272	48,06	566
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	83	15,93	438	84,07	521
07	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	194	46,63	222	53,37	416
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	128	41,56	180	58,44	308
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	154	59,46	105	40,54	259
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	26	10,04	233	89,96	259
02	malattie e disturbi dell'occhio	28	11,81	209	88,19	237
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	211	97,24	6	2,76	217

Case Mix Presidio Ospedaliero Alto Tevere - Anno 2014

MDC	DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG Totali	
	N°	%	N°	%		
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	146	96,05	6	3,95	152
19	malattie e disturbi mentali	109	100,00			109
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	50	76,92	15	23,08	65
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	44	68,75	20	31,25	64
00	drg non classificati			19	100,00	19
24	traumatismi multipli rilevanti	7	50,00	7	50,00	14
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	11	100,00			11
22	ustioni	6	100,00			6
25	infezioni da h.i.v.	4	100,00			4
Totale		6.285	54,15	5.322	45,85	11.607

Case Mix Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino - Anno 2014

MDC	DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG	
	N°	%	N°	%	Totali	
05	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	565	65,39	299	34,61	864
08	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	84	10,24	736	89,76	820
06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	363	44,32	456	55,68	819
14	gravidanza, parto e puerperio	454	58,96	316	41,04	770
09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	58	7,70	695	92,30	753
04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	683	99,56	3	0,44	686
03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	89	18,90	382	81,10	471
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	427	100,00			427
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	49	11,72	369	88,28	418
01	malattie e disturbi del sistema nervoso	365	97,07	11	2,93	376
07	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	177	50,28	175	49,72	352
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	184	63,45	106	36,55	290
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	17	11,56	130	88,44	147
02	malattie e disturbi dell'occhio	9	7,56	110	92,44	119
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	80	70,80	33	29,20	113
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	104	97,20	3	2,80	107
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	79	96,34	3	3,66	82
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	32	69,57	14	30,43	46
19	malattie e disturbi mentali	45	100,00			45
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	30	69,77	13	30,23	43
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	39	97,50	1	2,50	40
00	drg non classificati			14	100,00	14
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	7	100,00			7
24	traumatismi multipli rilevanti	2	33,33	4	66,67	6
22	ustioni	2	66,67	1	33,33	3
25	infezioni da h.i.v.	2	100,00			2
Totale		3.946	50,46	3.874	49,54	7.820

Case Mix Presidio Ospedaliero Unificato - Anno 2014

MDC	DRG Medici		DRG Chirurgici		DRG	
	N°	%	N°	%	Totali	
06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	655	38,02	1.068	61,98	1.723
14	gravidanza, parto e puerperio	689	48,28	738	51,72	1.427
05	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.023	87,89	141	12,11	1.164
09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	164	16,25	845	83,75	1.009
04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	797	99,50	4	0,50	801
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	737	100,00			737
07	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	329	50,77	319	49,23	648
01	malattie e disturbi del sistema nervoso	630	98,59	9	1,41	639
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	92	16,25	474	83,75	566
08	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	116	24,12	365	75,88	481
03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca, e della gola	87	18,20	391	81,80	478
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	275	82,34	59	17,66	334
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	276	84,40	51	15,60	327
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	312	97,81	7	2,19	319
18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	251	99,60	1	0,40	252
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	206	83,06	42	16,94	248
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	37	15,61	200	84,39	237
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	132	100,00			132
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	56	84,85	10	15,15	66
19	malattie e disturbi mentali	45	100,00			45
02	malattie e disturbi dell'occhio	2	7,41	25	92,59	27
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	11	100,00			11
22	ustioni	3	100,00			3
24	traumatismi multipli rilevanti	3	100,00			3
25	infezioni da h.i.v.	1	100,00			1
Totale		6.929	59,33	4.749	40,67	11.678

3.3.5. Indicatori di appropriatezza

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda i principali indicatori dell'appropriatezza ospedaliera assegnati anche come obiettivi aziendali, nella tabella seguente.

