

MONITORAGGIO PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO

(ai sensi del comma 522 legge di stabilità 2016)

Il livello regionale stabilisce con Delibera di Giunta Regionale gli obiettivi del Direttore Generale in rispondenza alla programmazione sanitaria regionale.

Il Direttore Generale effettua la negoziazione con la Regione, condivide gli indirizzi strategici con il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e le Macrostrutture Aziendali; queste ultime condividono i propri obiettivi di programmazione con le strutture ad esse sottese.

Dal processo sinteticamente descritto si individua il ciclo annuale della programmazione sanitaria dal quale scaturisce, in conclusione, la valutazione della performance del personale composta dalle due aree, la performance organizzativa ed il contributo individuale .

A seguito dell'emergenza sanitaria del 2020, si è resa necessaria la riconfigurazione della rete ospedaliera e territoriale che ha richiesto anche la riorganizzazione delle risorse umane, al fine di consentire una risposta dei Servizi territoriali ed ospedalieri al carico lavorativo determinato dal sovrapporsi dell'epidemia alla gestione delle altre attività istituzionali.

La riorganizzazione si è modulata negli anni successivi portando comunque a ricadute positive sul cittadino-utente non solo in ambito ospedaliero ma anche in ambito territoriale con, ad esempio, il potenziamento delle cure domiciliari e delle cure intermedie finalizzate anche all'ottimizzazione della presa in carico del paziente

Per quanto riguarda gli indicatori 2024 di appropriatezza e qualità dell'assistenza, di seguito si riportano i valori di un set di indicatori, estrapolati dal sito del "Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management-Scuola Superiore Sant'Anna (MES) pubblicati a giugno 2024, del cui network l'Umbria fa parte.

L'indicatore MES B28.1.1 - Percentuale di anziani in Cure Domiciliari (Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare /Popolazione residente >= 65 anni), nel network, mostra l'Umbria, anche per ragioni demografiche, quale regione con il maggior numero percentuale di anziani in Cure Domiciliari (17,69 %).

L'USL Umbria 1 concorre con il 20,44% alla percentuale Regionale mentre l'UsL Umbria2 con il 14,31%

Considerando il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), definito come il rapporto tra le giornate di effettiva assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso (CIA = 0,13 corrisponde a 4 accessi domiciliari in 30 giorni), si può avere una rappresentazione, una proxy, dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito. Pertanto, ad una maggiore complessità del caso si assume che corrisponda un valore di CIA più elevato.

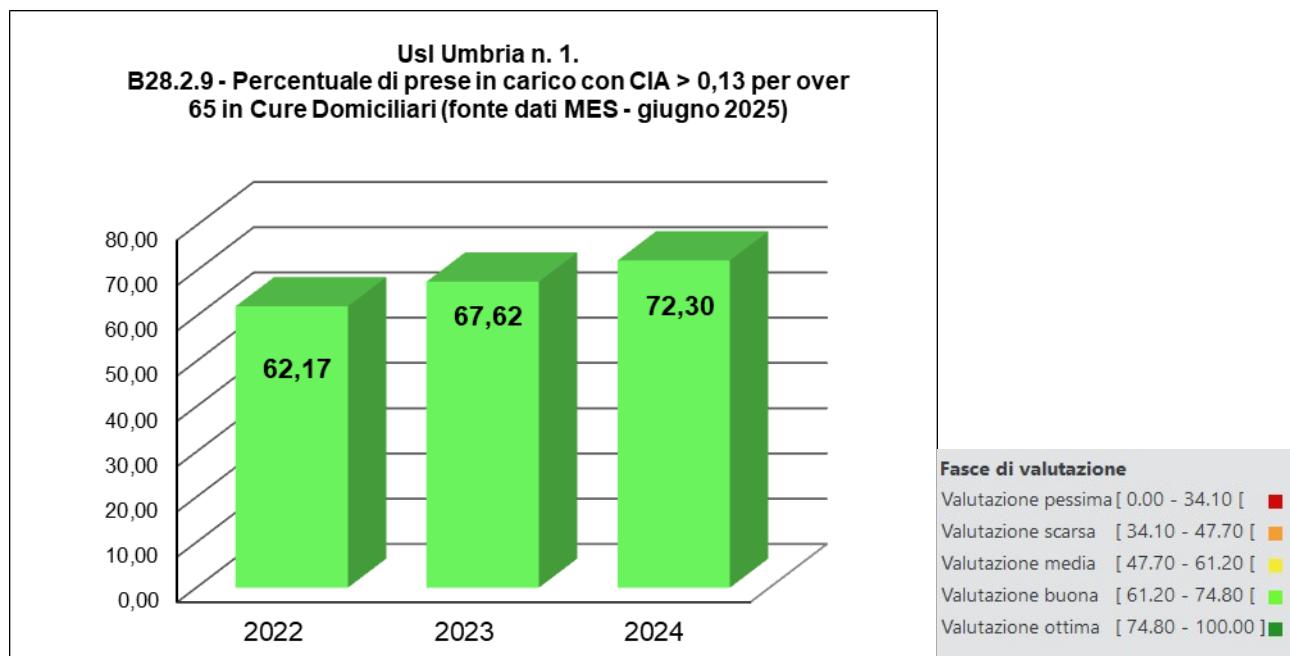
Secondo il DPCM 12 Gennaio 2017 si considerano Cure domiciliari di base quelle costituite da prestazioni professionali che rispondono a bisogni sanitari di bassa complessità: queste sono caratterizzate da un CIA inferiore o uguale a 0,13 (<0,14).

