



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

**REGIONE UMBRIA  
GIUNTA REGIONALE  
DIREZIONE SALUTE E WELFARE**

***DOCUMENTO PROGRAMMATICO PER GLI  
INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE***



# Regione Umbria

Giunta Regionale

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA .....	4
0.a Identificazione dell'accordo .....	4
0.b Quadro finanziario .....	4
0.c Raccordo con il passato .....	5
0.d Solidità programmatoria complessiva .....	5
0.e Coerenza interna .....	5
0.f Coerenze esterne .....	5
0.g Quadro normativo .....	6
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	8
1A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	8
1a 1 Quadro epidemiologico.....	8
(Fonte D.G.R. n. 635/2019 Preadozione Piano Sanitario Regionale 2019-2021 pag. 39-59) .....	8
1a 2 Quadro demografico .....	14
1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso .....	27
1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extraregionale) .....	29
1a 6 Offerta ante operam .....	33
1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale .....	46
1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI .....	64
1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali (Fonte D.E.F.R. Umbria 2022-2024 approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1124/2021 pag. 103-110) .....	64
1b 2 Descrizione della strategia .....	64
2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	72
2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA .....	72
2a 1 Analisi dei problemi e priorità.....	72
2a 2 La catena degli obiettivi .....	73
2a 3 Interventi progettuali .....	75
2a 4 Offerta post-operam .....	75
2B COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	76
2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità.....	76
2b 2 Analisi dei rischi.....	76
3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE .....	77
3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....	77
3a1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale.....	77
3a2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale .....	77
3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI.....	78
3b 1 Analisi delle condizioni.....	78
3b 2 Sostenibilità economica e finanziaria .....	79
3b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale.....	79
3b 4 Sostenibilità di risorse umane.....	79
3b 5 Sostenibilità ambientale .....	79
4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI .....	80



## Regione Umbria

Giunta Regionale

4A SISTEMA DEGLI INDICATORI .....	80
4a 1 Indicatori di contesto .....	81
4a 2 Indicatori di programma .....	82
4a 3 Indicatori di efficacia ed efficienza.....	83
4a 4 Definizione del Sistema di Indicatori.....	83
4a 5 Fonti di verifica .....	83
4B IMPATTI DEL PROGRAMMA.....	83
4b 1 Accettabilità sociale del programma .....	83
4b 2 Valore aggiunto del programma .....	84
4b 3 Health Technology Assessment .....	84
5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI .....	85
5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	85
5.a.1. Presupposti organizzativi e finanziari .....	85
5B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	86
5.b.1.Monitoraggio finanziario .....	86
5.b.2.Monitoraggio fisico .....	86
5.b.3.Monitoraggio procedurale.....	87
ALLEGATO N. 1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE.....	88
ALLEGATO N. 2 ELENCO INTERVENTI PROGRAMMA INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE REGIONE UMBRIA .....	97



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### **0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

La Regione dell'Umbria a partire dall'avvio del programma straordinario degli investimenti ha posto in essere interventi di edilizia sanitaria e di potenziamento tecnologico, mirati alla riqualificazione e all'ammodernamento della rete ospedaliera e dei servizi socio-sanitari regionali. In linea di continuità con gli obiettivi previsti dai precedenti accordi ma tenendo conto della priorità rappresentata dalla necessità di mettere in sicurezza le strutture sanitarie umbre, gli interventi previsti nel presente documento programmatico perseguono la finalità principale di conseguire maggiori livelli di sicurezza delle strutture sanitarie ed ospedaliere.

#### ***0.a Identificazione dell'accordo***

L'art. 2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) ha elevato l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico ex art. 20 l.n. 67/88 a 24 miliardi di euro e l'art. 1, comma 555, della legge n. 145 del 30 dicembre 2018 (legge di bilancio 2019) a 28 miliardi di euro.

Con Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 sono state ripartite le risorse finanziarie stanziare dalla citata l. 145/2018 e le risorse residue della l. 191/2009, che, per la Regione Umbria ammontano ad € 60.912.866,49.

L'art. 1, comma 81 della legge finanziaria 2020, n. 160 del 27 dicembre 2019, ha elevato l'importo fissato dall'art. 20 della l.n. 67/88 a 30 miliardi e l'art. 1, comma 442 della legge finanziaria 2021, n. 178 del 30 dicembre 2020 ha elevato tale importo a 32 miliardi. L'allegato B alla legge n. 178/2020 riporta la suddivisione di tali risorse tra le regioni e prevede, per la Regione Umbria, ulteriori € 60.712.322,00.

Le risorse statali complessivamente disponibili in base alle citate disposizioni risultano pertanto pari ad € 121.625.188,49, ai quali si aggiunge un cofinanziamento aziendale pari ad € 6.401.325,71 (quota del 5%), per un totale di € 128.026.514,20.

Inoltre si prevede l'utilizzo della somma di euro 2.000.000,00, di cui euro 1.900.000,00 a carico dello Stato ed euro 100.000,00 a carico della regione, resasi disponibile ai sensi dell'art. 1, comma 311 della l.n. 266/2005, a seguito dell'emanazione, da parte del Ministero della Salute, del decreto del 13 agosto 2021, pubblicato nella G.U. Serie generale n. 274 del 17/11/2021.

Il Programma è costituito da n. 48 interventi per un importo complessivo di euro 132.222.834,10 di cui euro 123.525.188,49 quota statale, euro 100.000,00 quota regionale ed euro 8.597.645,61 quota aziendale.

La quota aziendale prevista, pari ad euro 8.597.645,61, è superiore alla quota del 5% delle risorse previste dall'art. 20 l. 67/88 quale cofinanziamento, in quanto comprende il finanziamento aggiuntivo necessario per la realizzazione dell'intervento "Realizzazione nuovo reparto pediatria, neonatologia e T.I.N." dell'Azienda Ospedaliera di Terni e dell'intervento "Realizzazione Ospedale Narni Amelia" dell'Azienda U.S.L. Umbria n. 2, per il quale si rimanda al paragrafo 2 a2.

#### ***0.b Quadro finanziario***

Il quadro finanziario del Programma è il seguente:



## Regione Umbria

Giunta Regionale

<b>ESERCIZIO FINANZIARIO</b>	<b>STATO</b>	<b>REGIONE</b>	<b>AZIENDE</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ANNO 2022</b>	123 525.188,49	100.000,00	8.597.645,61	<b>132.222.834,10</b>

### ***0.c Raccordo con il passato***

Il Nuovo Piano Investimenti in edilizia sanitaria si colloca, rispetto al Piano precedente, in un'ottica di continuità in quanto prevede gli stessi macro obiettivi di messa in sicurezza delle strutture esistenti, riorganizzazione della rete ospedaliera ed ammodernamento tecnologico, tenendo conto delle mutate evidenze epidemiologiche e demografiche in atto.

### ***0.d Solidità programmatoria complessiva***

L'obiettivo generale del Sistema sanitario regionale umbro è quello di rispondere ai bisogni della popolazione attraverso un'offerta di prestazioni di elevata qualità.

Con il presente programma si prosegue pertanto con il raggiungimento dell'obiettivo di riordino dell'intera rete sanitaria ivi compreso l'adeguamento normativo delle strutture sanitarie regionali alle normative di settore, tenuto conto dei principali parametri nazionali di riferimento del Piano Sanitario Nazionale e del Nuovo Patto della salute 2019-2021 per il quale è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 18/12/2019, quali la riduzione al 3 per mille dei posti letto per abitante (oltre alla percentuale dello 0,7 per mille riferita alla riabilitazione).

### ***0.e Coerenza interna***

Gli obiettivi del presente Programma sono conformi a quelli del D.E.F.R. 2022-2024 che prevede anche di rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria anche in termini di sicurezza e di favorire l'utilizzo della tecnologia in sanità.

### ***0.f Coerenze esterne***

La strategia contenuta nel presente documento programmatico è pienamente coerente con le politiche di programmazione settoriale ed intersettoriale della regione. Per l'approfondimento di tale tematica si rimanda al paragrafo 3a1 e 3a2.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### **O.g Quadro normativo**

Il quadro normativo di riferimento del presente Programma è il seguente:

#### Riferimenti normativi nazionali

- ✓ Articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 24 miliardi di euro;
- ✓ D.M. 29 agosto 1989, n. 321;
- ✓ Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni;
- ✓ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, che dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/1988;
- ✓ Articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;
- ✓ Deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua le attribuzioni da trasferire al Ministero della Salute, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e successive modificazioni;
- ✓ Legge n. 492/93;
- ✓ D.P.R. n. 367/1994;
- ✓ D.Lgs. n. 626/1994 e successive modificazioni;
- ✓ Legge n. 662/1996;
- ✓ Delibera Cipe 21/03/1997;
- ✓ Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;
- ✓ Legge n. 127/1997;
- ✓ D.Lgs. n. 430/1997;
- ✓ D.Lgs. n. 112/1998;
- ✓ D.Lgs. n. 267/2000;
- ✓ D.Lgs. n. 165/2001 e successive modificazioni;
- ✓ Legge n. 405/2001;
- ✓ D.P.C.M. 29/11/2001 e successive integrazioni;
- ✓ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002;



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005;
- ✓ Legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006) - art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della citata legge n. 67 del 1988 e successive modificazioni;
- ✓ Circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/16 a.h. dell'8 febbraio 2006, avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- ✓ D.P.R. n. 7 aprile 2006 di approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
- ✓ D.Lgs. n. 163/2006 e successive modificazioni;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 5 ottobre 2006 (Patto sulla Salute);
- ✓ Legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007);
- ✓ Legge n. 244/2007 (legge finanziaria 2008);
- ✓ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute 2010-2012;
- ✓ D.Lgs. n. 118/2011;
- ✓ Patto per la Salute 2014-2016 di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. in data 10 luglio 2014 (Rep atti 82/CSR);
- ✓ D.M. 70 del 2 aprile 2015, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- ✓ DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in sostituzione precedente DPCM 29 novembre 2001;
- ✓ L. n. 145/2018, art. 1, comma 555 con il quale vengono incrementate da 24 a 28 miliardi di euro le risorse destinate al proseguimento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988;
- ✓ Deliberazione CIPE n. 51/2019, pubblicata sulla G.U. n. 15, del 20/01/2020, che assegna alla Regione Umbria la somma di euro 60.912.866,49, a valere sulle risorse del citato art. 20;
- ✓ Intesa del 18 dicembre 2019 tra Governo, Regioni e le Province autonome (Patto per la Salute 2019-2021);
- ✓ L.n. 178/2020, art. 1 commi 442 e 443.

### Riferimenti normativi regionali



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- ✓ L.R. 21/2005 “Statuto Regione Umbria”;
- ✓ L.R. 13/2000 “Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria”;
- ✓ L.R. n. 11/2015 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”;
- ✓ D.G.R. n. 1395/2018 “Disciplinare relativo alle procedure per la gestione delle risorse finanziarie destinate ai programmi di investimento in sanità”;
- ✓ D.G.R. n. 635/2019 “Piano Sanitario Regionale 2019-2021. Preadozione”;
- ✓ D.G.R. n. 1195/2020 “Documento di Economia e Finanza Regionale (Defr) 2021-2023 della Regione Umbria in attuazione del Dlgs. 118/2011. Approvazione ai fini della trasmissione all'Assemblea Legislativa ai sensi dell'art. 21, comma 3 della L.R. 28/02/2000 n. 13.”;
- ✓ D.G.R. n. 134/2021 “Libro Bianco Sanità e sociale 2019, Linee Strategiche del nuovo Piano Sanitario Regionale”;
- ✓ D.G.R. n. 1124/2021 “Documento di Economia e Finanza Regionale (Defr) 2022-2024 della Regione Umbria in attuazione del Dlgs. 118/2011. Approvazione ai fini della trasmissione all'Assemblea Legislativa ai sensi dell'art. 21, comma 3 della L.R. 28/02/2000 n. 13”;
- ✓ D.G.R. n. 1138/2021 “Piano Sanitario Regionale 2021-2025. Preadozione”.

### 1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

#### **1A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO**

##### **1a 1 Quadro epidemiologico**

(Fonte D.G.R. n. 635/2019 Preadozione Piano Sanitario Regionale 2019-2021 pag. 39-59)

Si evidenziano, di seguito, gli stili di vita e le condizioni di rischio della popolazione umbra

##### **a. Lo Stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica**

L'essere in sovrappeso o obesi (eccesso ponderale) è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili.

