

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 effettuata 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 .

L' emergenza sanitaria dal 2020 ha imposto 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 determinatosi per il sovrapporsi dell'epidemia alla gestione delle altre attività istituzionali.

In un simile contesto l'Azienda nel 2022 ha raggiunto comunque discreti risultati in diversi ambiti di interesse.

Le ricadute positive sul cittadino - utente si sono avute, nell'attività territoriale, ad esempio, con l'ulteriore potenziamento delle cure domiciliari e delle cure intermedie finalizzate anche all'ottimizzazione della presa in carico del paziente

Per quanto riguarda gli indicatori 2022 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 2023, 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 18,59% (13,98% nel 2021)

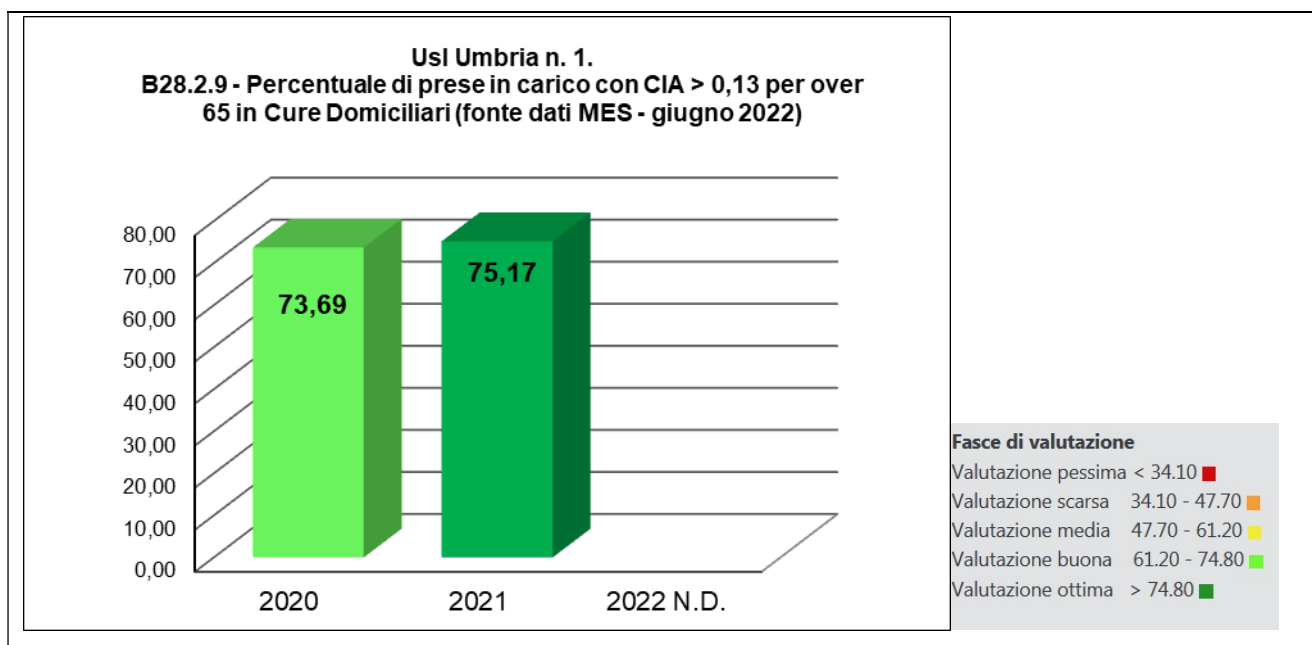
Considerando il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), definito come il rapporto tra le giornate di effettiva assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso, ($CIA = 0,13$ corrisponde a 4 accessi domiciliari in 30 giorni), si può avere una rappresentazione, 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 ($\leq 0,14$). 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;

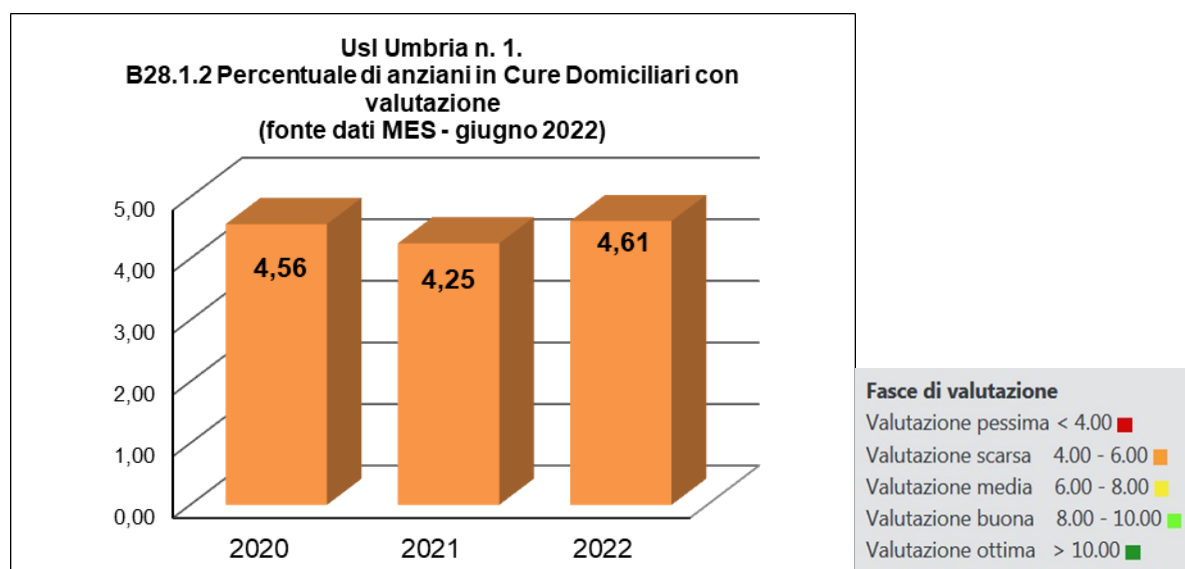
- ADI di 2 livello con CIA compreso tra a 0,31 e 0,50;
- ADI di 3 livello con CIA superiore a 0,50;

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, pur mancando l'ultimo aggiornamento.