Indicatori di appropriatezza Assistenza Ospedaliera - Anni 2013-2014

Indicatori	2013			2014		
	Regione	USL Umbria 1	Fascia di Valutazione	Regione	USL Umbria 1	Fascia di Valutazione
Efficienza pre-operatoria						
D.M. pre-operatoria interventi chirurgici programmati	1,08	0,72		1,08	0,64	
Appropriatezza medica						
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	26,08	16,86		11,40	13,18	
% ricoveri ordinari medici brevi	22,31	16,31		21,26	14,73	
% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	3,63	2,47		3,47	2,19	
Appropriatezza chirurgica						
% DRG medici da reparti chirurgici	20,01	16,21		19,46	14,96	
Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	44,02	53,53		43,86	51,98	
Qualità clinica						
% fratture femore operate entro 2 gg	48,89	58,36		52,43	66,09	

Di seguito si riportano le fasce di valutazione previste dal sistema di misurazione delle performance.

Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

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

3.4. Attività di Riabilitazione Ospedaliera

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

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

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

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

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

Nel corso del 2014 sono stati assistiti presso il CORI **311 pazienti con 9.548 giornate di degenza**. Buono il Tasso di utilizzo che si mantiene sopra l'85%.

Indicatori Tradizionali Degenza Ordinaria CORI

Indicatori	2013	2014
N. pazienti trattati	328	311
N. Dimessi	680	467
Giornate degenza	9.518	9.548
Degenza Media	14,00	20,45
Tasso di utilizzo	87,41	87,44

Oltre all'attività di degenza ordinaria, è stata assicurata presso il CORI un'attività di Day Hospital con **140 cicli e 2.879 accessi** (2.847 nel 2013).

3.4.2. Riabilitazione Ortopedica Ospedale MVT

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

Nel corso del 2014 sono stati assistiti **230 pazienti con 3.500 giornate di degenza**. Buono il Tasso di utilizzo che si mantiene sopra il 90%.

Indicatori Tradizionali Degenza Ordinaria Riabilitazione MVT

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

3.4.3. Istituto Prosperius Tiberino

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

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

Nel corso del 2014 sono stati effettuati **1.370 ricoveri di degenza ordinaria con 37.009 giornate e 100 cicli con 2.321 accessi**.

Attività Istituto Prosperius Tiberino

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

3.5. Attività di Lungodegenza Ospedaliera

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

Nel corso del 2014 sono stati erogati **227 ricoveri** a fronte di 242 del 2013. Le giornate di degenza sono passate da 4.570 a **4.042** con una diminuzione dell'11,55%.

Indicatori tradizionali di DO per lungodegenza – Anno 2014

Strutture \ Indicatori	N. dimessi DO lungodegenza	GG degenza DO lungodegenza	Degenza Media per lungodegenza	Tasso di utilizzo per lungodegenza
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	227	4.042	17,81	79,10
(Liv 3) Ospedale Assisi	57	864	15,16	78,90
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	55	1.033	18,78	70,75
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	27	574	21,26	78,63
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	88	1.571	17,85	86,08

3.6. Assistenza ospedaliera psichiatrica

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

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

Nel corso dell'anno 2014 sono stati erogati dalla struttura **414 ricoveri** (410 nel 2013), di cui l'87,44% per residenti della USL Umbria n.1.

Dimessi SPDC per residenza dell'assistito

Residenza	2013		2014	
	N°	%	N°	%
USL Umbria n.1	355	86,59	362	87,44
USL Umbria n.2	17	4,15	11	2,66
Altre Regioni	30	7,32	23	5,56
Stranieri	8	1,95	18	4,35
Totale	410	100,00	414	100,00

Se si analizza la tipologia della casistica trattata in degenza ordinaria, si evidenzia che il DRG più frequente è il 430 "Psicosi" (55% della casistica) seguito dal DRG 428 "Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi" (20% della casistica).

Casistica SPDC

DRG		2013	2014
430	Psicosi	205	228
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	95	84
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	25	27
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	25	25
429	Disturbi organici e ritardo mentale	14	14
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	12	8
	Altri DRG	34	28
Totale		410	414