In Umbria sono in eccesso ponderale un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

Questa condizione è più frequente:

- all'aumentare dell'età;
- nel sesso maschile;
- tra le persone con più bassi livelli d'istruzione;
- tra quelle economicamente più svantaggiate.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

La distribuzione dell'eccesso ponderale pone l'Umbria in linea con la media nazionale, anche se si evidenzia una sostanziale stabilità della prevalenza di sovrappeso ed obesità, fenomeno in controtendenza rispetto ai paesi europei che invece mostrano un trend in aumento in circa il 20% nella popolazione sopra i 18 anni (dal 2010 al 2016).

Per quanto attiene alla sedentarietà, sebbene i dati umbri siano migliori rispetto ai dati nazionali, risulta comunque sedentario un bambino su 6, un 18-69enne su 5 e un anziano su 3.

La sedentarietà è più frequente:

- al crescere con l'età;
- nel sesso femminile;
- tra le persone con basso livello di istruzione;
- tra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche.

Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi:

[www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp)

I dati e gli indicatori riguardanti gli stili di vita e le abitudini della popolazione umbra sono forniti dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita: PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO alla salute dell'Istituto Superiore di Sanità e lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa che coinvolge i ragazzi di 11, 13 e 15 anni); i dati e gli indicatori sono aggiornati all'anno 2017, salvo dove diversamente specificato.

### **b. L'Abitudine al fumo**

Storicamente l'abitudine al fumo è un problema rilevante fra gli umbri: la percentuale di fumatori è significativamente più alta rispetto al resto d'Italia (30%, contro un dato medio italiano del 26%) ed è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo.

I dati medi relativi all'ultimo quadriennio 2014-2017 dimostrano una crescita della diffusione del fumo soprattutto tra le femmine (25% contro un dato medio italiano del 22%), tra le persone con maggiori difficoltà economiche e con livello di istruzione medio basso. La percentuale di fumatori è peraltro molto elevata tra i 18 e i 24enni (33% contro un dato medio italiano del 28%). Preoccupante è anche la prevalenza di fumatori tra i 15enni: secondo l'indagine HBSC è pari al 22% contro un dato medio italiano del 21%, con una percentuale superiore nelle ragazze rispetto ai ragazzi. Seppure risulti che gli operatori sanitari sono più attivi dei propri colleghi del resto del paese nel chiedere informazioni sull'abitudine al fumo (42% contro un dato medio italiano del 38%), sembra che non siano altrettanto efficaci nel consiglio di smettere di fumare (48% contro un dato medio italiano del 51%), evidenziando una scarsa attitudine degli operatori sanitari italiani al counseling.

Risulta frequente anche l'esposizione al fumo passivo in ambito domestico: un intervistato su tre dichiara che è ammesso fumare nella propria abitazione; la situazione migliora nelle case in cui vivono minori di 15 anni, anche se in due abitazioni su dieci c'è comunque la possibilità di fumare. Oltre l'85% degli umbri dichiara che il divieto di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, dato significativamente inferiore rispetto alla media nazionale. Quattro fumatori su dieci hanno tentato di smettere di fumare. Tra i metodi utilizzati per smettere



## Regione Umbria

Giunta Regionale

di fumare, resta veramente esiguo il ricorso al sostegno specialistico offerto dalle aziende sanitarie, così come l'utilizzo di farmaci e sostituti della nicotina.

Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi (adulti 18 -69 anni):

[www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp)

### c. Il consumo a rischio di alcool

In Umbria i dati PASSI del quadriennio 2014-2017 evidenziano che circa il 63% degli adulti 18-69 anni si dichiara bevitore; nel 2017 la prevalenza di consumatori di alcool a maggior rischio è il 20%, superiore al dato nazionale (pari al 17%); oltre la metà di questi sono bevitori binge (13% contro un dato nazionale pari al 9%). I consumatori a rischio sono soprattutto uomini e giovani tra i 18 e i 24 anni (in questa fascia di età il 42% si dichiara consumatore a rischio e il 24% binge).

I dati di HBSC evidenziano che all'età di 15 anni il 25% dei ragazzi umbri beve alcolici almeno una volta alla settimana (fra i maschi 32%, fra le femmine 18%). Quasi la metà dei ragazzi 15enni e un terzo delle ragazze è bevitore «binge». Il fenomeno si presenta in maniera rilevante anche a 11 e 13 anni.

In Umbria come nel resto del Paese il consumo ad alto rischio è più diffuso tra coloro che hanno un più alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche. Il trend del consumo a maggior rischio è in crescita, in particolare il consumo binge. Solo il 4% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio del medico di bere meno, contro una media nazionale del 6%.

L'8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista sotto l'effetto dell'alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida) e il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Analogamente al resto d'Italia, in Umbria i comportamenti errati alla guida (guida distratta, velocità troppo elevata e mancato rispetto delle regole di precedenza) sono responsabili del 49% degli incidenti; l'8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista sotto l'effetto dell'alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida) e il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi (adulti 18 -69 anni):

[www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol.asp)

### d. Gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono un problema prioritario per numerosità e conseguenze in termini di mortalità, morbosità e disabilità. Negli ultimi decenni la sicurezza stradale è notevolmente migliorata ma il numero di morti e feriti è ancora troppo elevato.

La mortalità per incidente stradale in Umbria, come in Italia, è in costante diminuzione (13‰ 2001, 3,9‰ 2016). Dai 10 anni di sorveglianza PASSI emerge che in Umbria l'utilizzo di cinture di sicurezza e casco è in significativo aumento.

Rispetto alla guida e consumo di alcool è detto al paragrafo precedente mentre sono importanti le cause di distrazione alla guida quali l'uso non consentito del cellulare.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Dal sistema di sorveglianza PASSI emergono sottogruppi di popolazione, rappresentati dai maschi più istruiti tra 25 e 50 anni, dove si concentra un maggior rischio di guida sotto l'effetto dell'alcol e senza l'uso di cinture di sicurezza, verso i quali indirizzare azioni mirate.

In conclusione il calo della mortalità per incidente stradale in Umbria riflette l'impatto delle politiche nazionali realizzate al riguardo, evidenti anche nell'aumento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

### **e. Gli infortuni e le malattie professionali**

Negli ultimi anni si è assistito ad una costante e significativa diminuzione del numero di infortuni denunciati all'INAIL: dal 2010 al 2017 si sono ridotti di più del 50%, passando da oltre 16.700 a 10.500. La riduzione del numero di infortuni sul lavoro è in parte correlata alla crisi economica e alla conseguente diminuzione dell'occupazione. Tale riduzione si conferma in modo chiaro anche utilizzando l'indicatore "tasso di infortunio ogni 1000 occupati" che neutralizza l'effetto della variazione del numero di occupati.

Il tasso nel macro-settore industria e servizi è infatti passato da oltre 36 a 24 infortuni ogni 1000 occupati dal 2010 al 2016, ultimo anno in cui è possibile calcolarlo.

Anche per gli infortuni mortali, che presentano maggiori oscillazioni dovute alla esiguità dei numeri, si apprezza una riduzione nel medio periodo (nel 2017 si sono avuti 8 infortuni mortali in occasione di lavoro, mentre nel 2010 erano stati 11); il fenomeno delle morti sul lavoro riguarda soprattutto i settori agricoltura e costruzioni. Nel 2018 si deve evidenziare un notevole incremento delle morti in itinere.

Nei due settori storicamente a rischio, l'agricoltura e le costruzioni, gli indicatori del fenomeno infortunistico (tasso di infortunio per 1000 occupati e indice di gravità, ovvero percentuale di infortuni gravi sul totale) sono però più elevati rispetto ai valori medi nazionali.

Nel confronto fra regioni per l'anno 2016, l'Umbria continua ad essere una di quelle regioni con tasso di infortunio più elevato (24 vs 15 della media nazionale), pur avendo perso il primato negativo che aveva fino a pochi anni fa.

Si registra inoltre un incremento rilevante del numero di malattie professionali denunciate legato probabilmente alla maggiore sensibilità dei medici alla denuncia di malattia professionale, che sta portando all'emersione di un fenomeno ancora in parte sommerso: nel 2017 sono il 34% in più rispetto al 2010. Il settore a maggior prevalenza di malattie professionali è l'agricoltura con il 19% del totale delle denunce, seguito dalle costruzioni con il 17% e dal manifatturiero con il 15%. Le malattie del sistema osteoarticolare e la sindrome del tunnel carpale costituiscono oggi l'82% della patologia professionale ed hanno completamente soppiantato le classiche malattie professionali del passato (silicosi, asbestosi, ipoacusia da rumore etc.); circa il 3% delle malattie professionali sono costituite da tumori, anche se si pensa sia un dato ancora oggi largamente sottostimato.

### **f. Le malattie infettive**

Le malattie infettive rappresentano ancora una priorità di sanità pubblica per l'Umbria; infatti, in analogia a quanto avviene nel resto del Paese, continuano ad essere presenti, anche con picchi epidemici notevoli, alcune malattie, che possono essere contrastate con adeguati programmi di sorveglianza e controllo. A titolo di esempio l'epidemia di morbillo, iniziata nel 2016 e ancora in



## Regione Umbria

Giunta Regionale

corso nel Paese, ha visto il verificarsi nei periodi considerati dalla tabella sottostante di 111 casi notificati di morbillo anche in Umbria, nonostante gli elevati tassi di copertura vaccinale, con un maggior numero di casi nella classe di età 35-44 anni e diversi contagi anche fra gli operatori sanitari.

Anche per altre patologie, per le quali adeguate misure di informazione e di prevenzione potrebbero ridurre notevolmente il numero dei casi, si continuano a registrare un numero costante di casi negli ultimi anni; in media, ogni anno infatti sono stati denunciate 55 nuove infezioni da HIV e 65 di TBC.

Per quanto concerne le malattie batteriche invasive (meningiti e sepsi), è stato rilevato un numero di notifiche pressoché costante nel corso degli quattro ultimi anni. Il maggior numero di casi è riferito a infezioni da pneumococco che colpiscono soprattutto persone appartenenti a classi di età più avanzate.

Da valutare anche la costante presenza di casi di legionellosi, soprattutto nell'area Nord della regione, con un numero medio di 26 casi all'anno notificati in Umbria dal 2009.

La globalizzazione, la rapidità e l'aumento viaggi intercontinentali, i cambiamenti climatici, favoriscono il verificarsi di emergenze infettive e il rapido diffondersi di patologie anche poco conosciute trasmesse da insetti vettori o da parassiti: pertanto nell'adottare specifici protocolli di prevenzione e controllo diventa indispensabile tenere conto non più soltanto del contesto regionale o nazionale, ma anche di quello internazionale. Particolare attenzione deve essere messa in atto verso le malattie virali come ad esempio la "Chicungunya" e la West Nile disease trasmesse da zanzare che, nel corso dell'ultima stagione estiva, si sono registrate in Italia. Nel caso particolare della West Nile, essendo la malattia endemica negli animali anche in territori confinanti con l'Umbria, è necessario un unico piano per la sorveglianza dei casi umana e veterinaria, oltre che entomologica.

### **g. I tumori**

I tumori sono patologia multifattoriale e molto complessa. I tempi di latenza tra l'esposizione ai fattori di rischio, che favoriscono l'insorgenza della malattia e lo sviluppo di un tumore sono molto lunghi. La mortalità che osserviamo oggi si riferisce a pazienti che si sono ammalati anni fa e la distanza tra incidenza e mortalità è tanto più grande quanto maggiori sono le probabilità di sopravvivenza (da pochi mesi a decenni in funzione del tipo di neoplasia). Screening e diagnosi precoce possono migliorare l'efficacia delle cure e contribuire, significativamente, a ridurre la mortalità, ma possono anche comportare una quota di sovra-diagnosi o sovra-trattamento.

In Umbria il tasso standardizzato per 100.000 abitanti di tumore maligno (esclusi i tumori maligni della pelle non appartenenti alla categoria melanomi), nel periodo 1994-2015 è pari a 738,72 per i maschi e 564,45 per le femmine e per entrambi i sessi è pari a 615,79.

Nel periodo 1994-2015 l'andamento di incidenza si è mantenuto stabile nei maschi, mentre si è osservato un aumento significativo nelle femmine.

In Umbria, nel periodo 1994-2015 sono stati diagnosticati 142.800 casi di tumore. Il numero di nuovi tumori stimati per l'anno 2018 in Umbria per le principali sedi tumorali (epiteliomi esclusi) è di 3.050 per il sesso maschile e 2.900 per il sesso femminile.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

I decessi per tumore maligno in Umbria nel periodo 1994-2016 sono stati 69.461, con una media di 3.020 casi/anno. Il tasso standardizzato di mortalità per 100.000 abitanti per tumore maligno in Umbria nel periodo 1994-2016 è pari a 287,26. Il trend temporale del tasso di mortalità presenta una diminuzione significativa nelle femmine nel periodo 1994-2016, mentre nel sesso maschile il trend mostra una significativa diminuzione nel periodo 1994-2013.