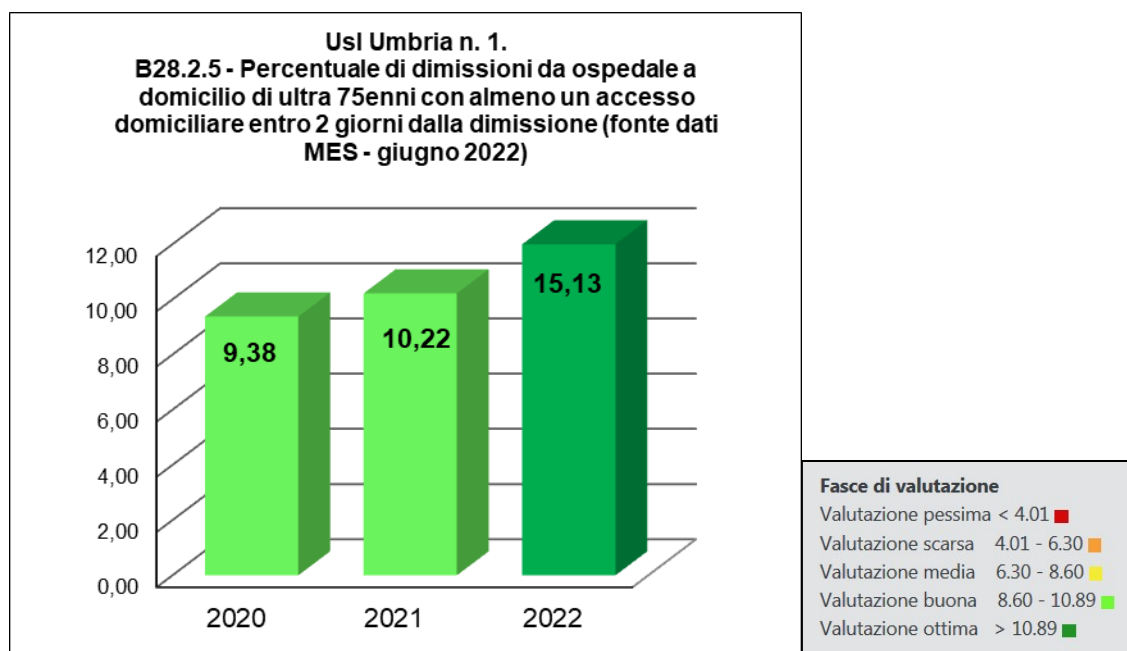
Di seguito i valori registrati per il triennio 2020-2022 dell'indicatore *B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione*. L'indicatore misura la Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione, ovvero i casi per i quali è stata effettuata una valutazione utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Nel 2020 e 2021 la leggera flessione è derivata dalle modalità restrittive previste durante le varie fasi di lockdown. Nonostante ciò l'attività è stata assicurata anche grazie alle nuove modalità di lavoro da remoto. Nel 2022 si evidenzia una ripresa di attività.



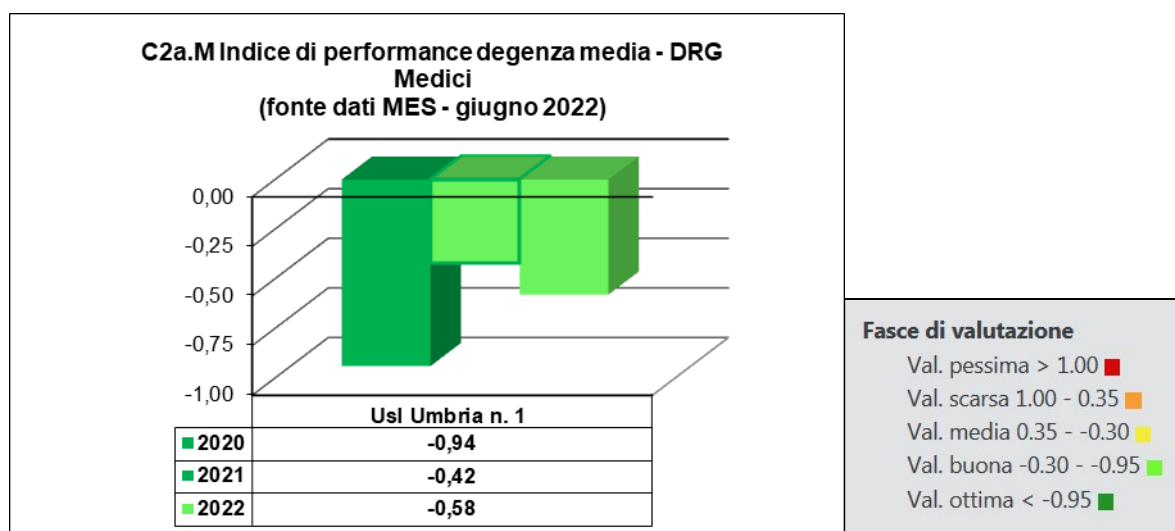
La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.

L'indicatore risulta buono se $\geq 8,60$, pertanto per la USL Umbria n. 1 nel 2022 con il **15,13%**, è in fascia ottima, dimostrando l'efficacia delle azioni messe in atto per attuare l'integrazione Ospedale Territorio.