3.7. Attività dei Servizi di Diagnosi e Cura:

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

3.7.1. Diagnostica per immagini

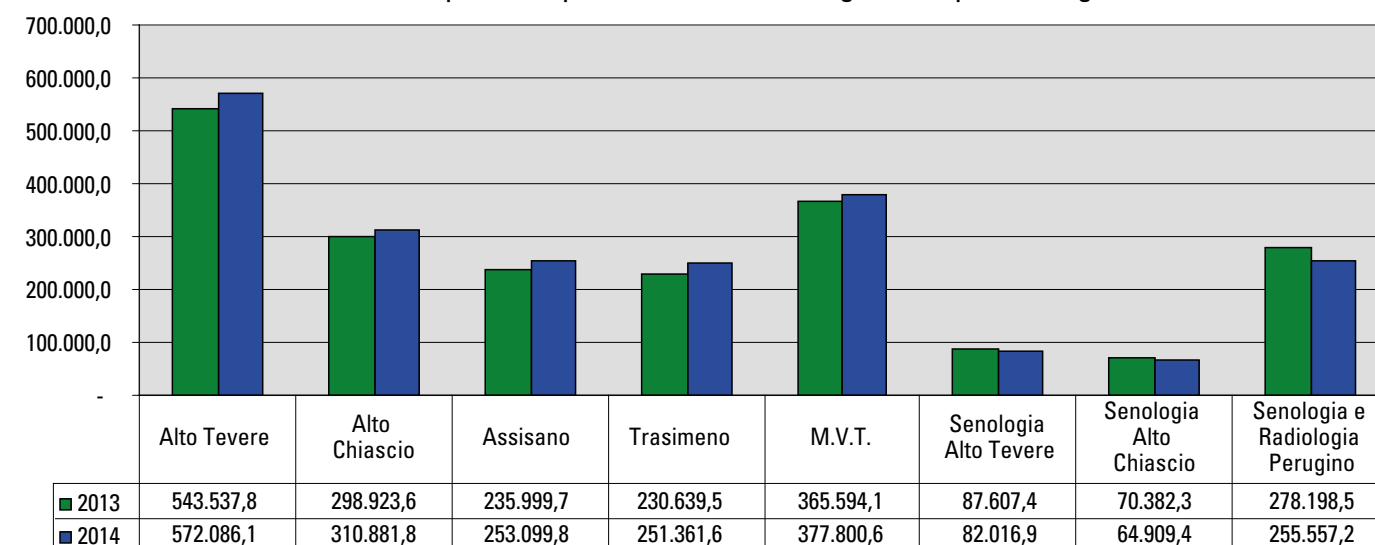
Le prestazioni equivalenti totali di diagnostica per immagini sono state, nell'anno 2014, **3.176.657**, di cui il 12,58% per ricoverati, il 13,91% per i Pronto Soccorso, il 5,27% di screening mammografico ed il 68,24% per utenti ambulatoriali esterni.

Attività di diagnostica per immagini – Anno 2014 (Fonte CUP-RIS)

Strutture \ Indicatori	N° prestazioni equivalenti per ricoverati	N° prestazioni equivalenti richieste da pronto soccorso	N° prestazioni equivalenti di screening mammografico	N° prestazioni equivalenti per esterni	N° prestazioni equivalenti Totali
Dipartimento dei Servizi	399.596,3	441.803,7	167.543,7	2.167.713,3	3.176.657,1
Diagnostica Immagini Alto Tevere	175.748,8	153.462,8		572.086,1	901.297,7
Diagnostica Immagini Alto Chiascio	110.573,7	119.124,7		310.881,8	540.580,2
Diagnostica Immagini Assisano	26.989,5	53.774,6	21.744,8	253.099,8	355.608,7
Diagnostica Immagini Trasimeno	31.207,5	48.697,2	15.245,8	251.361,6	346.512,1
Diagnostica Immagini M.V.T.	51.070,5	66.744,4	14.878,4	377.800,6	510.494,0
Senologia Diagnostica Alto Tevere	2.319,3		19.201,3	82.016,9	103.537,5
Senologia Diagnostica Alto Chiascio	1.687,1		15.147,2	64.909,4	81.743,6
Senologia e Radiologia Territoriale Perugino			81.326,2	255.557,2	336.883,4

Rispetto all'anno 2013, le prestazioni equivalenti per utenti ambulatoriali sono aumentate del **2,69%**.

Prestazioni equivalenti per esterni Servizi Diagnostica per Immagini



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

3.7.2. Diagnostica di laboratorio

I Servizi di Diagnostica di Laboratorio hanno assicurato, nell'anno 2014, **3.869.210,6** prestazioni equivalenti, di cui il 19,53% per ricoverati, il 5,87% per i Pronto Soccorso ed il 74,60% per utenti ambulatoriali esterni.