I tumori sesso-specifici più frequentemente osservati in Umbria sono il carcinoma della mammella nelle donne e il carcinoma prostatico negli uomini; qualora vengano considerati ambedue i sessi, il tumore che presenta un'incidenza maggiore è quello del colon-retto.

Il tumore del colon-retto è la neoplasia più frequentemente osservata nella popolazione umbra nel periodo 1994-2015 (12.4%), con un'età media alla diagnosi di 71,5 anni. In questo periodo sono stati diagnosticati una media di 806 nuovi casi/anno, per un totale di 17.725 nuovi casi.

Lo screening regionale ha senz'altro favorito la diagnosi della malattia negli stadi iniziali permettendo ai malati di compiere un iter diagnostico terapeutico tempestivo ed efficace.

Dall'analisi dei dati, in termini di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, nella regione umbra, i valori osservati sono del 60,8% nel sesso maschile e 61,1% nelle femmine.

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 67% per il tumore del colon-retto.

In Umbria il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nel sesso femminile, rappresentando il 23,4% di tutte le neoplasie femminili. Nel periodo 1994-2015 sono stati diagnosticati 14.856 casi, con una media di 675 casi/anno.

All'aumentare, statisticamente significativo, dell'incidenza dovuto ad una maggiore diffusione dei fattori di rischio per il carcinoma mammario e all'anticipazione diagnostica prodotta dallo screening, corrisponde una riduzione, anch'essa significativa, del trend di mortalità attribuibile, in primo luogo, ai progressi terapeutici e alla diagnosi precoce.

Il carcinoma della mammella resta comunque la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile (13,5% di tutte le morti per neoplasia).

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 86% per il tumore della mammella.

In Umbria sono stati diagnosticati 13.157 casi di neoplasia prostatica (598 nuovi casi/anno) nel periodo 1994-2015, rappresentando così il tumore più frequentemente osservato nella popolazione maschile umbra (16,6%).

L'incidenza del carcinoma prostatico aumenta con l'età con tassi che variano da 5,2/100.000 a 45-49 anni a 718,8/100.000 a 75-79 anni. In Umbria, dopo essersi mantenuto stabile dal 1994 al 2001, il tasso di incidenza ha subito un incremento fino al 2003, probabilmente dovuto alla diffusione dello screening opportunistico per mezzo della misurazione dell'antigene prostatico-specifico (PSA). Nel periodo successivo si osserva un andamento in significativa riduzione. Il carcinoma prostatico pur trovandosi al primo posto per incidenza, è al quarto posto per mortalità, l'andamento della mortalità, infatti, è in costante e significativa diminuzione in tutto il periodo dello studio.

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 92% per il tumore della prostata.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Il carcinoma del polmone è la quarta neoplasia per incidenza in Umbria per entrambi i sessi con 568 casi/anno (8,7%), la terza nei maschi (12%) e la quarta nelle femmine (4,7%), nel periodo 1994-2015.

### **h. Le malattie croniche**

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute.

In Umbria (fonte: dati ISTAT – dati 2017) la percentuale di persone in buono stato di salute è inferiore rispetto al dato nazionale (67,3% contro 69,6%), mentre la percentuale è superiore per le persone affette da almeno una patologia cronica (43,5% contro 39,9%) e da almeno due patologie croniche (25,6% contro 20,9%).

### **1a 2 Quadro demografico (Fonte Libro bianco pag. 4-9)**

La Regione Umbria ha una superficie complessiva di 8.450,47 Km<sup>2</sup>, dove insistono 92 Comuni accorpatis nelle 2 Aziende sanitarie Locali. Nell'ambito delle 2 Aziende i Comuni sono raggruppati per Distretto, n. 6 per Azienda, come evidenziato in tabella e nella figura successiva:

**Elenco distretti per Azienda Usl**

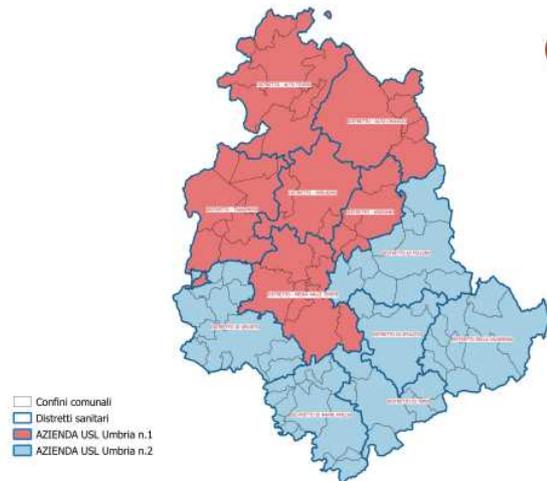
**Elenco distretti per Azienda Usl**



## Regione Umbria

Giunta Regionale

AZIENDA	DISTRETTO	Comuni (N)
AZIENDA USL Umbria n.1	Distretto del Perugino	3
	Distretto dell'Assisano	5
	Distretto della Media Valle del Tevere	8
	Distretto del Trasimeno	8
	Distretto dell'Alto Tevere	8
	Distretto dell'Alto Chiascio	6
	<b>Totale</b>	<b>38</b>
AZIENDA USL Umbria n.2	Distretto di Terni	8
	Distretto di Foligno	9
	Distretto di Narni-Amelia	12
	Distretto di Spoleto	4
	Distretto di Orvieto	12
	Distretto della Valnerina	9
	<b>Totale</b>	<b>54</b>



Al 1° gennaio 2019 la popolazione residente in Umbria è pari a 882.015 abitanti, di cui il 56,82% residente nei Comuni della USL Umbria n. 1 e il 43,18% nei Comuni della USL Umbria n. 2.

### Popolazione residente per Distretto - ANNI 2010-2019

DISTRETTO	ANNI							
	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Perugino	186.723	188.857	193.902	193.720	194.191	194.765	193.772	193.954
Assisano	60.226	61.058	62.303	62.303	62.234	62.269	62.221	62.158
Media Valle del Tevere	57.972	58.222	58.697	58.475	58.289	57.944	57.754	57.401
Trasimeno	57.352	57.617	58.397	58.323	57.966	57.773	57.627	57.435
Alto Tevere	76.869	76.990	77.540	77.256	77.009	76.638	76.322	76.176
Alto Chiascio	56.432	55.850	56.160	55.828	55.277	54.766	54.369	54.062
<b>USL UMBRIA 1</b>	<b>495.574</b>	<b>498.594</b>	<b>506.999</b>	<b>505.912</b>	<b>504.966</b>	<b>504.155</b>	<b>502.065</b>	<b>501.186</b>
Terni	129.998	130.212	133.373	133.180	132.399	132.255	131.819	131.221
Foligno	98.289	98.525	100.028	100.017	99.500	99.119	98.621	98.405
Narni-Amelia	53.393	53.160	53.441	53.190	52.835	52.450	51.957	51.579
Spoleto	47.898	47.982	48.258	48.298	47.784	47.605	47.477	47.276
Orvieto	42.704	42.538	42.438	41.993	41.619	41.296	40.886	40.635
Valnerina	12.346	12.204	12.205	12.172	12.078	12.028	11.815	11.713
<b>USL UMBRIA 2</b>	<b>384.628</b>	<b>384.621</b>	<b>389.743</b>	<b>388.850</b>	<b>386.215</b>	<b>384.753</b>	<b>382.575</b>	<b>380.829</b>
<b>UMBRIA</b>	<b>880.202</b>	<b>883.215</b>	<b>896.742</b>	<b>894.762</b>	<b>891.181</b>	<b>888.908</b>	<b>884.640</b>	<b>882.015</b>
<b>VARIAZIONE ASSOLUTA SU ANNO PRECEDENTE</b>		<b>3.013</b>	<b>13.527</b>	<b>1.980</b>	<b>-3.581</b>	<b>-2.273</b>	<b>-4.268</b>	<b>-2.625</b>
<b>VARIAZIONE % SU ANNO PRECEDENTE</b>		<b>0,34</b>	<b>1,53</b>	<b>-0,22</b>	<b>-0,40</b>	<b>-0,26</b>	<b>-0,48</b>	<b>-0,29</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

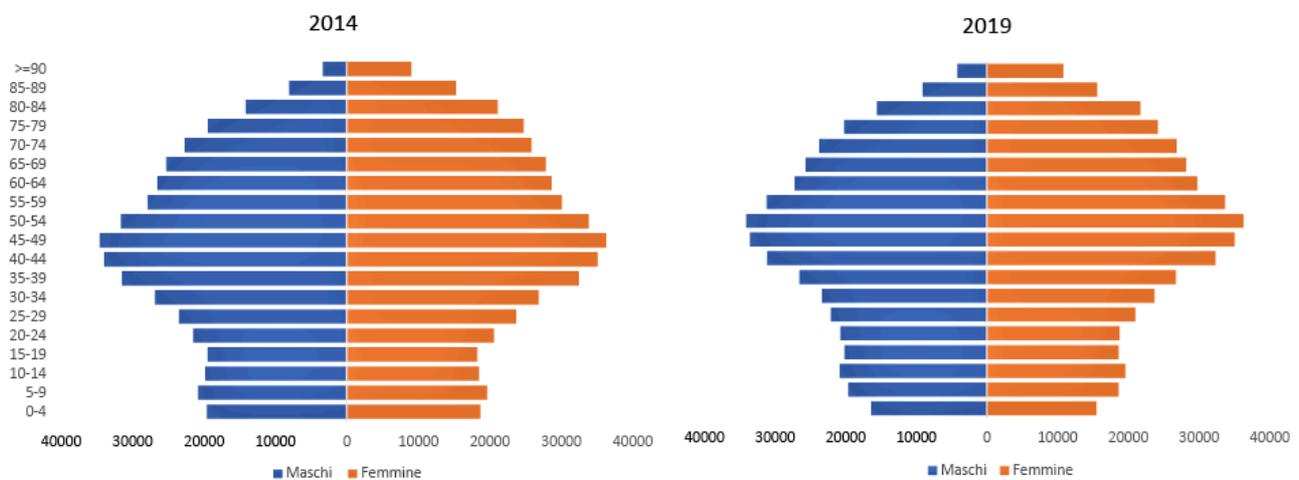
Fonte: ISTAT

La popolazione umbra mostra una progressiva diminuzione a partire dal 2015 in tutti i distretti eccetto il Perugino, che risulta quello maggiormente popolato. Nel 2019 la popolazione mostra una diminuzione pari a 14.727 abitanti rispetto al 2014, corrispondente ad una riduzione complessiva del 1,65%.

### La struttura demografica della popolazione umbra

I due grafici che seguono mostrano come la tendenza all'inversione della piramide sia costante e il progressivo aumento della contrazione delle classi di età 0-5 anni. Questo andamento appare sensibilmente più marcato per il sesso femminile.

Piramide dell'età – ANNI 2014 - 2019



Fonte ISTAT

Al 1° gennaio 2019 i ragazzi con meno di 15 anni rappresentano il 12,53% della popolazione umbra (in Italia il 13,18%), con tendenza in costante diminuzione. Viceversa, la quota di popolazione anziana è cresciuta negli anni fino a raggiungere il 25,59% nel 2019.