Si parla di **Cure domiciliari integrate (ADI)** con un **CIA >0,13**, dettagliate come di seguito:

- ADI di 1 livello con CIA da 0,14 a 0,30;
- ADI di 2 livello con CIA compreso tra a 0,31 e 0,50;

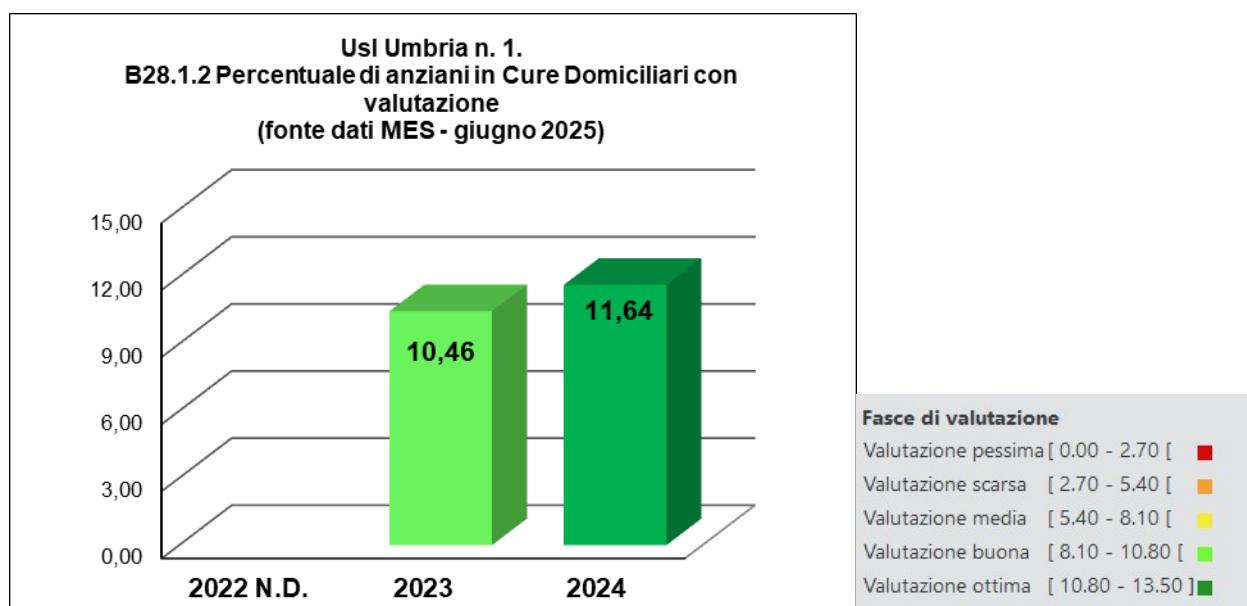
- ADI di 3 livello con CIA superiore a 0,50;

L'indicatore MES B28.2.9 - *Percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari*, mostra un trend in miglioramento , passando dal 62,17% del 2022 al 72,30% del 2024.



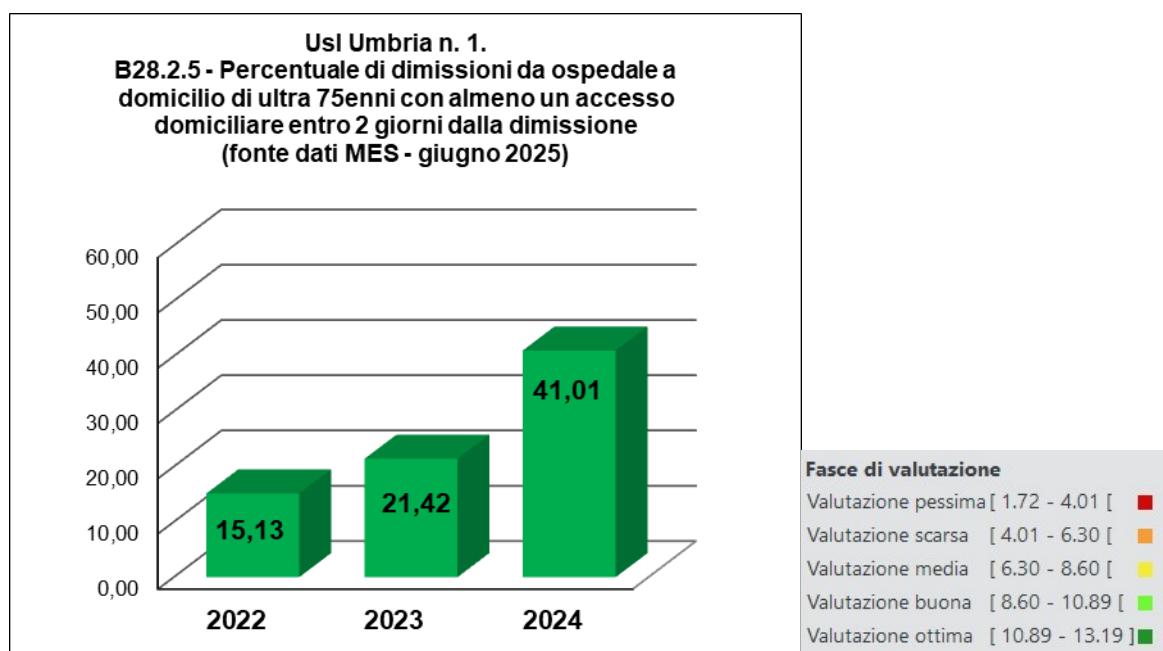
Di seguito i valori registrati per l'indicatore B28.1.2 *Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione*. L'indicatore misura la Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione, ovvero i casi per i quali è stata effettuata una valutazione utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

I dati 2022 non risultano disponibili nel sito del MES ma nel 2024 l'Usl Umbria n.1 si colloca in area verde /ottima.



La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.