Attività di diagnostica di laboratorio - Anno 2014 (Fonte CUP-LIS-Athena)

Strutture \ Indicatori	N° prestazioni equivalenti per ricoverati	N° prestazioni equivalenti richieste da pronto soccorso	N° prestazioni equivalenti per esterni	N° prestazioni equivalenti Totali
Dipartimento dei Servizi	755.558,8	227.081,8	2.886.570,0	3.869.210,6
Diagnostica di Laboratorio Area Nord	274.912,1	121.526,9	939.910,5	1.336.349,5
Diagnostica di Laboratorio Area Sud	131.583,1	103.261,3	1.732.006,4	1.966.850,7
Citologia			11.387,8	11.387,8
Anatomia Patologica Aziendale	191.582,4	71,6	31.123,9	222.777,9
Medicina Trasfusionale Aziendale	157.481,2	2.222,1	172.141,5	331.844,7

Rispetto all'anno 2013, le prestazioni equivalenti per utenti ambulatoriali sono aumentate del **2,30%**.

Prestazioni Equivalenti per esterni (Fonte CUP)

Strutture	2013	2014
Diagnostica di Laboratorio Area Nord	1.010.061,3	939.910,5
Diagnostica di Laboratorio Area Sud	1.654.165,0	1.732.006,4
Citologia	15.612,7	11.387,8
Anatomia Patologica Aziendale	26.851,1	31.123,9
Medicina Trasfusionale Aziendale	114.949,3	172.141,5
Totale	2.821.639,4	2.886.570,0

3.8. Attività dei Pronto soccorso

Nel 2014 i Servizi di Pronto Soccorso e Primo Soccorso hanno garantito **114.419 accessi**, di questi il 9,6% è stato seguito da ricovero, mentre in circa il 90,4% di essi sono state garantite prestazioni in loco.

Attività di Accettazione Sanitaria – Anno 2014 (Fonte PSnet)

Strutture \ Indicatori	N° accessi PS seguiti da ricovero	% accessi PS seguiti da ricovero	N° accessi PS non seguiti da ricovero	% accessi PS non seguiti da ricovero	N° accessi PS totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera per Ospedali	10.979	9,60	103.440	90,40	114.419
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	3.438	12,68	23.676	87,32	27.114
(Liv 3) Ospedale Umbertide	429	3,38	12.262	96,62	12.691
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	3.273	11,40	25.431	88,60	28.704
(Liv 3) Ospedale Assisi	1.021	6,74	14.121	93,26	15.142
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	1.390	8,61	14.754	91,39	16.144
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	785	9,50	7.476	90,50	8.261
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	643	11,13	5.134	88,87	5.777
(Liv 3) Ospedale Passignano			586	100,00	586

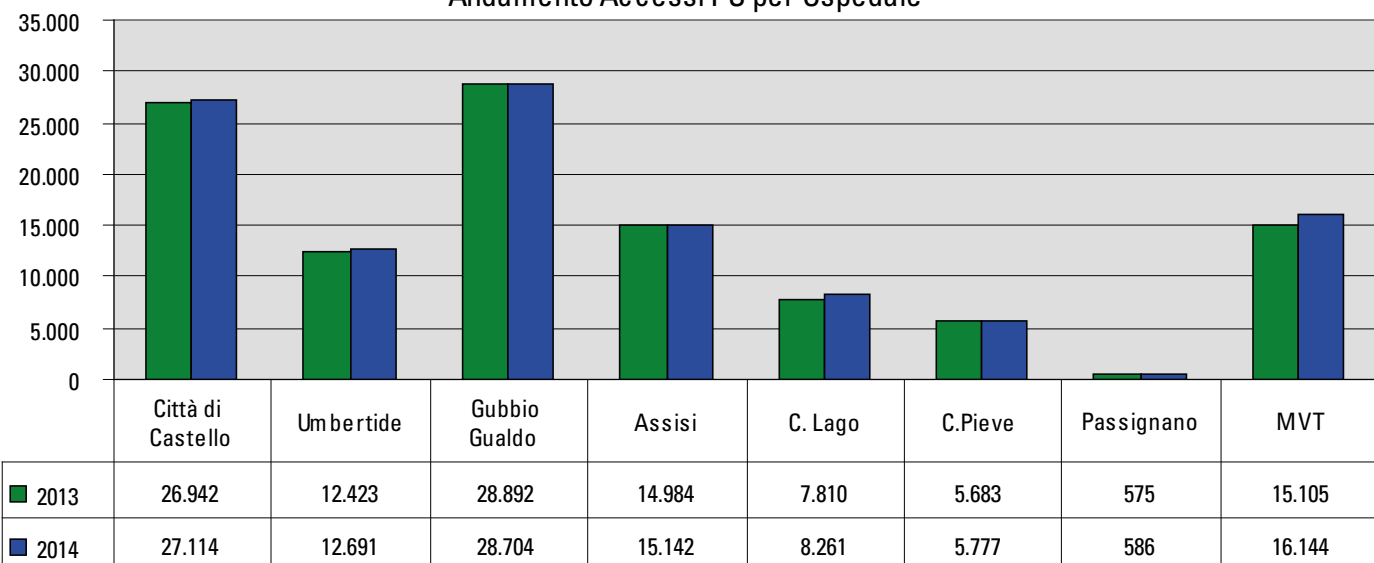
I 114.419 accessi sono ripartiti in base al codice colore in: 0,80% rossi, 19,62% gialli, 69,67% verdi, 9,90% bianchi.