Popolazione residente per fasce di età e per Distretto al 1.1.2019

Distretto	Fascia d'età								TOTALE n
	0-14		15-64		65-74		>74		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Perugino	26.170	13,49	121.805	62,80	21.398	11,03	24.581	12,67	193.954
Assisano	8.318	13,38	39.267	63,17	6.771	10,89	7.802	12,55	62.158
Media Valle del	7.252	12,63	35.576	61,98	6.479	11,29	8.094	14,10	57.401



## Regione Umbria

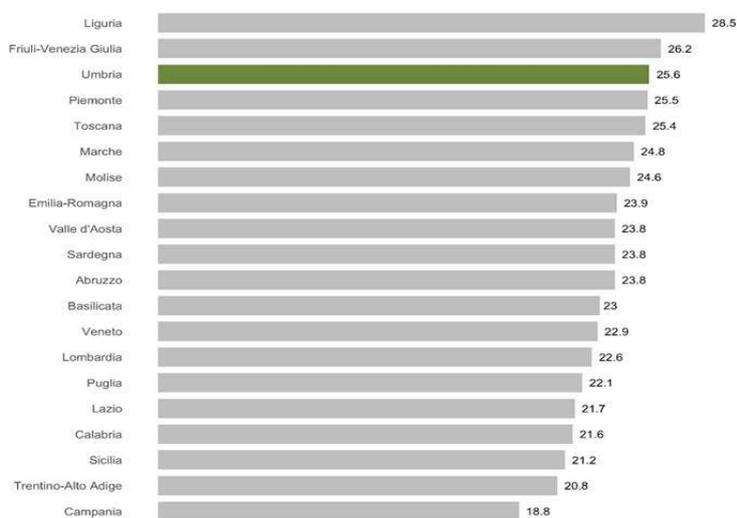
Giunta Regionale

Tevere									
Trasimeno	7.405	12,89	35.180	61,25	6.910	12,03	7.940	13,82	57.435
Alto Tevere	9.823	12,90	47.403	62,23	8.954	11,75	9.996	13,12	76.176
Alto Chiascio	6.476	11,98	33.216	61,44	6.541	12,10	7.829	14,48	54.062
<b>USL UMBRIA 1</b>	<b>65.444</b>	<b>13,06</b>	<b>312.447</b>	<b>62,34</b>	<b>57.053</b>	<b>11,38</b>	<b>66.242</b>	<b>13,22</b>	<b>501.186</b>
Terni	15.449	11,77	80.804	61,58	16.067	12,24	18.901	14,40	131.221
Foligno	12.359	12,56	60.545	61,53	11.790	11,98	13.711	13,93	98.405
Narni-Amelia	5.890	11,42	31.388	60,85	6.758	13,10	7.543	14,62	51.579
Spoletto	5.607	11,86	28.917	61,17	5.906	12,49	6.846	14,48	47.276
Orvieto	4.462	10,98	24.336	59,89	5.424	13,35	6.413	15,78	40.635
Valnerina	1.271	10,85	7.466	63,74	1.393	11,89	1.583	13,51	11.713
<b>USL UMBRIA 2</b>	<b>45.038</b>	<b>11,83</b>	<b>233.456</b>	<b>61,30</b>	<b>47.338</b>	<b>12,43</b>	<b>54.997</b>	<b>14,44</b>	<b>380.829</b>
<b>UMBRIA</b>	<b>110.482</b>	<b>12,53</b>	<b>545.903</b>	<b>61,89</b>	<b>104.391</b>	<b>11,84</b>	<b>121.239</b>	<b>13,75</b>	<b>882.015</b>
<b>ITALIA</b>	<b>7.962.215</b>	<b>13,19</b>	<b>38.613.751</b>	<b>63,97</b>	<b>6.724.825</b>	<b>11,14</b>	<b>7.058.755</b>	<b>11,70</b>	<b>60.359.546</b>

Fonte: ISTAT

Nella graduatoria delle regioni italiane per percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, l'Umbria si attesta ai primi posti (25,6%), con il Friuli Venezia Giulia (26,2%) e la Liguria (28,5%).

### Percentuale di Popolazione ultrasessantacinquenne distribuita per Regioni – Anno



Fonte: ISTAT

I residenti di età superiore a 85 anni rappresentano in Umbria il 4,5% della popolazione (39.580 nel 2019) superiore (+0,9) alla media nazionale pari al 3,6%. In entrambi i casi si riscontra un andamento crescente negli ultimi 4 anni.

### Popolazione ultra ottantacinquenne - Anni 2016-2019 (Fonte ISTAT)



## Regione Umbria

Giunta Regionale

	2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>UMBRIA</b>	37.599	4,2	38.610	4,3	38.541	4,3	39.581	4,5
<b>ITALIA</b>	1.994.563	3,3	2.061.666	3,4	2.098.165	3,4	2.153.492	3,6

Fonte: ISTAT

L'aumento marcato degli anziani ultraottantacinquenni e soprattutto degli ultracentenari, che caratterizza l'ultimo decennio, è anche indice del contributo del SSR a mantenere le persone in buona salute. L'aumento della vita media è un fenomeno particolarmente rilevante in Umbria, dove i principali indicatori demografici hanno mostrato negli ultimi decenni un andamento costante orientato verso l'invecchiamento della popolazione.

Il contesto demografico rappresenta il risultato di dinamiche di popolazione in continua evoluzione, dell'andamento storico dei fenomeni naturali di natalità e mortalità e dei movimenti migratori. L'analisi del contesto demografico è di grande importanza per i processi di organizzazione nei servizi sanitari e si può effettuare attraverso alcuni indici.

### Indici demografici per Distretto al 1.1.2019

DISTRETTO	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI CARICO SOCIALE	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE	INDICE DI DIPENDENZA SENILE
	(popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	(popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0-14 anni)	(pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	(pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	(pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
Perugino	23,71%	175,69%	59,23%	21,49%	37,75%
Assisano	23,45%	175,20%	58,30%	21,18%	37,11%
Media Valle del Tevere	25,39%	200,95%	61,35%	20,38%	40,96%
Trasimeno	25,86%	200,54%	63,26%	21,05%	42,21%
Alto Tevere	24,88%	192,91%	60,70%	20,72%	39,98%
Alto Chiascio	26,58%	221,90%	62,76%	19,50%	43,26%
<b>USL UMBRIA 1</b>	24,60%	188,40%	60,41%	20,95%	39,46%
Terni	26,65%	226,34%	62,39%	19,12%	43,28%
Foligno	25,91%	206,34%	62,53%	20,41%	42,12%
Narni-Amelia	27,73%	242,80%	64,33%	18,77%	45,56%
Spoletto	26,97%	227,43%	63,49%	19,39%	44,10%
Orvieto	29,13%	265,28%	66,97%	18,33%	48,64%



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Valnerina	25,41%	234,15%	56,88%	17,02%	39,86%
<b>USL UMBRIA 2</b>	26,87%	227,22%	63,13%	19,29%	43,83%
<b>UMBRIA</b>	25,58%	204,22%	61,57%	20,24%	41,33%
<b>ITALIA</b>	22,83%	173,11%	79,62%	20,62%	35,69%

Fonte: ISTAT

**L'indice di invecchiamento**, indicatore di sintesi per la stima dei bisogni assistenziali della popolazione, mostra come il 25,58% della popolazione regionale presenti un'età superiore ai 65 anni, con il valore più basso nel Distretto dell'Assisano (23,45%) e più alto in quello di Orvieto (29,13%).

**L'indice di vecchiaia** è un indicatore sintetico e dinamico che, assai meglio dell'età media, consente di mettere in evidenza il livello di invecchiamento di una popolazione; può essere utilizzato per fornire un dato sintetico relativo al territorio di interesse (ad esempio il distretto) sul rapporto ultrasessantacinquenni/giovani. Dalla tabella si evince come risulta essere più basso nel Distretto dell'Assisano (175,20%), seguito dal Distretto del Perugino (175,69%). Il Distretto di Orvieto ha l'indice di vecchiaia più alto, con il 265,28%. Conseguentemente l'indice di vecchiaia della Usl Umbria 2 risulta più alto rispetto a quello della Usl Umbria 1.

**L'indice di carico sociale**, che rapporta i soggetti che dovranno entrare nel mondo lavorativo ( $\leq 14$  anni) e quelli che ne sono usciti ( $> 65$  anni) con la fascia di età attiva (15-65 anni), è più basso nel Distretto della Valnerina (56,88%) e più elevato nel Distretto di Orvieto (66,97%).

**L'indice di dipendenza giovanile**, che misura il rapporto tra la parte di popolazione giovane che non lavora (0-14 anni) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni) è più basso nel Distretto della Valnerina (17,02%) e più elevato nel Distretto del Perugino (21,49%).

**L'indice di dipendenza senile**, che misura il rapporto tra la parte di popolazione anziana che non lavora ( $\geq 65$  anni) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni) è più basso nel Distretto dell'Assisano (37,11%) e più elevato nel Distretto di Orvieto (48,64%).

L'invecchiamento della popolazione è deducibile dall'analisi dell'andamento dei tre principali indicatori demografici di struttura: età media, indice di vecchiaia e di dipendenza senile. Al primo gennaio 2019, la popolazione umbra ha in media 46,5 anni, l'indice di dipendenza degli anziani è al 41,33% mentre l'indice di vecchiaia è al 204,22%. Tutti e tre gli indicatori sono al massimo storico.

Al 1° gennaio 2019 la presenza di **immigrati residenti in Umbria** è cresciuta del 1,91% rispetto all'anno precedente. Nei 4 anni precedenti aveva fatto segnare un leggero ma costante calo, dovuto principalmente all'elevato numero di acquisizioni della cittadinanza da parte degli stranieri che sono presenti in maniera continuativa sul territorio. Nel 2018, invece, le acquisizioni di cittadinanza sono tornate quasi ai livelli del 2013.

**Tabella popolazione straniera residente in Umbria anni 2011-2019**

Tipo di indicatore demografico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
popolazione straniera al 1° gennaio	87.715	88.075	92.794	99.922	98.618	96.875	95.935	95.710	97.541
variazione popolazione		0,41%	5,36%	7,68%	-1,31%	-1,77%	-0,97%	-0,23%	1,91%



## Regione Umbria

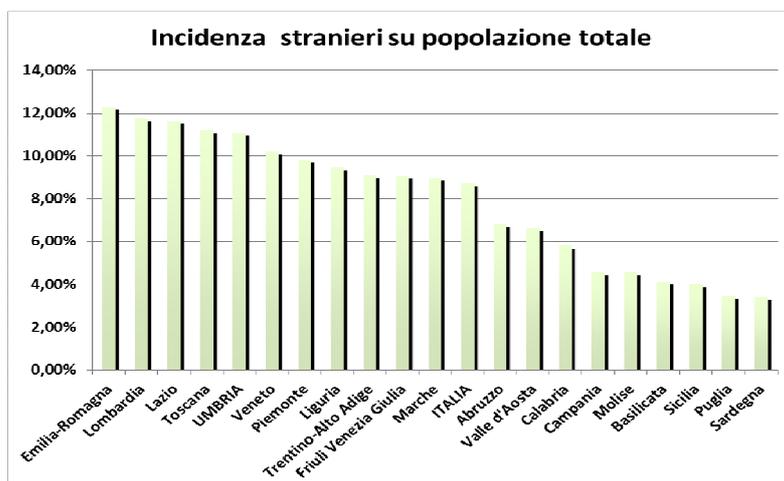
Giunta Regionale

straniera rispetto all'anno precedente									
popolazione residente al 1° gennaio	884.268	883.215	886.239	896.742	894.762	891.181	888.908	884.640	882.015
incidenza popolazione straniera su popolazione totale	9,92%	9,97%	10,47%	11,14%	11,02%	10,87%	10,79%	10,82%	11,06%
incidenza popolazione straniera su popolazione totale ITALIA	6,78%	6,82%	7,35%	8,10%	8,25%	8,29%	8,33%	8,51%	8,71%

Fonte: ISTAT

Inoltre dal 2015 il saldo migratorio estero degli stranieri è costantemente positivo ed in aumento, ciò significa che la regione è attrattiva per i nuovi stranieri che arrivano in Italia, mentre il saldo migratorio interno degli stranieri è sempre negativo, cioè continuano ad essere più gli stranieri che dall'Umbria decidono di spostarsi in altre regioni italiane che quelli che compiono il percorso inverso.

### Incidenza stranieri su popolazione totale



Fonte: Elaborazione dati ISTAT 2019

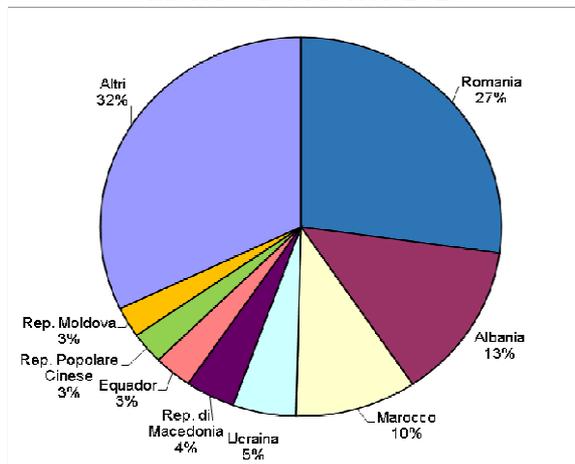
I paesi di provenienza per numero di presenze straniere in Umbria continuano a vedere nei primi posti la Romania, seguita dall'Albania, dal Marocco e dall'Ucraina, e poi Macedonia, Ecuador, Moldavia, Cina, Polonia e Filippine.