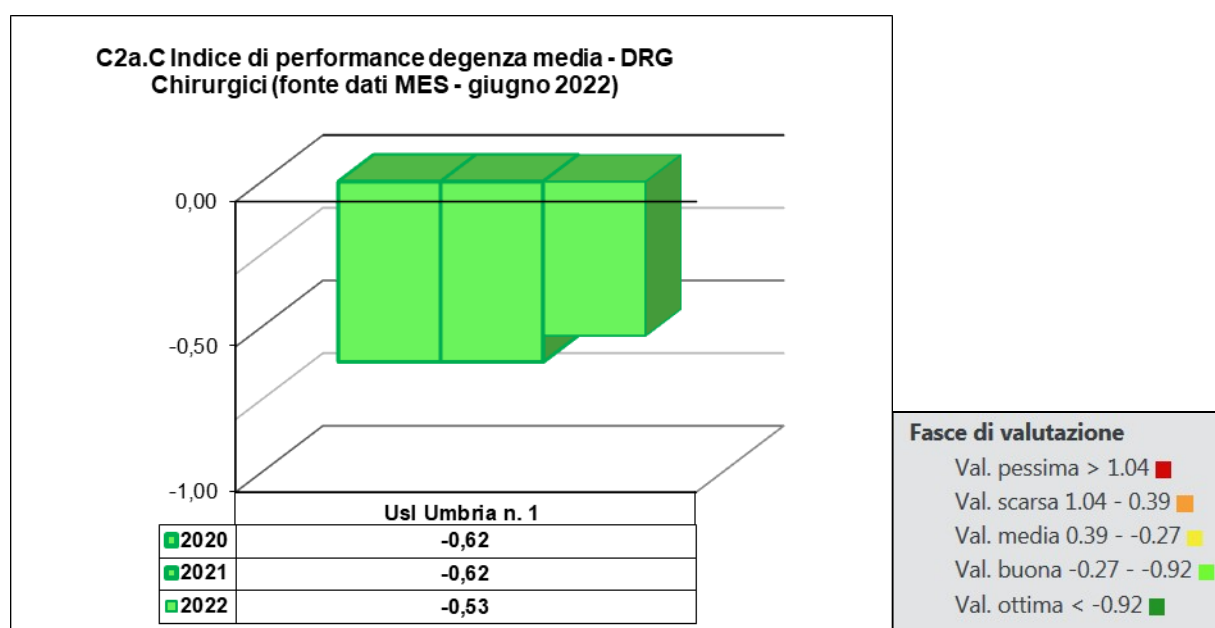


Tali dati mostrano una buona Capacità del territorio di prendersi cura della cronicità e dei pazienti più fragili, con Buona Integrazione Ospedale Territorio.

L'attività di presa in carico della cronicità da parte del territorio influenza anche l'appropriatezza dei ricoveri per acuti, infatti i Buoni livelli di attività territoriale hanno avuto ripercussioni di valore anche in ambito ospedaliero dove si registra un buon livello dell'**indice di performance della degenza media dei DRG medici** (-0,58 buono - nel 2022) 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.

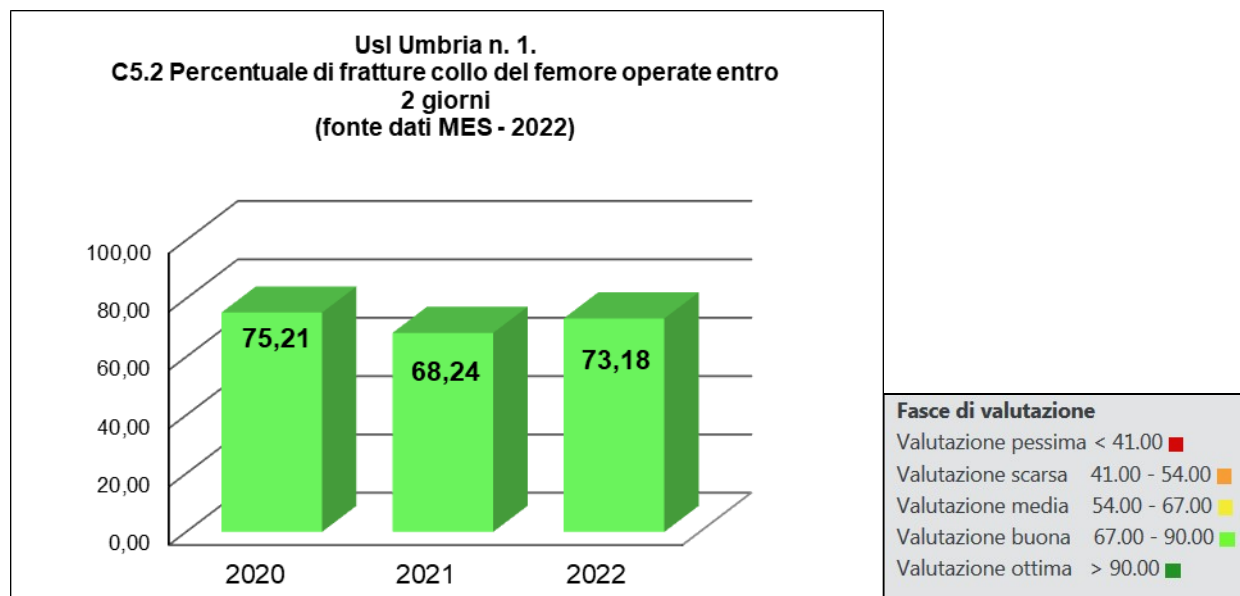


Anche per quanto riguarda i DRG Chirurgici l'indicatore C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici, mostra dei buoni valori in tutto il triennio in esame, indicatore proxy di una buona appropriatezza dell'evento ricovero in chirurgia.



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**, 73,18%. Il dato 2022 risulta superiore al 60% minimo richiesto da D.M.70/2015 e risulta verde scuro per "Piano Nazionale Esiti" (ottimo 70%). Tale dato 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 2022, 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 **96,61%**, che rispetta il target del 95% fissato dalla programmazione nazionale e regionale.

Anche le coperture ottenute per **Pneumococco (94,63%)**, **Morbillo/Parotite/Rosolia (95,36%)** presentano un trend in linea con agli anni precedenti

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)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Distretto Perugino	95,62	96,07	96,36	94,24	94,98	95,17	93,16	93,52	95,33	88,85	86,54	88,61
Distretto Assisano	96,77	95,56	96,59	95,69	94,63	94,75	94,83	95,09	96,33	88,58	87,62	88,19
Distretto M.V.T.	98,55	99,11	98,72	96,23	96,73	95,85	97,97	98,21	97,44	91,30	91,67	89,46
Distretto Trasimeno	95,83	96,03	96,49	93,49	94,71	94,25	95,31	94,18	95,21	85,42	89,68	89,46
Distretto Alto Tevere	96,70	96,64	96,57	93,41	95,38	94,85	95,97	96,64	95,49	87,91	89,08	86,91
Distretto Alto Chiascio	92,83	93,14	95,68	88,60	91,50	91,03	89,90	87,25	92,03	83,71	76,80	84,05
USL Umbria n. 1	96,03	96,12	96,61	93,91	94,82	94,63	94,29	94,15	95,36	88,05	87,02	88,02

Miglioramenti, in tutti i Distretti, si sono avuti per la 1^a dose per HPV che ha fatto registrare un valore di copertura aziendale dell' **81,96%** contro 75,44% del 2021.