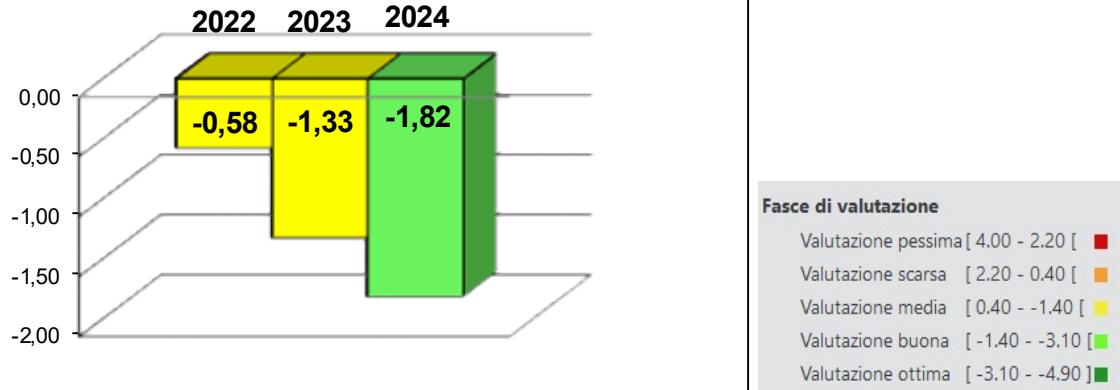
L'indicatore risulta buono se $\geq 8,60$, pertanto la USL Umbria n. 1 nel 2024 con il **41,01%** è in fascia ottima, dimostrando l'efficacia delle azioni messe in atto per attuare l'integrazione Ospedale Territorio.



Tali dati mostrano un'ottima capacità del territorio di prendersi cura della cronicità e dei pazienti più fragili, con buona integrazione Ospedale Territorio.

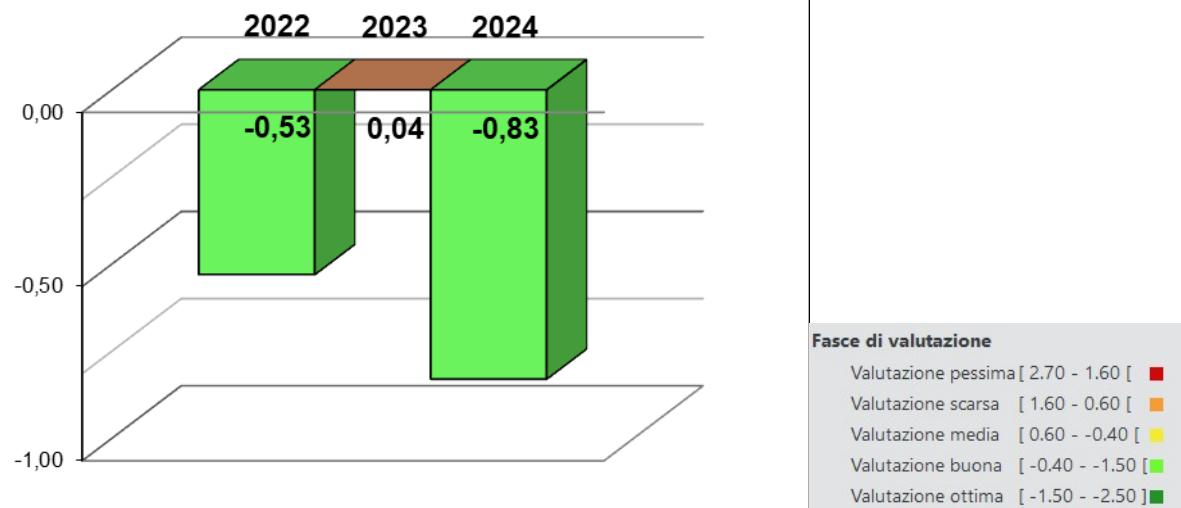
In ambito ospedaliero si registra un livello medio dell'**indice di performance della degenza media dei DRG medici** pari a -1,82, che permette di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica, che all'utilizzo di risorse, indicatore proxy di una migliore appropriatezza dell'evento ricovero in medicina.

C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici
 (fonte dati MES - giugno 2025)



Anche per quanto riguarda i DRG Chirurgici l'indicatore C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici, mostra dei valori medio buoni nel triennio in esame, indicatore proxy di una buona appropriatezza dell'evento ricovero in chirurgia.

C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
 (fonte dati MES - giugno 2025)