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

**Umbria – Dati ISTAT 2019**



*Fonte: Elaborazione tuttitalia.it*

In conclusione si può affermare che la struttura demografica della popolazione residente in Umbria e, in particolare, in alcuni distretti, si caratterizza per una forte componente di anziani, sostenuta da una minore quota di adulti in età lavorativa e di giovani. Questa tendenza si osserva soprattutto nei distretti di Orvieto, Narni-Amelia e Spoleto, dove si notano contemporaneamente le percentuali più basse di ragazzi di età inferiore ai 15 anni e quelle più elevate di anziani. L'immigrazione straniera non sostiene più la natalità e la forza lavoro della regione, a causa della perdita di attrattività dal punto di vista lavorativo in questi anni di crisi economica.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione trova una stretta correlazione con profondi cambiamenti epidemiologici, contraddistinti dall'affermarsi di patologie cronico - degenerative, che costituiscono le principali cause di disabilità e non autosufficienza e caratterizzanti le società con alte percentuali di anziani. In altri termini il rapido e marcato invecchiamento della popolazione pone inevitabilmente dinanzi la necessità di far fronte ad una nuova ed eterogenea tipologia di patologie, precedentemente assai meno diffuse, alla quale corrisponde una richiesta sempre crescente di assistenza da parte delle fasce più anziane della popolazione. Le differenze geografiche riscontrate sul territorio regionale, riguardanti la differente composizione ed evoluzione della popolazione, sono elementi necessari per valutare le modalità di erogazione delle prestazioni e la distribuzione dell'offerta di servizi territoriali.

### **1a 3 Quadro socio-economico**

(Fonte D.E.F.R. 2021-2023 pag. 9-15 approvato con D.G.R. n. 1195/2020 e D.E.F.R. 2022-2024 pag. 10-12, 23-24 approvato con D.G.R. n. 1124/2021)

La pandemia da coronavirus ha determinato una crisi economica senza precedenti che ha investito in modo significativo anche l'Umbria.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Secondo l'aggiornamento congiunturale di **Bankitalia**, “nella prima parte del 2020 l'economia umbra ha subito una contrazione molto marcata in connessione con gli effetti dell'epidemia di Covid-19. Nel terzo trimestre l'attività ha mostrato una ripresa, che ha consentito tuttavia un recupero molto parziale di quanto perso in primavera”.

Per quanto riguarda l'**industria**, secondo l'analisi di Bankitalia, “tutti i principali settori di specializzazione, con l'eccezione di quello alimentare, hanno evidenziato una diffusa flessione delle vendite. Ordini e fatturato hanno ripreso a crescere significativamente durante l'estate, senza tuttavia tornare ai livelli del 2019. I piani di investimento, deboli già all'inizio dell'anno, sono stati rivisti al ribasso da un'ampia quota di aziende. Il mutato contesto ha prodotto pesanti ricadute anche sull'edilizia, che in prospettiva potrebbe tuttavia trarre beneficio dai recenti provvedimenti di rafforzamento degli incentivi fiscali e di snellimento burocratico delle opere di ricostruzione post-terremoto. Nel terziario la crisi dei consumi ha colpito in misura severa i servizi di alloggio e ristorazione e il commercio al dettaglio non alimentare. Le perdite di flussi turistici accumulate nei mesi di restrizioni alla mobilità e di distanziamento sociale sono state solo in piccola parte compensate dalla forte crescita di visitatori italiani registrata in agosto”.

Le condizioni reddituali del sistema produttivo umbro sono peggiorate per effetto del ridimensionamento dei ricavi, da cui è derivato anche un ingente fabbisogno di liquidità. L'accresciuta domanda di finanziamenti da parte delle imprese, soprattutto di quelle di piccole dimensioni, è stata soddisfatta dal sistema bancario a condizioni rese più favorevoli dalle misure espansive di politica monetaria e dagli interventi governativi. Ai provvedimenti di sostegno delle autorità, incluse quelle di vigilanza, è riconducibile anche il mantenimento su livelli contenuti del flusso dei crediti deteriorati.

Per quanto riguarda il **mercato del lavoro**, sempre in base all'aggiornamento congiunturale di Bankitalia, “la contrazione dell'attività produttiva ha determinato un brusco calo delle ore lavorate e delle attivazioni di contratti a termine, in special modo nei servizi e tra i giovani. L'impatto sull'occupazione è stato attenuato dal blocco dei licenziamenti e dal massiccio ricorso alle forme di integrazione salariale”.

Tali azioni hanno contribuito a un miglioramento nel periodo estivo del clima di fiducia delle famiglie, che “hanno comunque ridotto la domanda di credito, sia per l'acquisto di abitazioni sia per finanziare i consumi, e accresciuto la propensione al risparmio, verosimilmente anche per motivi precauzionali”.

Le aspettative a breve termine formulate dagli operatori in settembre erano orientate alla prosecuzione della fase di modesto recupero dell'attività. Bankitalia ricorda che “sulla ripresa grava tuttavia il forte grado di incertezza del contesto economico globale, condizionato dalla recente sfavorevole evoluzione della pandemia, che si riflette in una crescente prudenza da parte delle famiglie e delle imprese”.

In linea generale, come emerge anche da recenti studi dell'**Agenzia Umbria Ricerche**, “L'emergenza continua a incidere pesantemente sulla capacità produttiva del sistema regionale, con effetti settoriali molto differenziati; lo shock ha colpito in prima battuta l'offerta aggregata e componenti rilevanti della domanda (trasporti, turismo, commercio) e si è progressivamente esteso al resto del sistema produttivo, con pesanti effetti sull'occupazione e mettendo a rischio la sopravvivenza di molte imprese. Dopo la forte contrazione del primo semestre, nel terzo trimestre abbiamo assistito a un tentativo di recupero, che però ha solo parzialmente attenuato quanto



## Regione Umbria

Giunta Regionale

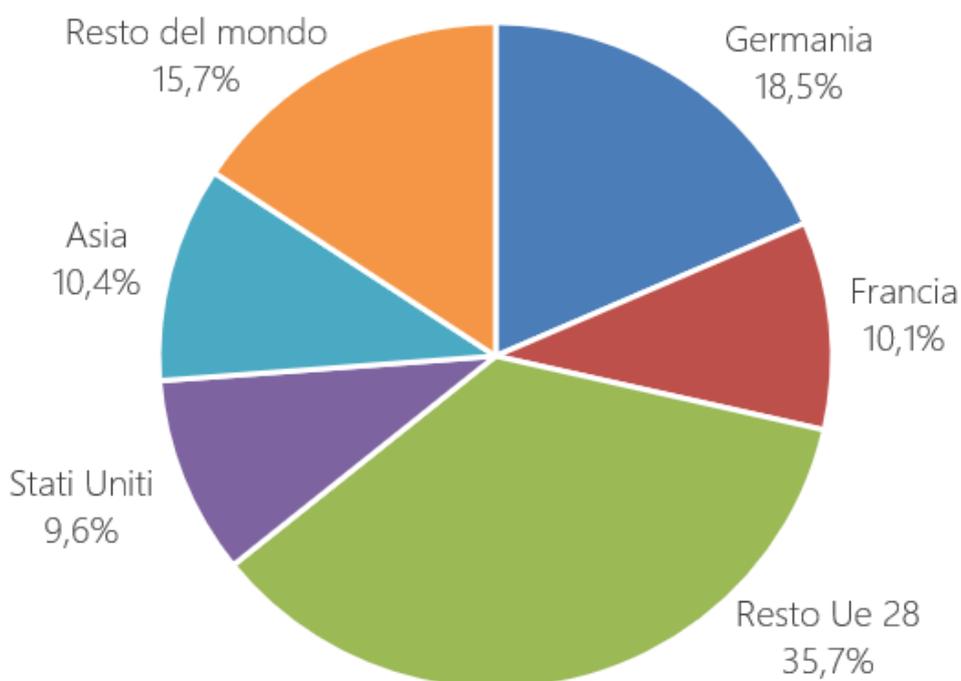
perso in precedenza. Il riacutizzarsi della pandemia dopo l'estate fa presagire il rischio di una ulteriore caduta delle principali componenti della domanda aggregata, con inevitabili ripercussioni sul reddito prodotto".

Una situazione di tale natura, ha inciso sia sulle prospettive economiche delle imprese e sulle loro decisioni, nonché sull'atteggiamento delle famiglie umbre, come mostrano i recenti dati diffusi da Banca d'Italia sulla robusta crescita – superiore a quella del Paese – dei depositi bancari sia dei residenti che delle imprese in Umbria.

Come analizzato dall'AUR, "nell'industria, in un quadro di diffusa flessione delle vendite fa eccezione il settore alimentare. I contraccolpi subiti dal settore delle costruzioni, particolarmente importante per l'Umbria, potrebbero essere alleviati dai recenti incentivi fiscali introdotti per sostenere l'edilizia. I flussi turistici, dopo il crollo della prima parte dell'anno, hanno registrato, almeno per la componente nazionale, una consistente ripresa soprattutto in agosto, in cui si sono superati i numeri dell'anno precedente. Ciò non toglie che il settore, con il suo consistente indotto, continui a rimanere tra quelli in maggiore difficoltà".

La natura dell'attuale crisi presenta effetti importanti anche sulla domanda estera; le stime della Commissione europea stimano una riduzione dell'export tra il 13%, Bankitalia del 15,4%. Tra i settori maggiormente esposti figurano anche i primi 4 settori su cui si concentrano due terzi delle esportazioni dell'Umbria (tessile-abbigliamento, alimentari e bevande, metallurgia, meccanica). Altrettanto significativo il fatto che buona parte dell'ex-port manifatturiero umbro – si veda grafico di elaborazione AUR su dati ISTAT sotto riportato – si rivolga ai paesi UE28.

### COMPOSIZIONE DELL'EXPORT MANIFATTURIERO UMBRO PER PAESI DI DESTINAZIONE (2019)



Fonte: elaborazione Aur su dati Istat.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

In materia di lavoro, in Umbria al pari di quanto avvenuto a livello nazionale si assiste contemporaneamente a un calo dell'occupazione, aumento della disoccupazione e riduzione dei tassi di attività. Nonostante il blocco dei licenziamenti, si assiste nel primo semestre 2020 a una costante riduzione, e soprattutto "si è contratto ancora di più il numero di ore lavorate, considerando il massiccio ricorso alla cassa integrazione. Il contemporaneo calo dei disoccupati è controbilanciato dal forte aumento degli inattivi: molte persone in cerca di un impiego, per la contingenza legata al lockdown non hanno potuto concretamente attivare le azioni di ricerca". Il crollo più importante dell'occupazione si è verificato in corrispondenza del trimestre che ha inglobato il primo mese di lockdown; secondo l'AUR "tale emorragia è l'esito sostanzialmente del mancato rinnovo di contratti a termine, della mancata attivazione di nuovi contratti, della chiusura definitiva di talune attività, che ha significato perdita di posti di lavoro da parte di autonomi e dei loro dipendenti".

Questo a significare che le conseguenze della crisi sull'occupazione in Umbria sono e saranno sicuramente più pesanti che a livello nazionale; per le società di capitali "nel 2021 ci potrebbe essere una perdita di circa 10 mila occupati (pari all'8,3%) a fronte di una stima di perdita a livello nazionale pari al 7,5%. In uno scenario più grave e allargando l'analisi alle società di persone e alle imprese individuali la perdita potrebbe salire fino a 30 mila unità (ovvero l'8,4% del totale degli occupati)".

L'Umbria si è presentata alla sfida con la pandemia Covid-19 in una situazione complessa, per alcune debolezze e problemi anche strutturali che la espongono - più di altre realtà territoriali - alle crisi di carattere congiunturale; tali criticità possono essere in parte affrontate in un orizzonte di medio termine e, in parte, in un orizzonte più lungo sia per la loro natura, sia perché meno facilmente modificabili dalle dirette politiche regionali:

– nel medio termine

- scarsità di investimenti privati in R&S;
- debole collegamento tra sistema della ricerca e sistema produttivo;
- basso livello di digitalizzazione delle imprese;
- assetti produttivi in settori a minore intensità di R&S;
- insufficiente capacità del sistema produttivo di assorbire e impiegare i laureati e sottoutilizzazione degli istruiti;

- nel lungo termine

- decremento demografico e invecchiamento della popolazione;
- bassa produttività;
- insufficiente dotazione infrastrutturale nel sistema della mobilità e dei trasporti;
- basso livello di patrimonializzazione delle imprese, misurato dal rapporto mezzi propri su debiti bancari;
- bassa domanda di figure qualificate;
- livelli di remunerazione del lavoro dipendente mediamente più bassi del dato nazionale.

Per quanto concerne il valore aggiunto e la produzione manifatturiera l'Umbria, ciò che emerge chiaramente è il persistente problema della bassa produttività che presenta un valore pari a 88 posto 100 il dato italiano (elaborazione AUR su dati ISTAT 2017). La forbice risulta molto



## Regione Umbria

Giunta Regionale

accentuata, rispetto alla media nazionale, in riferimento alla manifattura dove il valore umbro scende a 83,4; al contrario nel settore della Moda, l'Umbria presenta una produttività nettamente superiore, pari a 114,6 contro il 100 italiano. Essendo il settore manifatturiero caratterizzato da un'alta concentrazione di micro imprese, legato a posizioni di subfornitura di filiere esterne alla regione, l'Umbria è più esposta al rischio di interruzioni nella "catena di approvvigionamento".