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, 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 perseguimento delle strategie regionali;
- C** - la valutazione socio-sanitaria;
- D** - la valutazione esterna (dei cittadini);
- E** - la valutazione interna (degli operatori);
- F** - la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

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.

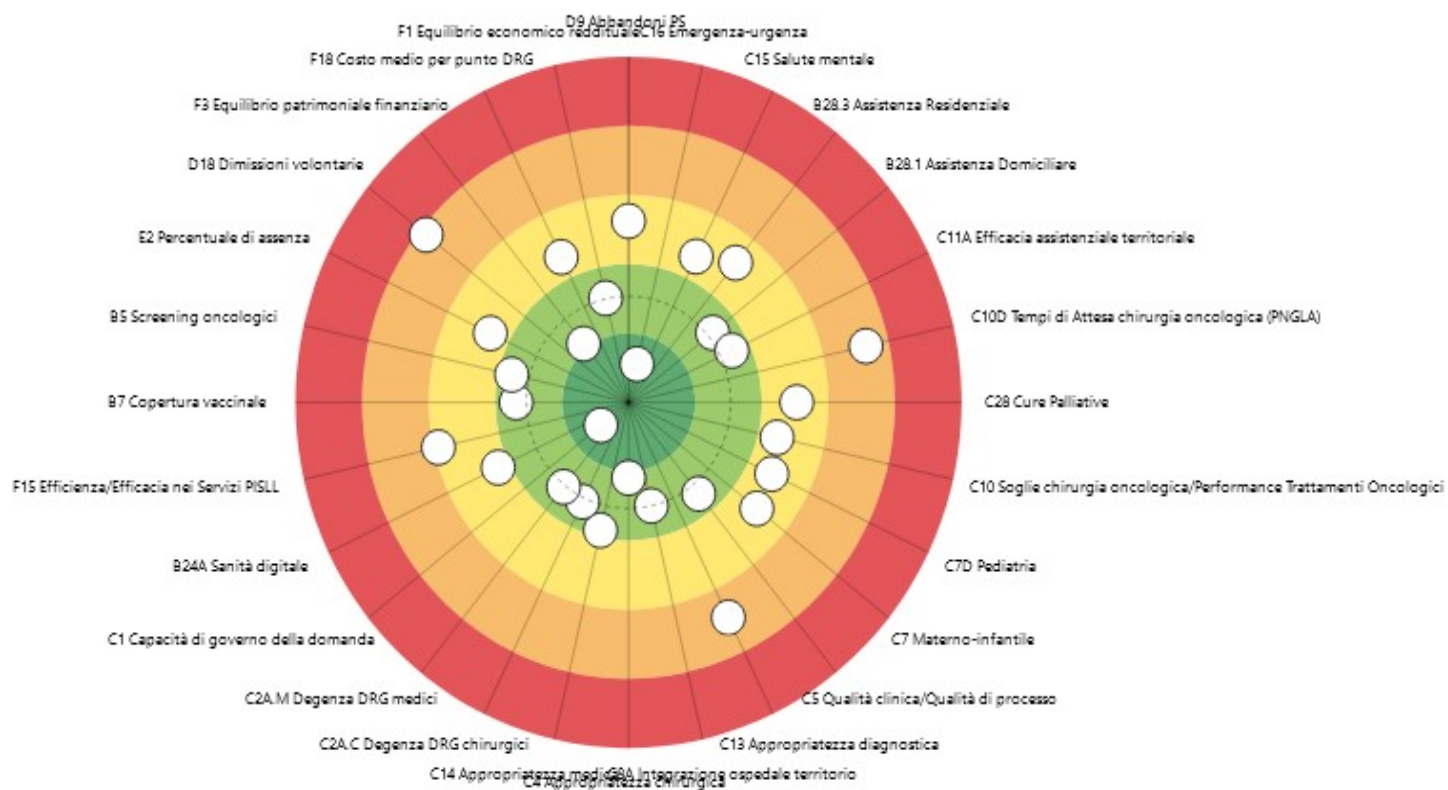
Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

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.