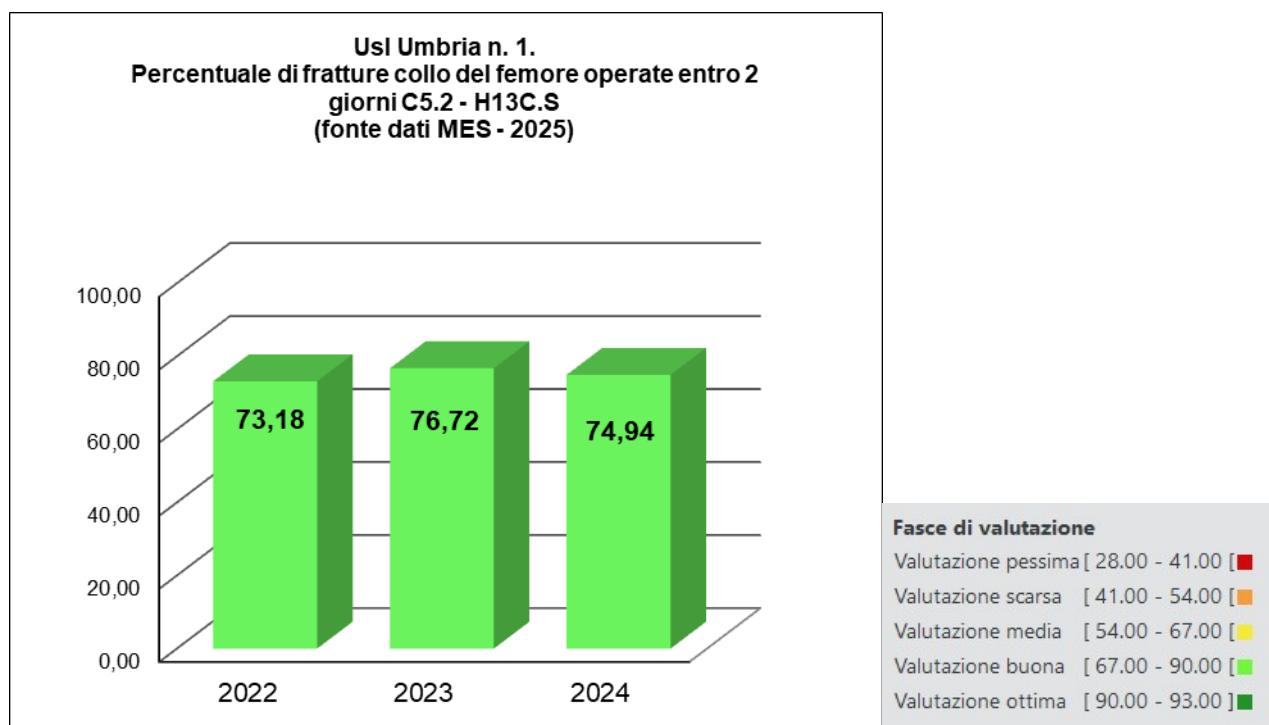
Buoni risultati aziendali si sono registrati ancora una volta in ambito di **chirurgia ortopedica** con l'indicatore di **fratture del collo del femore operate entro due giorni**, 74,94% .

L'indicatore nel 2024 è entrato a far parte del set di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con il codice H13C.S "Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'ingresso in ospedale".

Il dato 2024 risulta superiore al 60% minimo richiesto da D.M.70/2015 e risulta verde scuro per "Piano Nazionale Esiti" (ottimo 70%) pur essendo leggermente inferiore al dato 2023 perché

l'Indicatore presente nel 2023 "C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni" non selezionava alcuna fascia d'età al denominatore come invece accade per l'H13C.S che considera ricoveri ordinari erogati ai residenti nella regione con diagnosi di frattura del collo del femore con età compresa tra 65 e 100.

L'indicatore considera che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, pertanto la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto, considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione.



In ambito di Prevenzione, nell'anno 2024, 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, anti-epatite B e anti Haemophilus influenzae tipo B, ha registrato un valore del **96,62%**, che rispetta il target del 95% fissato dalla programmazione nazionale e regionale.

Stabili le coperture ottenute per **Pneumococco (94,97%)** e **Morbilllo/Parotite/Rosolia (95,11%)**.

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)		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Distretto Perugino	96,36	98,52	96,90	95,17	96,35	94,75	95,33	97,57	95,50	88,61	92,97	90,81
Distretto Assisano	96,59	97,42	98,45	94,75	96,39	95,96	96,33	96,39	97,83	88,19	93,04	94,41
Distretto M.V.T.	98,72	99,07	98,24	95,85	98,13	97,89	97,44	98,75	97,54	89,46	97,82	95,42
Distretto Trasimeno	96,49	97,38	95,21	94,25	94,10	92,01	95,21	96,39	92,65	89,46	93,11	91,05
Distretto Alto Tevere	96,57	96,70	97,54	94,85	95,15	96,87	95,49	96,12	97,54	86,91	91,26	93,06
Distretto Alto Chiascio	95,68	93,89	94,74	91,03	88,17	91,73	92,03	89,31	86,47	84,05	79,39	77,82
USL Umbria n.1	96,61	97,59	96,92	94,63	95,38	94,96	95,36	96,43	95,11	88,02	92,02	90,85

Miglioramenti si sono avuti anche per la 1^a dose per HPV che ha fatto registrare un valore di copertura aziendale del **85,52%** contro il **84,88%** del 2023, già in crescita rispetto al 2022.

Strutture \ indicatori	Vaccinazione per HPV (1 ^a dose)		
	2022	2023	2024
Distretto Perugino	84,48	84,34	86,95
Distretto Assisano	84,31	87,42	83,20
Distretto M.V.T.	83,94	84,86	86,84
Distretto Trasimeno	82,67	84,55	82,51
Distretto Alto Tevere	75,38	85,67	87,58
Distretto Alto Chiascio	77,13	82,67	80,30
USL Umbria n.1	81,96	84,88	85,52

La performance della USL Umbria n.1

Negli ultimi anni si è consolidata, anche grazie all'attenzione del legislatore, la necessità di introdurre e applicare, nell'amministrazione pubblica in generale e nel Sistema Sanitario in particolare, principi e criteri aziendali capaci di coniugare la correttezza e la legittimità delle azioni intraprese, la loro efficacia nell'ottenere esiti positivi ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Il contesto sanitario è complesso per la tipologia dell'oggetto di interesse, la salute dell'individuo, per i risultati conseguiti in termini di esiti, che per loro natura, sono articolati, di ampio spettro, condizionati dall'ambiente e intercorrelati. Inoltre, va considerato che in sanità il cittadino/utente presenta una condizione di asimmetria informativa e che è presente un rilevante assorbimento di risorse dovuto sia all'aumento dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca.

In questo contesto è divenuto necessario l'utilizzo di strumenti e sistemi di governo articolati, basati sulla misurazione dei risultati con modalità capaci, quindi, di cogliere la complessità dell'output erogato.

Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performance ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive. Infatti, i risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa, ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte. E' pertanto fondamentale, per scongiurare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, 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. Queste analisi, soprattutto rivolte all'appropriatezza, devono fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.

Con queste premesse, nel 2004 in Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della performance, che è stato quindi adottato nel 2008, come sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Nel 2009 anche l'Umbria ha aderito a questo sistema di valutazione del **Laboratorio Management e Sanità (MES)** - Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna Pisa (MES).

Dal 2013 AGENAS per conto del Ministero della Salute ha sviluppato il **Programma Nazionale Esiti (PNE)**, che fornisce a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del Servizio Sanitario italiano.

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - MES

Attualmente le Regioni che partecipano al network del Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna) sono: P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia e Piemonte.

Le sei dimensioni della valutazione sono:

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

Gli indicatori "MES", si caratterizzano per le fasce di valutazione, previste dal sistema di misurazione delle performance, che consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale, rispetto al network regionale di confronto, anche grazie ad una rappresentazione a colori dei valori di risultato. Ad ogni fascia cromatica, dal rosso, arancione, giallo, verde chiaro e verde scuro, è associata una valutazione di merito, che va rispettivamente dal molto scarso all'ottimo, passando

per valutazioni intermedie. Le fasce di valutazione previste dal sistema di misurazione delle performance consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale.

Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

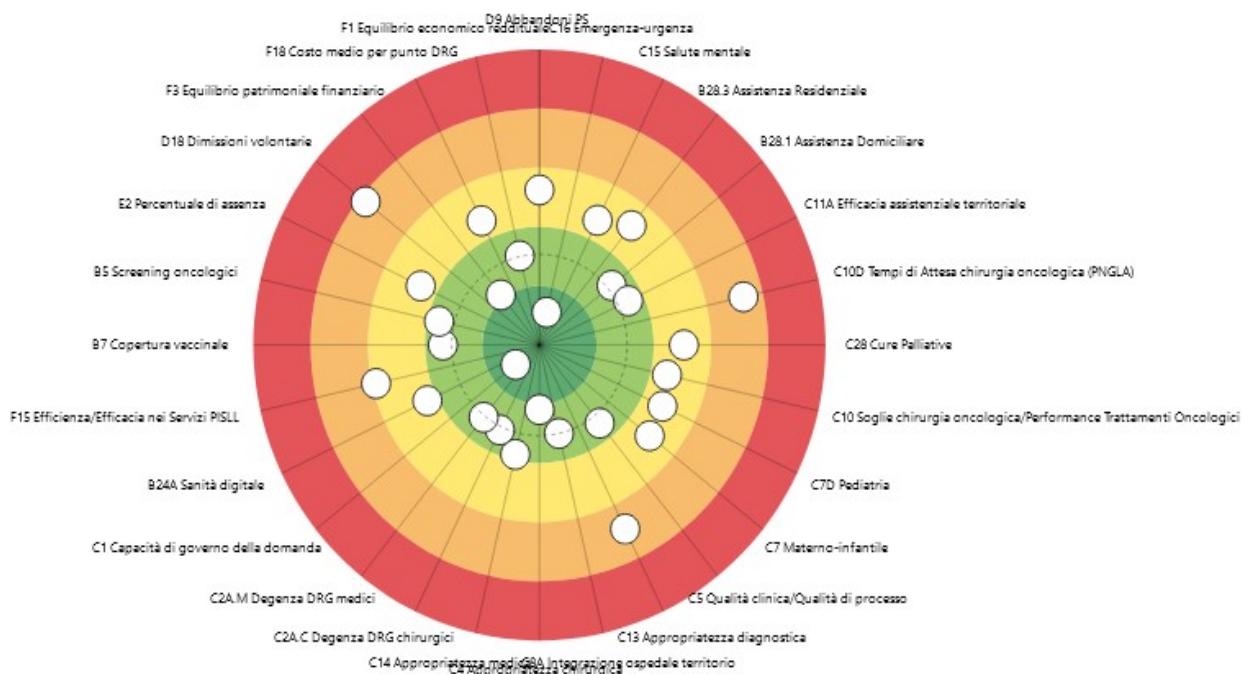
Fasce di Valutazione	
Colore	Performance
ROSSO	Pessima
ARANCIONE	Scarsa
GIALLO	Media
VERDE CHIARO	Buona
VERDE SCURO	Ottima

I risultati sono sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione grafica a “bersaglio”, che riassume la performance di oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali, offrendo 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.

Di seguito si riportano i bersagli degli anni 2022, 2023 e 2024.

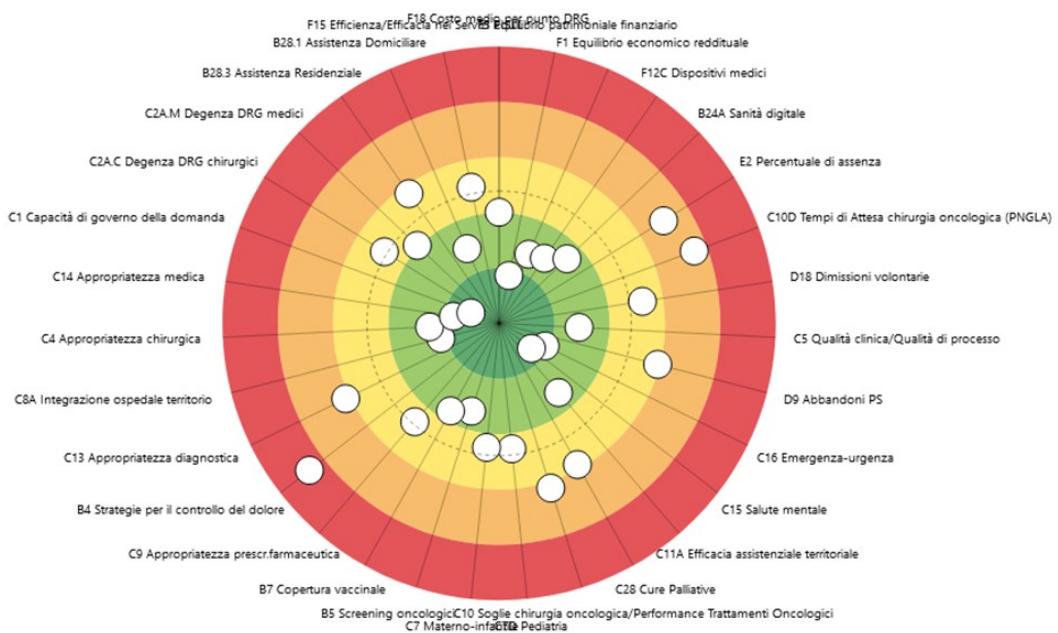
La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES” (Fonte dati sito MES Giugno 2023)