In linea generale, gli ultimi anni mostrano una fatica generalizzata a recuperare l'impatto della crisi finanziaria del 2008 da un lato e, dall'altro, nell'affrontare gli annosi problemi strutturali e infrastrutturali che ne caratterizzano il sistema economico e territoriale.

Questo, pur in presenza di una performance del sistema dell'istruzione e della formazione superiore alla media italiana, e una sostanziale tenuta nel sistema di welfare, con particolare riferimento al sistema dei servizi socio educativi dell'infanzia.

L'analisi della serie storica di contabilità territoriale (maggio 2020) conferma le difficoltà dell'economia regionale, come indicato dall'Agenzia Umbria Ricerche: l'evoluzione reale del Pil si connota in Umbria per tassi negativi praticamente di tripla intensità rispetto al corrispondente dato italiano. Dal 2008 al 2018 la regione ha perso mediamente 1,4 punti percentuali (l'Italia 0,3) e la variazione secca è stata di 12,8 punti (3,3 su base nazionale).

Osservando le variazioni secche nel decennio, si osserva una contrazione del -5,7 per cento della spesa per consumi finali delle famiglie (-1,5 per cento in Italia), da un -0,7 per cento di spesa per consumi finali della Pubblica Amministrazione (molto più contenuta del -4,9 per cento nazionale) e addirittura di una contrazione degli investimenti fissi lordi pari a -42,7 per cento (-19,9 per cento nel Paese). In un quadro di ripresa del Pil nazionale a partire dal 2016, pur con un rallentamento nell'ultimo anno disponibile, nel triennio 2015/2018 il Pil umbro è aumentato in media dello 0,3 per cento annuo (1,3 in Italia), lo stesso incremento che ha registrato la spesa per consumi finali delle famiglie. In termini unitari, il Pil pro-capite reale, dopo la sua discesa a partire dal 2008, dal 2015 riprende faticosamente a risalire, linearmente in Italia, tra alti e bassi in Umbria.

Nel 2018, il Pil per abitante della regione è quantificabile in 25.319 euro correnti, praticamente il 13,4 per cento (quasi 4 mila euro) in meno del dato medio nazionale (29.231).".

Si tratta di **condizioni di estrema vulnerabilità**, tanto che – secondo AUR – "se le potenzialità dei motori di sviluppo economico non vengono opportunamente rafforzate, la perdurante difficoltà a generare reddito rischia di rendere insostenibile il funzionamento dei propulsori di benessere (istruzione e formazione, servizi sociali e sanitari, servizi territoriali e ambientali), mettendo in discussione il tenore e la qualità della vita che caratterizzano la regione".

Su questo contesto s'innestano gli effetti della pandemia Covid-19; una prima valutazione dell'impatto della crisi in atto in Umbria e in Italia è stata elaborata dall'AUR, nel quadro del riferimento generale di un calo del Pil compreso tra la stima del Governo contenuta nella NaDef e quella ipotizzata da Bankitalia nello scenario cosiddetto "avverso" di fine luglio 2020, valutando "per quali caratteristiche e – nei limiti del possibile – in che misura la diversa articolazione settoriale del valore aggiunto regionale rispetto a quella nazionale possa proteggere o al contrario penalizzare la performance dell'Umbria nei confronti dell'andamento nazionale".

Per ciascun settore è stato determinato un range di variazione del corrispondente valore aggiunto associato ai due scenari, cui corrisponde un determinato **Grado di Vulnerabilità da Covid-19 (GVC)**, sulla base dell'entità presunta dell'impatto negativo sul valore aggiunto subito a causa della pandemia.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

L'articolazione settoriale dell'Umbria nelle **classi di vulnerabilità** in termini di contributo al valore aggiunto ricalca sostanzialmente quella italiana, con una incidenza lievemente maggiore nel gruppo a più alta vulnerabilità, che comprende settori che generano l'8,7% del valore aggiunto regionale (l'8,1% in Italia), e in quello a più bassa vulnerabilità, che contribuisce per il 21,8% (contro il 19,8% nazionale).

In sostanza, tra i settori a minore vulnerabilità l'Umbria gode di un vantaggio relativo per una maggiore presenza dell'agricoltura e del comparto pubblico, soprattutto in istruzione e sanità. Un vantaggio che però viene praticamente vanificato sul fronte dei settori più colpiti da una incidenza relativamente maggiore dell'industria della moda.

A giugno 2021, comunque, la Banca d'Italia ha riportato le stime del 2020, quantificando una decrescita umbra allineata a quella nazionale e pari al -9,0 per cento – molto al di sotto del paventato -14 per cento circolato alcuni mesi prima. A conferma del fatto che la recessione sembra avere avuto toni meno cupi del previsto sono sopraggiunti a fine luglio 2021 i dati Svimez che hanno offerto un quadro addirittura migliorativo: il calo del Pil dell'Umbria nel 2020, stimato del -8,5 per cento a fronte del -8,9 per cento nazionale, ha posto la regione al settimo posto nella graduatoria italiana per intensità di recessione (ultime sono le vicine Toscana e Marche, che hanno superato rispettivamente il 10 per cento e l'11 per cento).

Il 2021 appare l'anno della ripartenza con una tendenza positiva già in atto dalla seconda parte del 2020 quando si sono intravisti i primi segnali positivi di ripresa delle attività economiche, sostenuti dalle politiche di contenimento della pandemia. Emblematica in questo senso la dinamica molto sostenuta del turismo nella stagione estiva. Nel corso del 2021 queste tendenze si sono consolidate. Sul fronte sanitario l'inizio del 2021 è stato contrassegnato dall'avvio della campagna vaccinale, che ha dato priorità alla popolazione in condizioni di fragilità ed è stata progressivamente estesa fino alle classi di età più giovani (con almeno 12 anni). Il successo della campagna ha consentito di ridurre fortemente la diffusione del virus e la pressione sugli ospedali, garantendo le condizioni per evitare nuovi blocchi generalizzati delle attività sociali ed economiche. Sul versante economico, le politiche pubbliche di sostegno hanno mitigato il calo occupazionale e l'indebolimento della struttura produttiva. La moratoria straordinaria sui prestiti e il potenziamento dei fondi di garanzia hanno sostenuto la liquidità delle imprese e limitato i fallimenti. L'estensione della cassa integrazione e il blocco dei licenziamenti hanno contribuito a contenere le perdite occupazionali, mentre sussidi e bonus hanno sostenuto il reddito di lavoratori e famiglie. Nel frattempo si è ricostituito lo stock di imprese, è ripartita la domanda di lavoro, ed è prevedibile anche una graduale ripresa dei consumi sospinti dall'aumento del reddito disponibile e dai cospicui accantonamenti di risparmi effettuati dalle famiglie in via precauzionale. La riapertura del commercio mondiale ha determinato una nuova risalita del fatturato esportato e i settori dell'alloggio e della ristorazione hanno conosciuto una affluenza eccezionale. Il quadro lascia presupporre che vi siano tutte le condizioni perché la ripartenza possa ulteriormente consolidarsi, considerando che anche l'Umbria si prepara a beneficiare delle importanti dotazioni finanziarie derivanti sia dall'avvio del nuovo periodo di programmazione europea 2021-2027 sia dalle ricadute territoriali dei progetti previsti dal PNRR. Sul versante sociale, particolare attenzione dovrà essere rivolta al contenimento delle disuguaglianze. Anche se la pandemia ha determinato condizioni per minare la tenuta sociale, va detto tuttavia che non ha sortito effetti deflagranti sulla collettività, in parte per le ampie e reiterate politiche di sostegno messe in atto dal governo, in parte anche per il ruolo stabilizzatore della famiglia, punto di riferimento valoriale e fondamentale collante sociale per l'Umbria. La coesistenza di settori produttivi differenzialmente colpiti dalla crisi e di categorie lavorative diversamente fragili – a seconda della forma contrattuale e qualifica professionale, dei benefici di sostegno al reddito ricevuti dagli interventi governativi, della possibilità o meno di lavorare anche a distanza – ha determinato



## Regione Umbria

Giunta Regionale

un'accentuazione della disomogeneità nella distribuzione dei redditi, come testimonia l'aggravamento della povertà assoluta. La povertà relativa risulta però in calo: le famiglie relativamente povere scendono al 10,2 per cento (erano l'11,6 per cento nel 2019) e gli individui all'8 per cento, il livello di 6 anni prima.

Per il 2021 si stima la ripresa del PIL per l'Italia pari al 6,0 per cento, quale risultato della risalita del clima di fiducia e della ripresa delle attività economiche (nazionale e internazionale) dovute alla diffusione della vaccinazione tra la popolazione.

Secondo lo scenario economico previsionale per l'Umbria, elaborato da Prometeia (ottobre 2021) a seguito della Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2021 (NADEF), la ripresa generalizzata delle economie regionali, che si protrae anche nel triennio successivo, risulta particolarmente sostenuta nei territori che nell'anno della pandemia erano stati più colpiti, analisi confermata dal Bollettino sulle Economie regionali della Banca d'Italia (novembre 2021). In questo contesto, la crescita dell'Umbria nel 2021 si attesterebbe al 6,1 per cento, convergendo sui valori delle regioni più performanti e nel biennio 2021-2022 verrebbe interamente recuperata la caduta del 2020.

La crescita del Pil è dovuta all'effetto moltiplicatore derivante dalla risalita della domanda: per ciò che attiene la spesa per i consumi delle famiglie, il recupero dell'Umbria si prevede più accentuato della media nazionale nell'anno in corso (+4,8 per cento contro il +4,5 per cento) e in crescita nel prossimo (+5,1 per cento contro +5,6 per cento). Nel contempo, risale nel 2021 anche la domanda estera (circa il 14 per cento) per poi attestarsi su livelli più contenuti nel 2022. Una tendenza fortemente positiva è prevista anche per gli investimenti (oltre il 15 per cento nel 2021) che anche negli anni successivi sono chiamati a svolgere un ruolo fondamentale per la ripresa, trainati dal possibile effetto PNRR.

L'occupazione registra un robusto recupero nel biennio (+6,2 per cento nel 2021 e +3,8 per cento nel 2022) con tassi in crescita che si stima continuino anche nel biennio successivo. Pure se il recupero dei livelli pre-pandemici è piuttosto lento, si prevede che lo shock occupazionale sia completamente riassorbito nel 2023. L'operare di adeguati ammortizzatori sociali comunque rende queste dinamiche meno pesanti per il tessuto economico e sociale della Regione e ne attenua gli effetti in termini di perdita di reddito disponibile delle famiglie.

L'espansione prevista per il 2021, superiore alle attese, procede anche nel 2022, sia pure con tassi meno elevati. Le prospettive permangono positive per tutti gli indicatori macroeconomici sia per i progressi ottenuti nella campagna di vaccinazione sia per il progressivo distendersi degli effetti del PNRR, a cui si aggiungono le migliorate condizioni di liquidità di famiglie ed imprese. Per queste ragioni anche l'Umbria continuerà a presentare un andamento economico positivo di crescita. Determinanti saranno le politiche che verranno adottate e che dovranno avere l'obiettivo di sostenere lo sviluppo per evitare il ripresentarsi di un andamento divergente rispetto alle altre Regioni e il riapparire di debolezze strutturali del modello economico umbro.

Sulla base delle elaborazioni prodotte da Prometeia, e che valutano solo parzialmente l'effetto delle politiche al momento programmate, lo scenario al 2024 per l'Umbria appare sostanzialmente allineato con quello dell'Italia e del Centro.

### **1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso**

(Fonte: D.G.R. n. 1974/2009; D.G.R. n. 610/2019 ed estratto D.G.R. n. 134/2021 Libro Bianco Sanità e sociale 2019, Linee Strategiche del nuovo Piano Sanitario Regionale pag. 3 Allegato 1)



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Un importante fenomeno caratterizzante lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione dal dopoguerra in poi è rappresentato dalla transizione demografica che ha condotto l'Italia a divenire uno dei paesi a più elevato invecchiamento al mondo, quasi in assenza di ricambio generazionale.

D'altra parte, la transizione demografica, che può essere considerata un fenomeno epocale per tutte le popolazioni occidentali, è stata contemporaneamente causa ed effetto della profonda trasformazione epidemiologica e quindi della natura e dell'intensità del bisogno di cure, contraddistinta dall'aumento di soggetti anziani affetti da patologie croniche e disabilitanti.

A queste dinamiche di ordine demografico e sociale, si è risposto con la trasformazione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia o ad interventi diagnostico-terapeutici di elevata specializzazione e complessità tecnologica, accompagnata dalla introduzione di sistemi di finanziamento che nel tempo hanno incentivato la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti.