Accessi Pronto Soccorso per codice priorità – Anno 2014 (Fonte PSnet)

Strutture \ Indicatori	N° accessi PS in codice rosso	N° accessi PS in codice giallo	N° accessi PS in codice verde	N° accessi PS in codice bianco	N° accessi PS con codice nero	N° accessi PS totali
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	914	22.454	79.711	11.327	13	114.419
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	620	9.606	14.628	2.257	3	27.114
(Liv 3) Ospedale Umbertide	9	1.782	10.247	653		12.691
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	133	6.473	20.412	1.685	1	28.704
(Liv 3) Ospedale Assisi	39	1.437	11.233	2.429	4	15.142
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	69	1.877	11.374	2.820	4	16.144
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	23	580	6.696	962		8.261
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	21	687	4.549	519	1	5.777
(Liv 3) Ospedale Passignano		12	572	2		586

Nel 2014 il numero totale degli accessi è aumentato dell'**1,78%** rispetto all'anno precedente (112.414 nel 2013).

Andamento Accessi PS per Ospedale



Per quanto concerne il Sistema dell'Emergenza-Urgenza (118), nel corso dell'anno 2014, le postazioni della USL Umbria n.1 hanno risposto con **19.770** trasporti.

Attività del 118: chiamate per codice priorità – Anno 2014 (Fonte C.O.)

Strutture \ Indicatori	n° trasporti 118 cod. rosso	n° trasporti 118 cod. giallo	n° trasporti 118 cod. verde	n° trasporti 118 cod. bianco	n° trasporti 118
(Liv 2) Assistenza Ospedaliera	3.505	9.804	6.443	18	19.770
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	647	1.822	1.288	1	3.758
(Liv 3) Ospedale Umbertide	276	771	443	2	1.492
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	670	1.961	1.371		4.002
(Liv 3) Ospedale Assisi	563	1.787	1.286	7	3.643
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	763	1.654	1.121	3	3.541
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	204	686	325	2	1.217
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	217	519	240		976
(Liv 3) Ospedale Passignano	165	604	369	3	1.141

Rispetto al 2013, le chiamate sono aumentate del **5,74%** (18.696 nel 2013)

Andamento Attività del 118

Punti di Soccorso	2013	2014
(Liv 3) Ospedale Città di Castello	3.494	3.758
(Liv 3) Ospedale Umbertide	1.514	1.492
(Liv 3) Ospedale Gubbio - Gualdo Tadino	3.649	4.002
(Liv 3) Ospedale Assisi	3.532	3.643
(Liv 3) Ospedale M.V.T.	3.256	3.541
(Liv 3) Ospedale Castiglione del Lago	1.234	1.217
(Liv 3) Ospedale Città della Pieve	992	976
(Liv 3) Ospedale Passignano	1.025	1.141
Totale	18.696	19.770

3.9. Attività ospedaliera "acquistata"

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

Sempre maggiore attenzione viene posta dalle Aziende Sanitarie nel garantire prestazioni di ricovero ospedaliero appropriate, tentando di ridurre al minimo quei ricoveri giudicati potenzialmente inappropriati.

Nella tabella è riportato l'andamento complessivo dei ricoveri per residenti dal quale si evidenzia una flessione, rispetto al 2013, dell'1% circa. I casi trattati dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, principale fornitore della USL Umbria n.1, sono in calo dell'1,13%.