Bersaglio 2022 - USL Umbria 1



La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES” (Fonte dati sito MES Giugno 2024)

Bersaglio 2023 - USL Umbria 1



La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES” (Fonte dati sito MES Giugno 2025)

Bersaglio 2024 - USL Umbria 1



Dall'aggiornamento dei dati MES, i bersagli mostrano per l'anno 2024 un solo indicatore nella fascia rossa e tre nella fascia arancione con uno spiccato miglioramento di quelli in zona buona ottima ed eccellente. Di particolare rilievo sia la diminuzione degli indicatori in fascia gialla da 11 a 2, nonché il gran numero di indicatori presenti nella fascia verde scura. Infatti nell'anno 2023 nella fascia di eccellenza si collocavano 4 indicatori mentre oggi 8 indicatori. Da notare che tra essi spiccano i valori relativi ai tre livelli di appropriatezza medica; chirurgica e diagnostica, che consentono l'erogazione delle prestazioni con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi; a un'alta appropriatezza si associa, infatti, una maggiore probabilità di ottenere i risultati desiderati.

In ambito ospedaliero l'ottimo livello dell'indicatore C1. che indica la capacità di governo della domanda assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al tasso di ospedalizzazione, dimostra una risposta adeguata al bisogno sanitario e un'erogazione del servizio nelle forme più appropriate.

In riferimento all'ambito territoriale si evidenzia anche la presenza nella fascia verde scuro dell'indicatore di assistenza domiciliare che si ricava calcolando la media tra più indicatori. L'Assistenza Domiciliare (AD) infatti prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità. L'indicatore relativo alla percentuale di anziani in Cure Domiciliari (CD) rileva la copertura dell'assistenza domiciliare di tipo sanitario su tale target di popolazione. Sono inoltre valutati alcuni indicatori che possono essere considerati come proxy della qualità delle Cure Domiciliari, in quanto misurano accessi potenzialmente evitabili al Pronto Soccorso e al ricovero durante la presa in carico.

Piano Nazionale Esiti - PNE

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. I dati di PNE rappresentano un strumento di valutazione osservazionale Longitudinale della qualità e quantità delle cure erogate dai servizi sanitari in tutto il territorio nazionale. *"Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN., PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle".*

PNE opera anche per individuare i fattori che determinano gli **esiti**, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d'effetto.

L'edizione 2024 di PNE (dati 2023) considera **205 indicatori** di cui: 180 relativi all'assistenza ospedaliera (70 di esito/processo, 88 di volume di attività e 22 di ospedalizzazione); e 25 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in PS (4).

I dati fanno riferimento all'attività assistenziale effettuata nell'anno 2023, da circa 1.363 ospedali pubblici e privati (accreditati e non), e a quella del periodo 2015-2023 per la ricostruzione dei trend temporali.

Nella sezione “Treemap”, è possibile consultare le rappresentazioni grafiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere, che viene rappresentato graficamente con un colore diverso in base al grado di aderenza, come di seguito descritto.

Livello di aderenza a standard di qualità

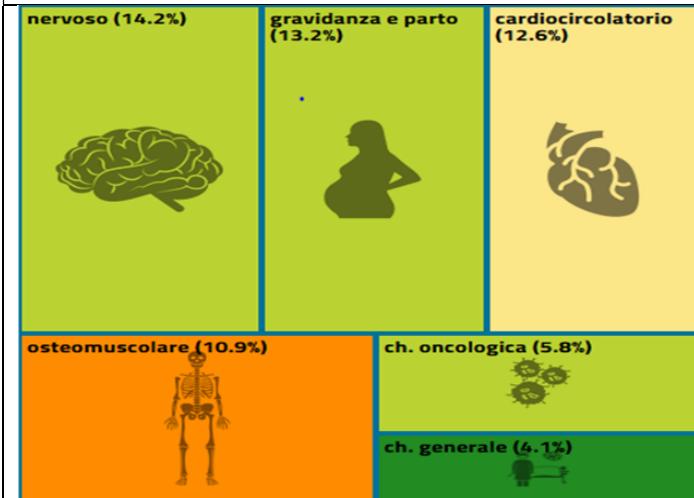
 Molto alto  Alto  Medio  Basso  Molto basso  ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