Il processo descritto è stata accompagnato dalla riduzione del numero dei posti letto, spesso ottenuta anche attraverso la chiusura o l'accorpamento dei piccoli ospedali.

Per quanto riguarda l'offerta nei confronti degli effetti della cronicità il programma si basa sul completamento della rete degli ospedali di territorio qualificando l'offerta nel campo della post-acuzie e della riabilitazione.

E' necessario razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie.

Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione pone la necessità di far fronte alla richiesta sempre più insistente di assistenza, soprattutto da parte delle fasce più anziane della popolazione in relazione alle patologie croniche, con consistente impiego di risorse dedicate. E' necessario procedere al reclutamento del paziente cronico in modo uniforme a livello regionale, secondo un approccio proattivo e allo sviluppo di un piano di cura personalizzato tramite un referente clinico per ogni patologia. E' inoltre prevista la prenotazione delle attività e l'accompagnamento nell'intero percorso anche con l'utilizzo del digitale (APP di monitoraggio dei parametri, Televisita, ecc.). Ciò permetterà non solo un vantaggio per il paziente cronico, ma anche per la gestione delle liste di attesa.

Con D.G.R. n. 610/2019 la Regione Umbria ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 ed adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 .

Il Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, in coerenza con il Piano nazionale e con quanto già realizzato dalla Regione, mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema (Specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e il rafforzamento dell'utilizzo dei RAO a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni. L'elenco dei RAO già adottato a livello regionale negli anni



## Regione Umbria

Giunta Regionale

passati viene ampliato con le ulteriori prestazioni contenute nell'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e con le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal medesimo Piano.

### 1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extraregionale)

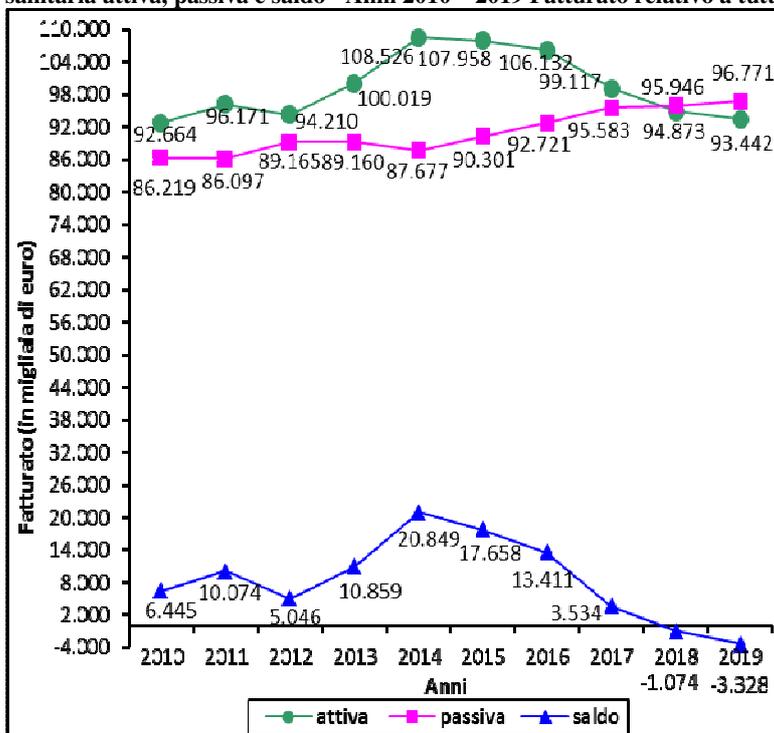
#### Mobilità extraregionale

(Fonte Libro bianco pag. 61-67)

A partire dal 2014 mentre la mobilità attiva extraregionale subisce un decremento quella passiva aumenta; pertanto dal saldo positivo di oltre 20 milioni euro del 2014, nel 2018 si ottiene il primo saldo negativo di oltre 1 milione di euro, l'andamento è confermato anche nel 2019 in cui si registra un saldo negativo di 3,3 milioni di euro.

La figura che segue riporta il trend del fatturato della mobilità sanitaria interregionale attiva, passiva e saldo anni 2010-2019 relativo a tutte le attività (Ricoveri, Medicina di base, Specialistica ambulatoriale, Farmaceutica, Termale, Somministrazione diretta di farmaci, Trasporto con ambulanza ed elisoccorso).

Trend della mobilità sanitaria attiva, passiva e saldo - Anni 2010 – 2019 Fatturato relativo a tutte le tipologie di attività



Fonte: Flussi regionali mobilità Attiva e Passiva – Elaborazione Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

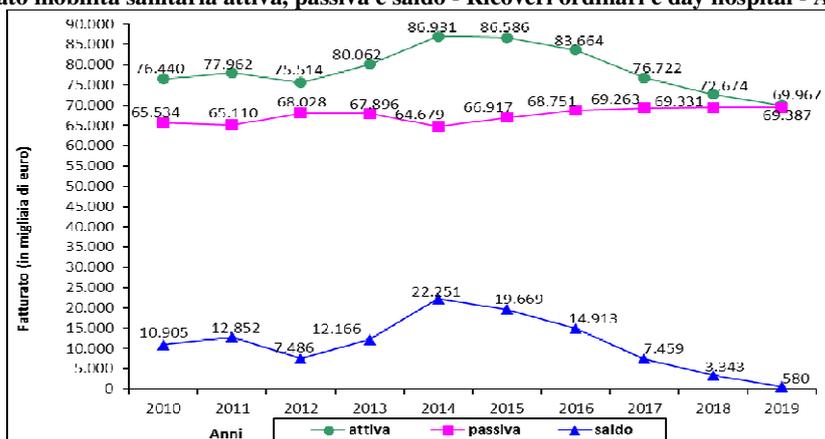


## Regione Umbria

Giunta Regionale

La figura che segue mostra il trend 2013-2019 del fatturato della mobilità sanitaria interregionale attiva, passiva e saldo relativo ai Ricoveri. Anche in questo caso a partire dal 2014 la mobilità attiva decresce mentre quella passiva è in aumento, perciò il saldo positivo diminuisce passando da 22 milioni di euro del 2014 fino a 0,5 milioni del 2019; tuttavia, a differenza della mobilità relativa a tutte le tipologie di attività, in questo caso si mantiene positivo.

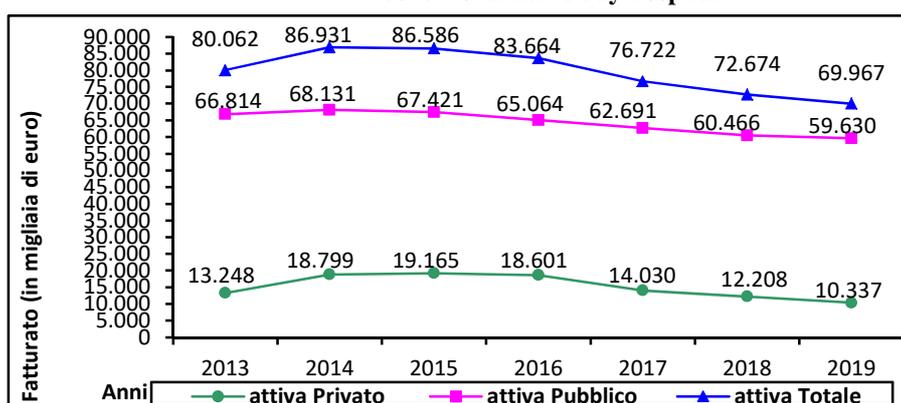
**Trend Fatturato mobilità sanitaria attiva, passiva e saldo - Ricoveri ordinari e day hospital - Anni 2010 - 2019**



Fonte: Flussi regionali mobilità Attiva e Passiva – Elaborazione Servizio “Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario” – Direzione regionale Salute e Welfare

La figura che segue mostra l’andamento del fatturato dei ricoveri di mobilità attiva anni 2013-2019 per le strutture pubbliche e per quelle private: per entrambe risulta decrescere a partire dal 2015. Nel 2019 la mobilità attiva dei ricoveri erogata dal pubblico è pari a 59,6 milioni (85% della mobilità attiva regionale) quella erogata dal privato è pari 10,3 milioni (15% della mobilità attiva regionale).

**Trend Fatturato della mobilità sanitaria attiva – Strutture pubbliche e private - Anni 2013 - 2019**  
**Ricoveri ordinari e day hospital**



Fonte: Flussi regionali mobilità Attiva – Elaborazione Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

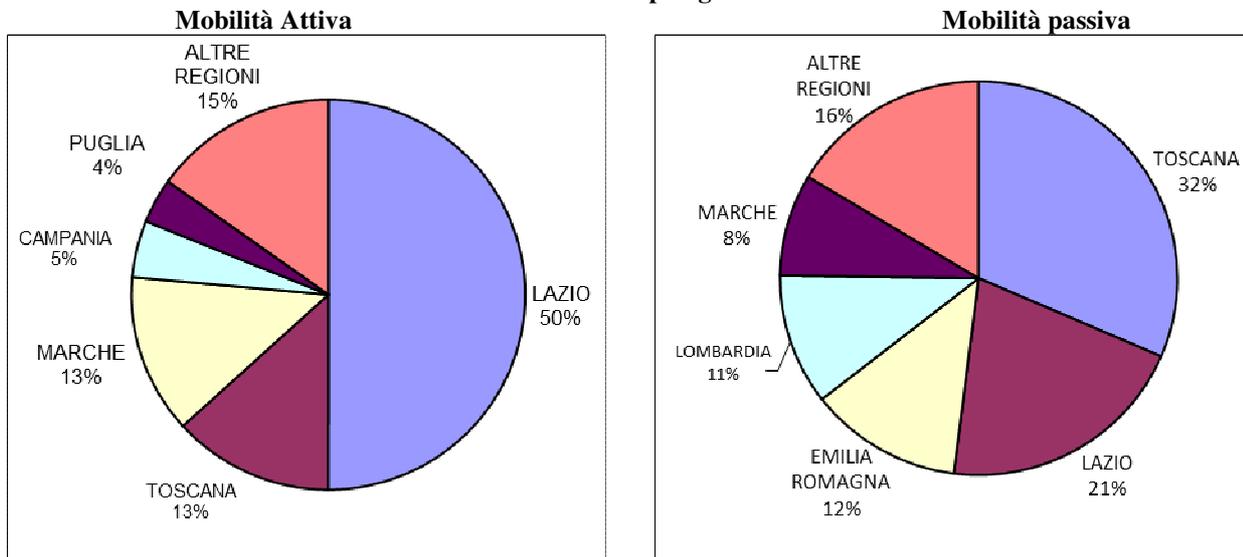


## Regione Umbria

Giunta Regionale

Si riportano infine i grafici che mostrano la provenienza dei pazienti per la mobilità attiva e le regioni più attrattive per la mobilità passiva nell'anno 2019.

### Fatturato relativo a tutte le tipologie di attività – Anno 2019



Fonte: Flussi regionali mobilità Attiva e Passiva – Elaborazione Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

La tabella che segue mostra le principali categorie di ricovero per le quali i pazienti umbri si spostano, per le cure, in altre regioni.