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

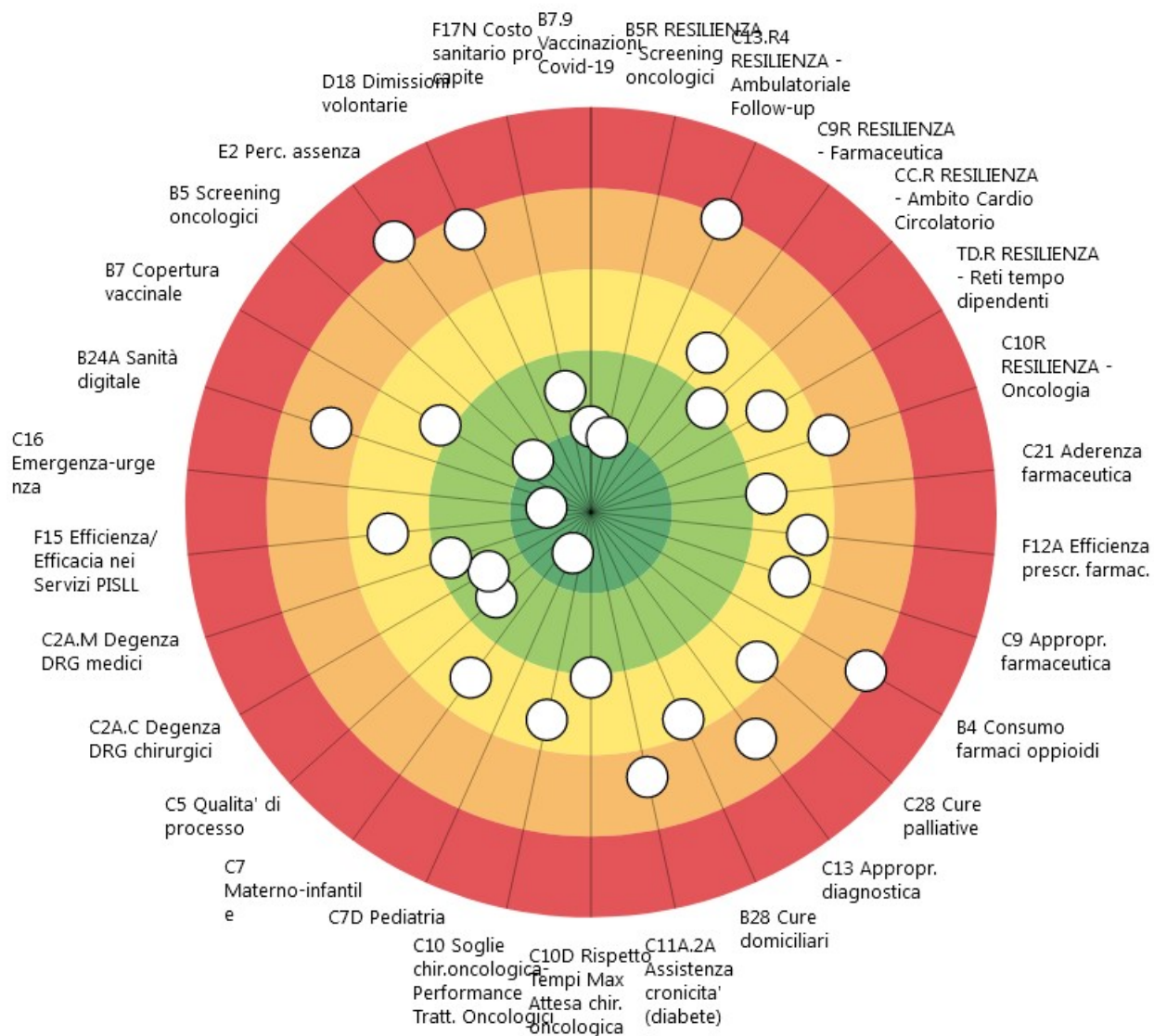
Bersaglio 2022 - USL Umbria 1



Il bersaglio MES 2022, mostra un maggior numero di indicatori in area verde-buona, segno della ripresa post emergenza pandemica, globalmente, comunque il sistema mostra di aver saputo rispondere alle difficoltà pur segnalando delle criticità ad esempio per la appropriatezza diagnostica, la % di abbandoni da pronto Soccorso, l'assistenza Residenziale.

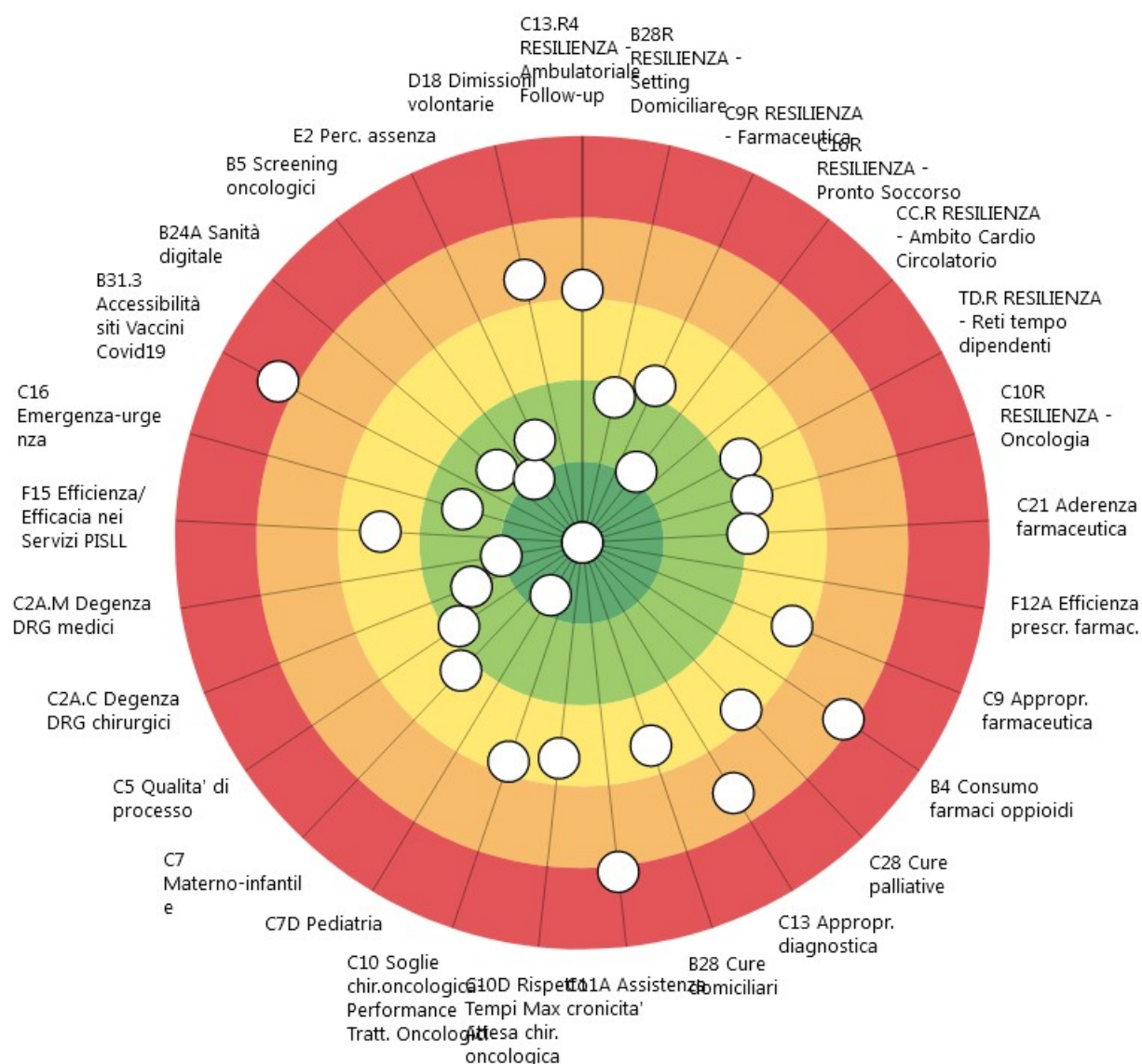
La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES”
(Fonte dati sito MES Giugno 2022)

Bersaglio 2021 - USL Umbria 1



**La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES”
(Fonte dati sito MES Giugno 2021)**

Bersaglio 2020 - USL Umbria 1



Di seguito si riportano i valori di un set di indicatori estrapolati dal sito del Laboratorio Management e Sanità.