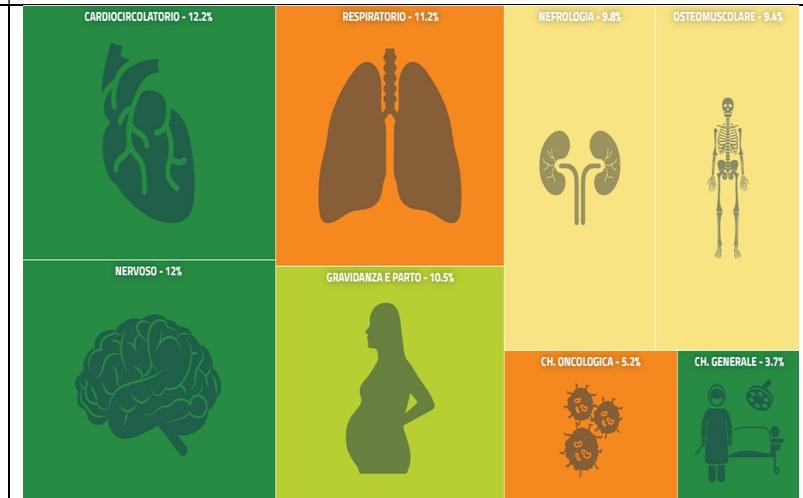
Di seguito si riporta il Treemap per gli Ospedali DEA di I livello della USL Umbria 1.

Treemap Presidio Alto Tevere Ospedale di Città di Castello.