Dimessi residenti USL Umbria 1 per Azienda erogatrice

Strutture \ Indicatori	2013	2014	Differenza %
USL Umbria n.1	29.335	28.301	-3,52
USL Umbria n.2	4.705	4.794	1,89
AO Perugia	33.599	33.220	-1,13
AO Terni	1.000	1.040	4,00
Case di Cura Private	2.678	3.256	21,58
Totale	71.317	70.611	-0,99

La gestione economico-finanziaria dell'Azienda

La tabella che segue evidenzia i dati del bilancio d'esercizio 2014, relativi ai costi della produzione.

Costi della Produzione

Tipologia Costo	Consuntivo 2013		Consuntivo 2014	
	Importo	%	Importo	%
Acquisti di beni	77.824.445	8,92	81.184.231	9,50
Acquisti di servizi sanitari	520.100.286	59,63	502.701.475	58,82
Acquisti di servizi non sanitari	44.584.287	5,11	41.155.926	4,82
Manutenzione e riparazione	10.257.606	1,18	11.193.401	1,31
Godimento di beni di terzi	4.013.534	0,46	4.099.062	0,48
Costi del personale	195.240.764	22,39	194.596.132	22,77
Oneri diversi di gestione	2.473.346	0,28	2.978.399	0,35
Ammortamenti	10.215.767	1,17	9.568.672	1,12
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-		400.000	0,05
Variazione delle rimanenze	-132.171	-0,02	1.216.617	0,14
Accantonamenti	7.586.940	0,87	5.510.192	0,64
TOTALE COSTI PRODUZIONE	872.164.804	100,00	854.604.107	100,00

Nella tabella seguente sono riportati, invece, per completezza, gli oneri/proventi finanziari, straordinari, le imposte ed il risultato d'esercizio 2014.

CONTO ECONOMICO	consuntivo 2013	consuntivo 2014
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	12.712.184	13.984.321
PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
Interessi attivi ed altri proventi finanziari	49.551	20.373
Interessi passivi ed altri oneri finanziari	660.608	560.530
Totale	-611.057	-540.157
RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
Rivalutazioni	-	-
Svalutazioni	-	-
Totale	-	-
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
Proventi straordinari	4.484.003	2.363.943
Oneri straordinari	1.649.441	2.129.563
Totale	2.834.562	234.380
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	14.935.689	13.678.544
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
IRAP	13.308.560	13.115.077
IRES	375.629	413.143
Accantonamento a fondo imposte	-	-
Totale	13.684.189	13.528.220
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	1.251.500	150.324

I dati evidenziano che l'Azienda ha registrato un utile di € 150.324 al 31/12/2014.

Se si considera la riclassificazione dei costi sostenuti dall'Azienda articolandoli per livello di assistenza, risulta che il 5% circa è stato destinato alle attività di prevenzione, il 56% a quelle distrettuali ed il 39% a quelle ospedaliere.

LEA	Anno 2013	Anno 2014
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,68%	4,80%
Assistenza distrettuale	54,10%	56,30%
Assistenza ospedaliera	41,22%	38,90%

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

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

- incremento dei costi attribuiti alla specialistica ambulatoriale per il trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche e di attività considerate non appropriate se erogate in regime di degenza (ricoveri in Day Hospital per finalità diagnostiche, ricoveri medici in aree chirurgiche ecc.);
- diminuzione dei costi attribuiti all'assistenza ospedaliera per acuti a seguito della modifica del tariffario regionale delle prestazioni di ricovero (che ha recepito il tariffario nazionale), per effetto della quale si è ridotta in modo consistente la valorizzazione delle prestazioni di ricovero acquistate in mobilità intra-regionale;
- riconversione, effettuata nel corso del 2014, di alcuni Posti Letto delle Medicine degli Ospedali Aziendali in Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

Rispetto all'anno 2013, i costi della produzione dell'esercizio 2014 hanno avuto una riduzione di € 17.560.697 (-2,01%). Tale riduzione deriva, principalmente, dalla diminuzione di € 16.896.789 dei costi per la mobilità regionale passiva a seguito della modifica del tariffario regionale dei ricoveri.