Indicatori MES – Azienda USL Umbria n.1 - Anni 2020-2022 (Fonte dati sito MES giugno 2023)

INDICATORI				2020		2021		2022	
dimensione		codice	descrizione	UMBRIA	USL Umbria 1	UMBRIA	USL Umbria 1	UMBRIA	USL Umbria 1
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione	3,94	4,56 😊	3,83	4,25 😊	4,55	4,61 😊
		B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	6,96	9,38 😊	7,75	10,22 😊	12,85	15,13 😊
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso	92,61	91,89 😊	115,63	113,2 😊	122,1	121,37 😊
		C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso	72,77	72,35 😊	87,7	86,09 😊	91,69	90,5 😊
		C1.1.2.1	Tasso ospedaliz. DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso	4,45	3,8 😊	7,89	6,72 😊	9,32	8,77 😊
C4	Appropriatezza Chirurgica	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	31,6	48,63 😊	27,42	67,36 😊	31,9	49,53 😊
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	57,3	61,48 😊	61,23	69,6 😊	59,3	74,89 😊
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	56,97	75,21 😊	58,43	68,24 😊	53,13	73,18 😊
		C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	89,16	75,22 😊	89,35	80 😊	89.01	87,59 😊
C7	Materno-Infantile	C7.1	% cesarei depurati (NTSV)	18,65	21,61 😊	21,87	21,52 😊	19,83	23,18 😊
		C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	16,61	13,58 😊	19,88	19,66 😊	20,69	18,04 😊
		C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	5,63	6,03 😊	6,36	10,27 😊	4,88	5,9 😊
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) (U.P.)	34,57	36,79 😊	34,79	37,61 😊	N.D.	N.D.
		C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione serotonina (Antidep.) DDD x 1000 res pesati die	39,68	38,14 😊	38,05	38,2 😊	N.D.	N.D.
		C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio (DDD per 1000)	16,37	16,79 😊	14,86	15,3 😊	N.D.	N.D.
		C9.2	% di abbandono delle statine (Ipolepizzanti)	10,24	9,49 😊	11,66	10,98 😊	N.D.	N.D.
		C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20,26	19,03 😊	20,42	19,54 😊	N.D.	N.D.
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	20,18	24,02 😊	16,97	20,93 😊	16,44	21,26 😊
		C13a.2.2.2	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	9,28	9,18 😊	9,19	9,53 😊	9,16	9,46 😊
D9	% abbandoni dal Pron. Soc.	D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso	5,24	4,14 😊	4,19	2,52 😊	5,21	3,28 😊
D18	% dimissioni volontarie	D18	% dimissioni volontarie	0,8	1,16 😊	0,89	1,34 😊	0,93	1,36 😊
B4	Consumo farmaci oppioidi	B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi (DDD per 1000)	2,04	1,74 😊	2	1,71 😊	N.D.	N.D.
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	140,69	129,68 😊	150,49	140 😊	144,96	142,46 😊
		C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	30,62	33,82 😊	27,34	23,73 😊	29,84	27,94 😊
		C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	32,57	31,97 😊	31,56	30,26 😊	43,59	49,45 😊

Il valore del tasso di ospedalizzazione (ricoveri ogni 1000 residenti) si è attestato nel 2022 a 121,37 al di sotto del valore massimo 160/1000 abitanti richiesto dal DM 70/2015.

Buona la capacità di presa in carico delle patologie croniche, che si rispecchia in tassi di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni), per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) e per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) in area verde chiaro/scuro, con discreti risultati per gli indicatori di assistenza domiciliare.

La qualità dei processi chirurgici, studiata dagli indicatori C 5.3 -% prostatectomie transuretrali (75,22% nel 2020 , 80% nel 2021 e 87,59% nel 2022), il C 4.4- % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg (48,63% nel 2020 , 67,36% nel 2021 e 49,53% nel 2022) si presenta media.

Per l'indicatore C 5.2 **% fratture collo del femore operate entro 2 gg** si registra un risultato nel 2022 pari a 73,18% (60% valore minimo richiesto da DM/70) che colloca l'indicatore in area gialla.

Nell' area Materno Infantile, il dato 2022 **% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)** passa dall'area rossa (10, 27%) all'area gialla (5,9 %) .

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.

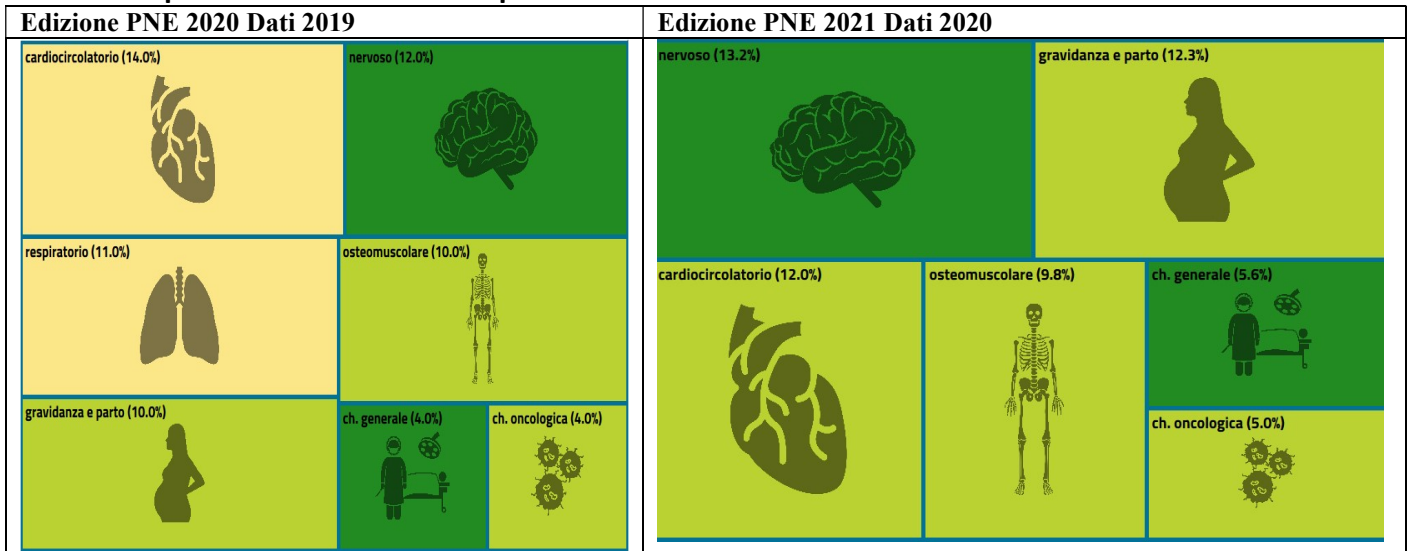
L'edizione 2022 di PNE (dati 2021) considera **194 indicatori** di cui: 171 relativi all'assistenza ospedaliera (73 di esito/processo, 83 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione); e 23 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (5) e accessi impropri in PS (4).