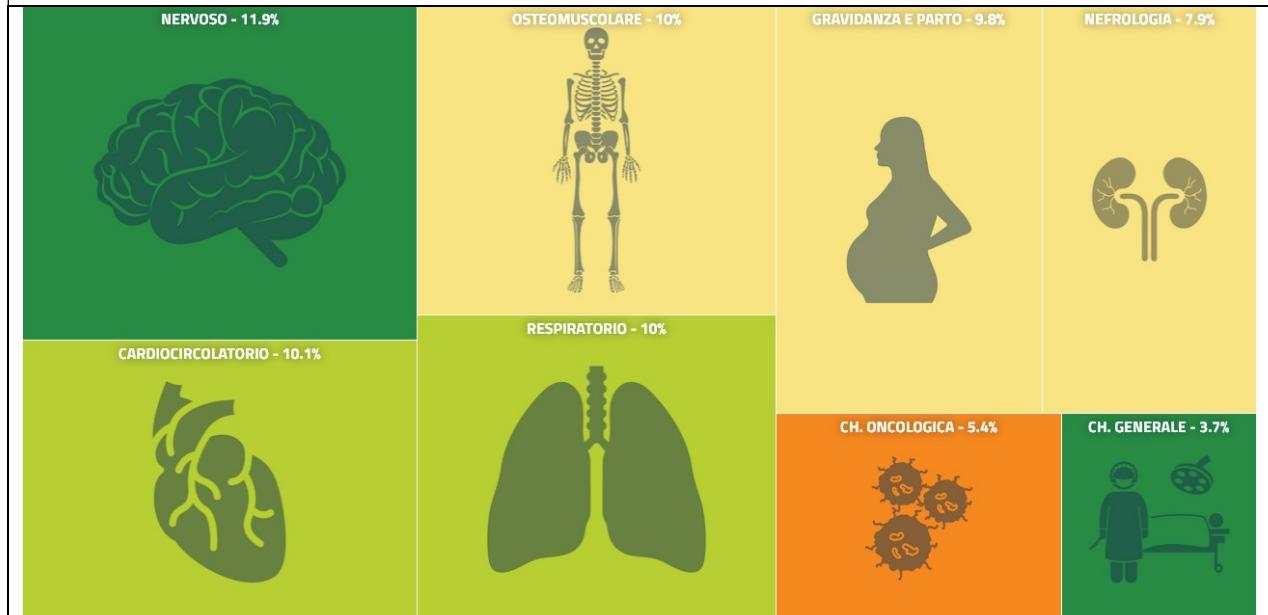
Edizione PNE 2022 Dati 2021



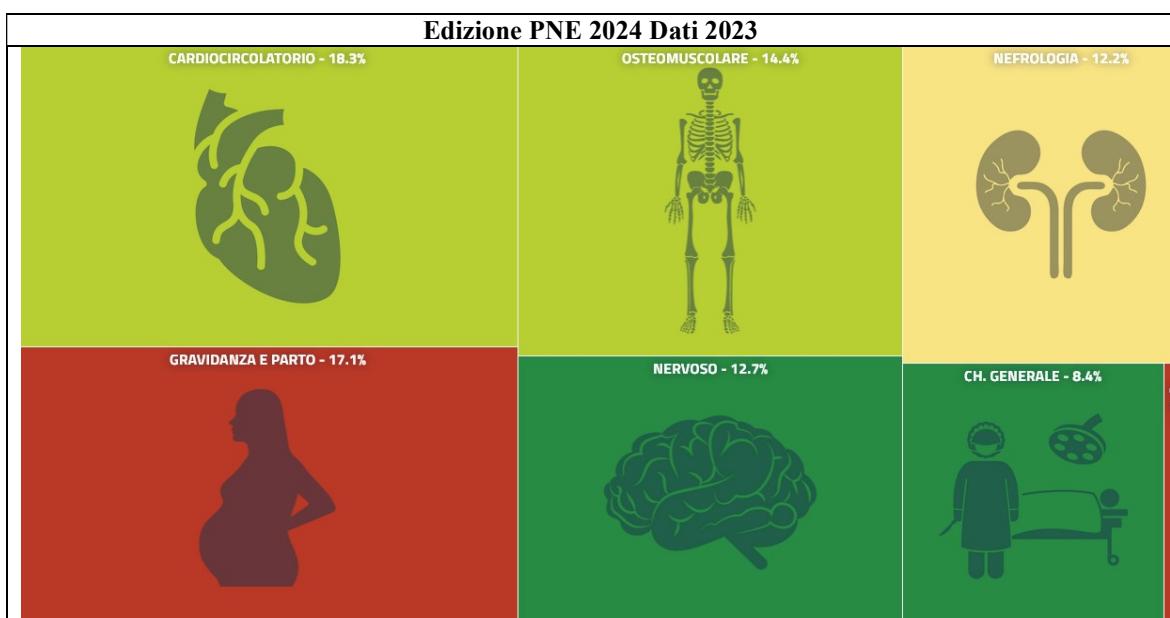
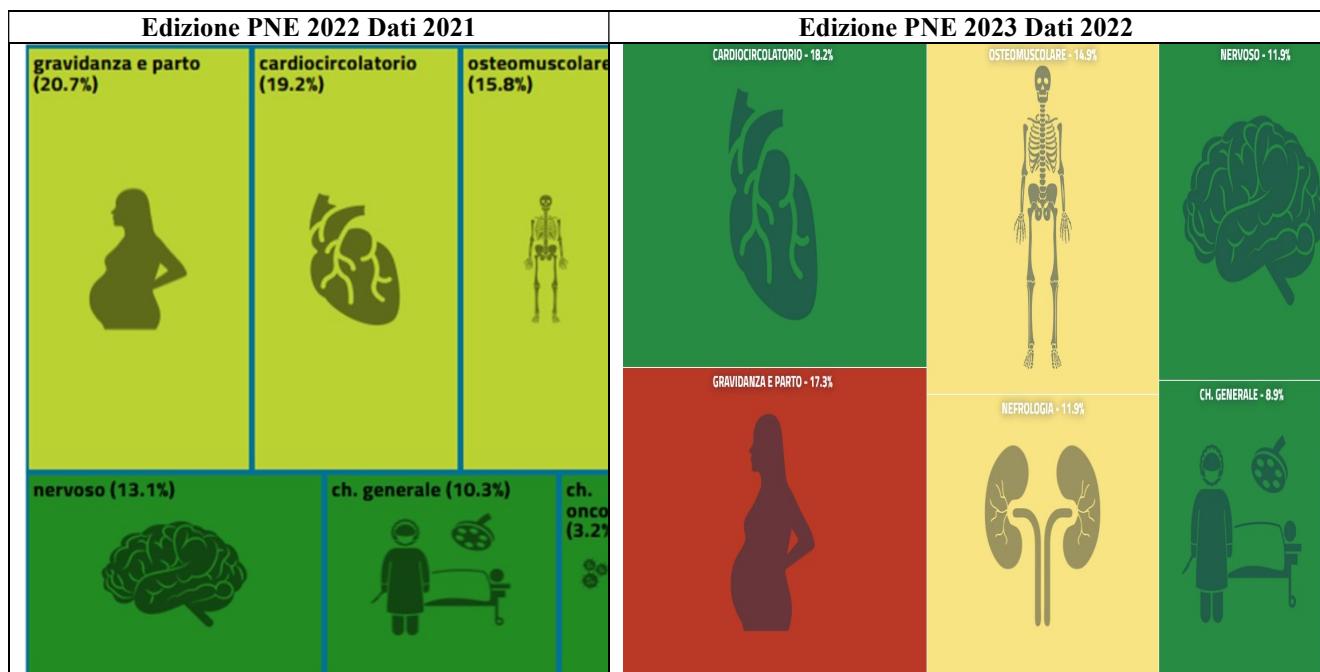
Edizione PNE 2023 Dati 2022



Edizione PNE 2024 Dati 2023



Treemap Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino.



**Azienda USL Umbria n.1. Risultati Edizione 2023 di PNE sui dati anno 2022
e Risultati Edizione 2024 di PNE sui dati anno 2023**

INDICATORI PNE ASL	STRUTTURA Umbria1	% ADJ 2022	% ADJ 2023	STANDARD DM70
Frattura del Collo del Femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni	Ospedale di Città di Castello	59,96	65,33	60%
	Presidio Ospedaliero Gubbio	76,74	78,21	
Taglio Cesareo: "Proporzione di parti con taglio cesareo primario"	Ospedale di Città di Castello	19,06	23,02	"Il DM70 fissa al 25% la quota massima di cesari primari per i punti nascita con >1000 parti annui e al 15% per punti nascita con <1000 parti annui"
	Presidio Ospedaliero Gubbio	23,23	23,18	
Colecistectomia Laparoscopica: % di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Ospedale di Città di Castello	89,67	92,14	70%
	Stab. Osp. Castiglione del Lago	96,97 % (grezza)	93,17	
	Presidio Ospedaliero Gubbio	82,79 %	85,33	
	Stabilimento Osp. MVT	82,22 % (% grezza)	N.D.	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 casi	Ospedale di Città di Castello	100 (% grezza)	100 (% grezza)	Volumi di attività per interventi annui di colecistectomia laparoscopica >= 100 sul totale delle strutture che eseguono interventi di colecistectomia laparoscopica.
	Presidio Ospedaliero Gubbio	100 (% grezza)	100 (% grezza)	
Intervento per Tumore della mammella: % interventi in reparti con volume di attività >135 casi	Ospedale di Città di Castello	100 (% grezza)	100 (% grezza)	"almeno 135 interventi/ anno per struttura complessa"

*% ADJ: Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio

Standard di qualità PNE

STANDARD		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore					
Osteomuscolare	Frattura del Collo del Femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni	>=70	60-70	50-60	40-50	<40
Gravidanza e Parto	Taglio Cesareo: "Proporzione di parti con taglio cesareo primario"	<=15	15-25	25-30	30-35	>35
Ch. Generale	Colecistectomia Laparoscopica: % di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=80	70-80	60-70	50-60	<50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 casi	=100	80-100	50-80	30-50	<30
Ch. Oncologica	Intervento per Tumore della mammella: % interventi in reparti con volume di attività >135 casi	=100	80-100	50-80	30-50	<30