Una significativa diminuzione, pari a complessivi € 3.428.361, si registra anche al gruppo "Servizi non sanitari" ed è imputabile, in via prevalente, alla diminuzione dei costi per:

- premi di assicurazione (- € 2.311.350) a seguito della entrata a regime del sistema di gestione dei rischi di responsabilità sanitaria delle Aziende Sanitarie Regionali in regime di auto-ritenzione;
- servizio mensa (- € 449.815);
- utenze (- € 1.202.196);
- servizi informatici (- € 952.396);
- trasporti (- € 354.074).

Tali diminuzioni hanno compensato più che ampiamente l'incremento di alcune voci di costo aggregate al medesimo gruppo, quale quella residuale denominata "altri servizi non sanitari appaltati" che presenta un incremento di € 847.654.

Si segnala che la variazione in aumento dei costi del gruppo per "acquisti di beni sanitari", per € 3.359.786 discende dalla modifica, su disposizione regionale, di imputazione contabile dei costi per l'ossigeno terapeutico (€ 3.658.809) dal conto 280/10/10, riepilogato nell'esercizio precedente alla voce "Acquisto servizi sanitari - Farmaceutica", al conto 240/10/85, riepilogato alla voce "Acquisti di beni sanitari".

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

- **Personale Dipendente:** grazie ad un'attenta politica di gestione delle risorse umane, l'Azienda, a fronte di un limite di spesa di € 172.644.955,39, ha sostenuto, nel 2014, un costo (calcolato in base alle disposizioni di cui alla circolare n. 9 del 17.02.2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato) di € 168.658.511, realizzando, pertanto, un'economia di € 3.986.444,84.

- **Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera** : La Regione Umbria ha stabilito, per questa Azienda, il **limite complessivo della spesa farmaceutica in € 118.056.315**, di cui **€ 100.026.068 per la farmaceutica territoriale** (farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta e per conto classe A, file F dalle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni, classe A) **e € 18.030.247 per la farmaceutica ospedaliera**:
 - **Farmaceutica Territoriale** La spesa per la farmaceutica territoriale dell'anno 2014 è risultata, a consuntivo, pari a **€ 101.086.070**, superiore al limite assegnato dalla Regione Umbria per € 1.060.002. Tale risultato è certamente dovuto, oltre che alla riduzione del limite dal 13,1% al 11,35% come previsto dall'art. 15, comma 3 della L. 135 del 7/8/2012, alle scadenze brevettuali, di importante impatto economico, avvenute a metà 2014, che hanno contribuito al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata (-3,67%), ma non al rispetto dei tetti regionali.
 - **Farmaceutica Ospedaliera**: La spesa per la farmaceutica ospedaliera è risultata pari ad **€ 19.389.934**, superiore al limite assegnato dalla Regione Umbria per € 1.359.687. Tale risultato è al netto della variazione negativa delle scorte sanitarie di € 807.669. Il conto di costo che ha presentato maggiori criticità è quello per acquisto di " *medicinali con AIC per la distribuzione diretta Classe H* ", che risente dell'elevata spesa per i farmaci per le malattie rare, gli oncologici, gli immuno-soppressori, i fattori della coagulazione, i fattori eritrocitari e interferoni, nonché dell'induzione prescrittiva dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nei confronti di questa Azienda. Si evidenzia che, rispetto al bilancio d'esercizio 2013, il costo 2014 per i farmaci in argomento è aumentato di € 2.662.122.
- **Dispositivi Medici**: il limite, in attesa di specifiche indicazioni da parte della Regione, è stato valutato così come viene definito dalla normativa ed è risultato pari a **€ 34.305.587,54** (4,4% FSR). La spesa per i dispositivi medici è risultata, nel 2014, pari a **€ 18.006.973,89**, nettamente inferiore al limite ed in diminuzione rispetto al 2013, che aveva registrato un costo di € 18.513.108.
- **Prestazioni Sanitarie da Privato**: L'art. 15, comma 14 della Legge 135/2012 (spending review) stabilisce che, nel 2013, ai contratti per prestazioni sanitarie da privati per l'assistenza specialistica ed ospedaliera si applica una riduzione del 1% rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011. Per l'Azienda USL Umbria n.1 il tetto di spesa 2014 è stato quantificato in **€ 37.800.192**. La spesa sostenuta nel 2014 ammonta ad € 37.585.644, con il pieno rispetto del limite derivante dalla legge sopracitata.



USLUmbria**1**