I dati fanno riferimento all'attività assistenziale effettuata nell'anno 2021, da oltre 1.300 ospedali pubblici e privati (accreditati e non), e a quella del periodo 2015-2021 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.

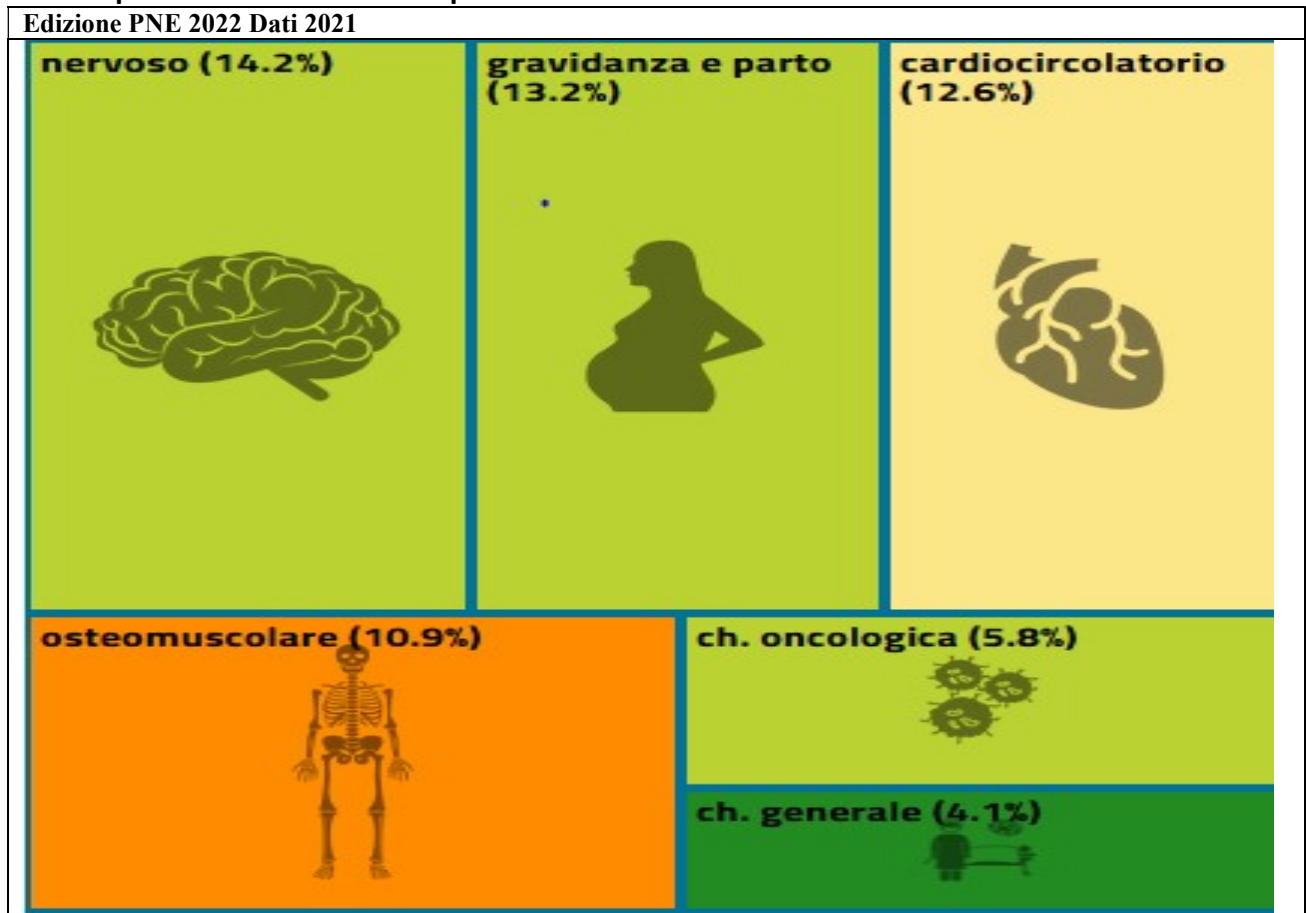


Di seguito si riporta il **Treemap** per gli **Ospedali DEA di I livello** della **USL Umbria 1**.

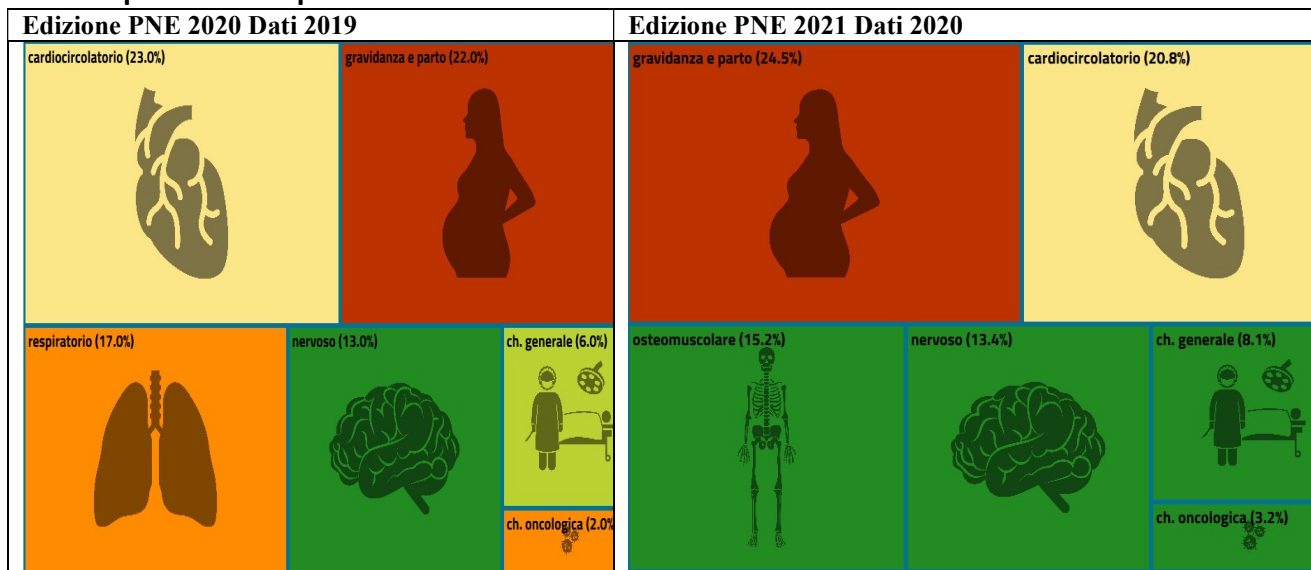
Treemap Presidio Alto Tevere Ospedale di Città di Castello.



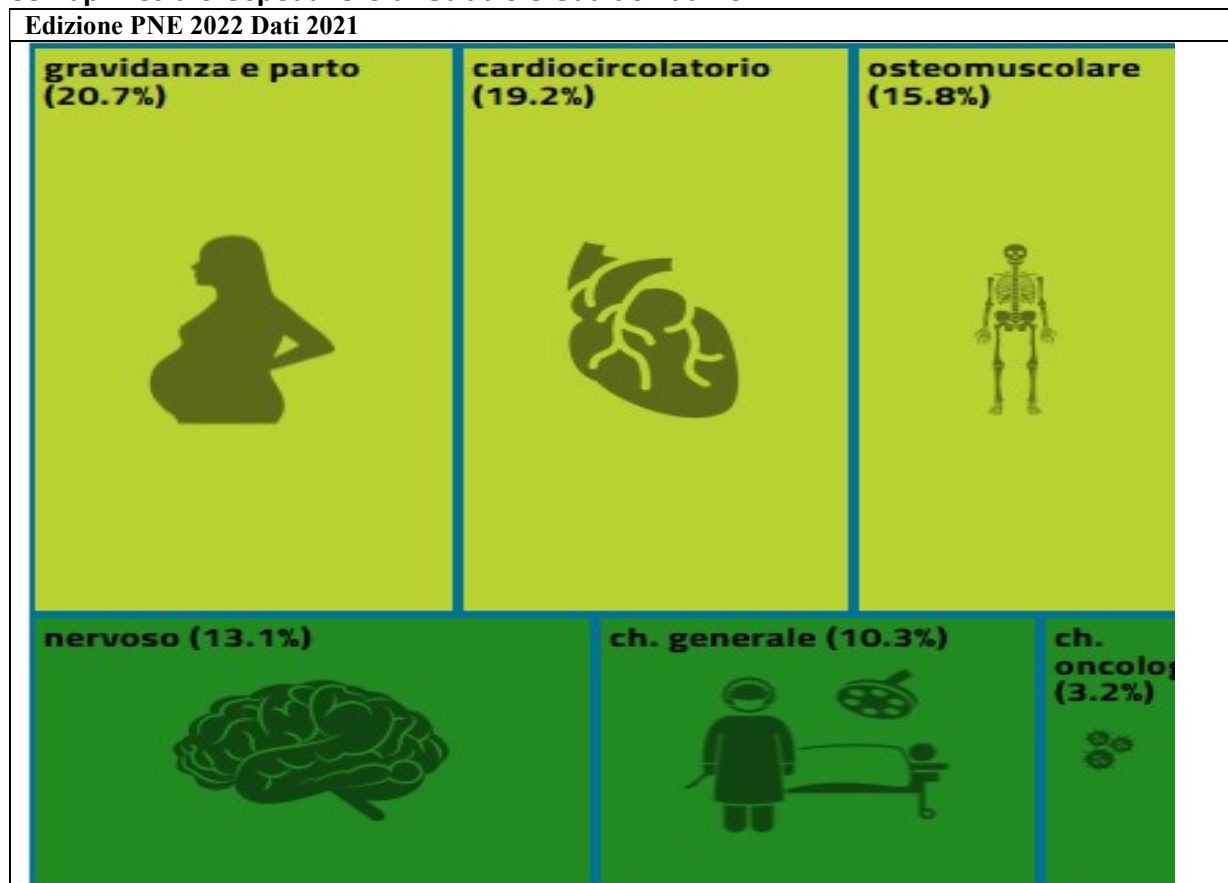
Treemap Presidio Alto Tevere Ospedale di Città di Castello
























Treemap Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino.



Treemap Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino.



**Azienda USL Umbria n.1. Risultati Edizione 2021 di PNE sui dati aggiornati al 2020 e
Risultati Edizione 2022 di PNE sui dati aggiornati al 2021 (dati PNE Giugno 2023)**

INDICATORI PNE ASL	STRUTTURA Umbria1	% ADJ 2020	% ADJ 2020	STANDARD DM70
Frattura del Collo del Femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni	Ospedale di Città di Castello	63,88 	52,32 	60%
	Presidio Ospedaliero Gubbio	77,49 	73,70 	
Taglio Cesareo: "Proporzione di parti con taglio cesareo primario"	Ospedale di Città di Castello	21,22 	19,59 	"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	20,81 	23,07 	
	Stabilimento Osp. MVT	13,95 (% grezza) 	N.D.	
Colecistectomia Laparoscopica: % di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Ospedale di Città di Castello	88,61 (% grezza) 	87,51 	70%
	Stab. Osp. Castiglione del Lago	88,57 (% grezza) 	N.D.	
	Presidio Ospedaliero Gubbio	87,1 (% grezza) 	75 (% grezza) 	
	Stabilimento Osp. MVT	22,22 (% grezza) 	61,54 (% grezza) 	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 casi	Ospedale di Città di Castello	97,99 (% grezza) 	N.D.	Volumi di attività per interventi annui di colecistectomia laparoscopica >= 100 sul totale delle strutture che eseguono interventi di colecistectomia laparoscopica.
	Stab. Osp. Castiglione del Lago	100 (% grezza) 	N.D.	
	Presidio Ospedaliero Gubbio	100 (% grezza) 	N.D.	
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