### Mobilità Passiva Umbria – Ricoveri - anni 2017-2019

Categorie di ricovero	N.			Fatturato				% cumu lativa
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	%	
<b>ORTOPEDIA</b>	3.215	3.309	2.988	10.725.948	12.095.912	11.943.448	17	17
<b>SISTEMA CARDIOVASCOLARE CHIRURGICO</b>	940	885	836	8.230.574	7.288.937	7.552.929	11	28
<b>PROTESI ORTOPEDICHE ANCA e GINOCCHIO</b>	868	937	793	7.602.593	8.106.467	6.968.811	10	38
<b>ONCOLOGIA CHIRURGICA</b>	1.113	1.130	1.097	6.873.681	6.953.347	6.901.107	10	48
<b>RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA</b>	1.159	1.199	1.079	5.138.351	5.412.056	5.062.794	7	55
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>	1.050	943	943	5.316.892	4.575.296	4.713.381	7	62
<b>ALTRO</b>	11.083	10.687	10.511	25.374.649	24.898.531	26.244.631	38	100
<b>TOTALE</b>	<b>19.428</b>	<b>19.090</b>	<b>18.247</b>	<b>69.262.688</b>	<b>69.330.546</b>	<b>69.387.100</b>	<b>100</b>	

Fonte: Flussi regionali mobilità Passiva – Elaborazione Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

In merito ai flussi di mobilità extraregionale, nella tabella seguente si riportano i dati di mobilità attiva che mostrano un trend stabile nel triennio. L'indice di attrazione extraregionale si mantiene alto per Orvieto e Terni, e cresce nel 2019 per Gubbio-Gualdo Tadino.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### Flussi di mobilità attiva extraregionale Umbria Anni 2017-2019 - Indici di attrazione 2019

Ospedale	N. Parti Mobilità attiva			N. Parti 2019	Indice di attrazione 2019
	2017	2018	2019		
<b>Città di Castello</b>	99	86	79	524	15,08
<b>Media Valle del Tevere</b>	13	7	11	278	3,96
<b>Spoletto</b>	25	30	18	488	3,69
<b>Orvieto</b>	214	207	183	397	46,10
<b>Foligno</b>	52	75	49	917	5,34
<b>Gubbio – Gualdo Tadino</b>	70	63	179	470	38,09
<b>Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	98	86	101	1.861	5,43
<b>Azienda Ospedaliera di Terni</b>	253	236	225	1.091	20,62
<b>Totale</b>	<b>824</b>	<b>790</b>	<b>845</b>	<b>6.026</b>	<b>14,02</b>

Fonte: SDO – Elaborazione Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario– Direzione regionale Salute e Welfare

### Mobilità intraregionale

Fonte Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario– Direzione regionale Salute e Welfare

Per ciò che riguarda il trend della mobilità ospedaliera intraregionale 2015-2019, si osserva un decremento per le due USL della Regione, rispettivamente dell'8% e del 4%, mentre per le due Aziende Ospedaliere si rileva un incremento fino al 2017. Successivamente i valori diminuiscono riportando l'Azienda Ospedaliera di Perugia al valore iniziale del 2015 mentre per quella di Terni si mantiene un decremento rispetto al 2015, anche se inferiore a quello delle due USL, pari a circa il 2%.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### REGIONE UMBRIA

#### Trend Mobilità intraregionale anni 2015 - 2019

#### Fatturato Flusso A - Ricoveri ordinari e day hospital (Tariffa Regionale)

(importi in euro)

Aziende	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Azienda USL Umbria 1</b>	73.894.639,53	71.798.268,81	72.023.283,58	70.683.227,63	68.330.029,78
<b>Azienda USL Umbria 2</b>	95.465.249,53	95.285.727,33	92.200.357,14	91.321.574,95	92.108.994,10
<b>Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	127.781.401,40	129.865.977,12	130.222.473,52	129.428.076,12	127.993.213,80
<b>Azienda Ospedaliera di Terni</b>	76.513.597,86	76.655.186,40	78.163.168,80	76.994.327,60	75.326.767,20
<b>Case di cura - Az. USL Umbria 1</b>	12.280.059,52	12.915.316,01	16.916.515,36	17.231.798,93	17.969.038,15
<b>Casa di Cura Villa Aurora - Az. USL Umbria 2</b>	1.186.987,00	1.209.766,00	1.644.417,00	1.678.868,00	1.656.956,00
<b>TOTALE</b>	<b>387.121.934,84</b>	<b>387.730.241,67</b>	<b>391.170.215,40</b>	<b>387.337.873,23</b>	<b>383.384.999,03</b>

#### 1a 6 Offerta ante operam

(Fonte Libro bianco pag. 49-61)

Il Servizio Sanitario Umbro ha sempre dovuto affrontare il problema della “ridondanza” della rete ospedaliera. Troppi ospedali, anche di piccole dimensioni, indifferenziati con specializzazioni non sempre coerenti con i bisogni di salute della popolazione.

Con DGR 212/2016 è stato adottato il “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” in attuazione del regolamento recante:



## Regione Umbria

Giunta Regionale

“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015. Di seguito lo stato attuale del livello organizzativo delle strutture pubbliche e la disponibilità complessiva dei posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate relativa all’anno 2019.

### Tipologia di struttura

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Ospedale di Base	Ospedale sede di DEA I livello	Ospedale sede di DEA II livello	Riabilitazione	
USL Umbria n.1	P.O. Alto Tevere	Città di Castello		X			
		Umbertide	X				
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino			X		
		P.O. Unificato	Castiglione del Lago	X			
	Assisi		X				
	Media Valle Tevere		X				
	Passignano						X
USL Umbria n.2	P.O. Foligno	Foligno		X			
	P.O. Spoleto	Spoletto		X			
		Norcia		X			
		Cascia					X
	P.O. Narni/ Amelia	Narni		X			
		Amelia		X			
		Domus Gratiae - Terni					X
	P.O. Orvieto	Orvieto			X		
Azienda Ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia	Ospedale Perugia			X	X	
Azienda Ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	Ospedale Terni			X	X	

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

### Posti Letto Regione Umbria – anno 2019

Aziende	Acuti				Riabilitazione e Lungodegenza			Totale
	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery	Totale	Degenza ordinaria	Day hospital	Totale	
USL Umbria 1	416	26	71	513	161	12	173	686
USL Umbria 2	587	71	60	718	175	14	189	907
Azienda Ospedaliera di Perugia	741	33	21	795	24	1	25	820
Azienda Ospedaliera di Terni	488	22	21	531	31	0	31	562
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PUBBLICHE</b>	<b>2.232</b>	<b>152</b>	<b>173</b>	<b>2.557</b>	<b>391</b>	<b>27</b>	<b>418</b>	<b>2.975</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE</b>	<b>222</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>255</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>286</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Totale	2.454	152	206	2.812	422	27	449	3.261
--------	-------	-----	-----	-------	-----	----	-----	-------

Fonte: Modelli ministeriali HSP 12 NSIS

Si riporta di seguito la dotazione dei posti letto per Acuti delle strutture pubbliche e private accreditate relativa all'anno 2019, suddivisa per tipologia di Stabilimento:

### Posti Letto per ACUTI Regione Umbria – Anno 2019

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	POSTI LETTO ACUTI
USL Umbria n. 1	P.O. Alto Tevere	Città di Castello	175
		Umbertide	35
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino	131
	P.O. Unificato	Castiglione del Lago	47
		Assisi	50
	Media Valle del Tevere	75	
<b>Totale USL Umbria 1</b>			<b>513</b>
USL Umbria n. 2	Serv. Psichiatrico di diagnosi e cura di Terni*	Terni	11
		Foligno	281
	P.O. Foligno	Serv. Psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno*	12
		Spoletto	133
	P.O. Spoleto	Norcia	22
		Narni	79
P.O. Narni/ Amelia	Amelia	33	
	P.O. Orvieto	Orvieto	147
<b>Totale USL Umbria 2</b>			<b>718</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia		Perugia	778
		Serv. Psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia*	17
Azienda Ospedaliera di Terni		Terni	531
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PUBBLICHE</b>			<b>2.557</b>
Case di Cura USL Umbria 1		Casa di cura Villa Fiorita	44
		Casa di cura Porta Sole	71
		Clinica LAMI	50
		Casa di cura Liotti	60
Case di Cura USL Umbria 2		Casa di cura Villa Aurora	30
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE</b>			<b>255</b>
<b>TOTALE OFFERTA POSTI LETTO PER ACUTI</b>			<b>2.812</b>

Fonte: Modelli ministeriali HSP12/HSP13 NSIS

\*L'SPDC di Terni è situato presso l'Azienda Ospedaliera di Terni ma fa parte dell'organizzazione della USL Umbria 2; nella stessa USL c'è un altro SPDC situato nell'Ospedale di Foligno. L'SPDC di Perugia è situato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia ma la gestione è mista con la USL Umbria 1

La Tabella seguente riporta la dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza (codici discipline 28, 56, 75 e 60) delle strutture pubbliche e private accreditate suddivisa per tipologia di Presidio Ospedaliero:



# Regione Umbria

Giunta Regionale

## Posti Letto per RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA Regione Umbria - Anno 2019

AZIENDA SANITARIA	P.O.	STABILIMENTO OSPEDALIERO	28 Unità Spinale	56 Riabilitazione Intensiva	75 Neuroriabilitazione	60 Lungodegenza	Totale
USL Umbria n. 1	P.O. Alto Tevere	Città di Castello	0	0	0	4	4
		Umbertide	0	112	0	2	114
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino	0	0	0	4	4
	P.O. Unificato	Castiglione del Lago	0	0	0	4	4
		Passignano	0	32	0	0	32
		Assisi	0	0	0	2	2
		Media Valle del Tevere	0	12	0	1	13
<b>Totale Usl Umbria 1</b>			<b>0</b>	<b>156</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>173</b>
USL Umbria n. 2	P.O. Foligno	Foligno	0	10	14	6	30
		Trevi	0	32	16	0	48
	P.O. Spoleto	Spoleto	0	10	0	4	14
		Cascia	0	20	0	0	20
	P.O. Narni-Amelia	Domus Gratiae - Terni	0	32	0	0	32
		Amelia	0	17	0	0	17
	P.O. Orvieto	Orvieto	0	16	0	12	28
<b>Totale Usl Umbria 2</b>			<b>0</b>	<b>137</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>189</b>
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>			<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>25</b>
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Terni</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>31</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PUBBLICHE</b>			<b>13</b>	<b>293</b>	<b>37</b>	<b>75</b>	<b>418</b>
Case di Cura USL Umbria 1	Casa di cura Villa Fiorita		0	10	0	0	10
	Casa di cura Porta Sole		0	0	0	0	0
	Clinica LAMI		0	15	0	0	15
	Casa di cura Liotti		0	6	0	0	6
Case di Cura USL Umbria 2	Casa di cura Villa Aurora		0	0	0	0	0
<b>TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE</b>			<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE/ LUNGODEGENZA</b>			<b>13</b>	<b>324</b>	<b>37</b>	<b>75</b>	<b>449</b>

Fonte: Modelli ministeriali HSP12/HSP13 NSIS

La Tabella seguente mostra il trend 2017-2019 della dotazione dei posti letto e dei posti letto x 1000 abitanti delle strutture pubbliche e private accreditate. Vengono inoltre confrontati i Posti letto x 1000 abitanti con gli standard del DM 70/2015: i posti letto per acuti mostrano un valore di poco superiore allo standard mentre quello dei posti letto per Riabilitazione e Lungodegenza è inferiore allo standard.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### Trend 2017-2019 della dotazione dei posti letto e dei posti letto x 1000 abitanti delle strutture pubbliche e private accreditate

Tipo Ricovero	2017		2018		2019		standard DM 70/2015
	Posti Letto	Posti Letto x 1000 abitanti	Posti Letto	Posti Letto x 1000 abitanti	Posti Letto	Posti Letto x 1000 abitanti	Posti Letto x 1000 abitanti
Acuti	2.808	3,16	2.806	3,17	2.812	3,19	3,0
Riabilitazione e Lungodegenza	467	0,53	447	0,51	449	0,51	0,7
<b>Totale</b>	<b>3.275</b>	<b>3,68</b>	<b>3.253</b>	<b>3,68</b>	<b>3.261</b>	<b>3,70</b>	<b>3,7</b>

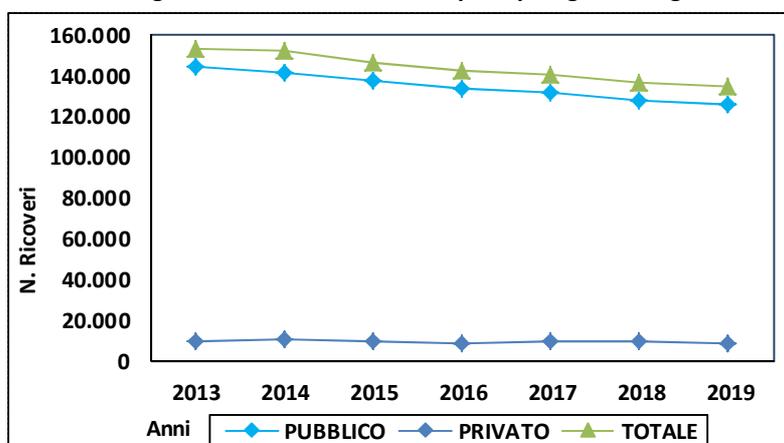
Fonte dati: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

## L'attività

La Figura seguente mostra il trend relativo agli anni 2013-2019 dell'attività di ricovero (Ordinari e DH) effettuata dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

In tale periodo si è avuta una graduale riduzione dell'attività totale pari al 12% (da 153.474 ricoveri nel 2013 a 134.904 ricoveri nel 2019). Tale riduzione è attribuibile fondamentalmente alle strutture pubbliche nelle quali la riduzione nel periodo è del 13% (da 144 561 a 126 092) mentre nelle strutture private si evidenzia un decremento inferiore pari all'1% (da 8.913 a 8.812).

### Ricoveri Ordinari e DH - Attività erogata dalle Strutture Umbre per tipologia di erogatore Anni 2013 – 2019



Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare

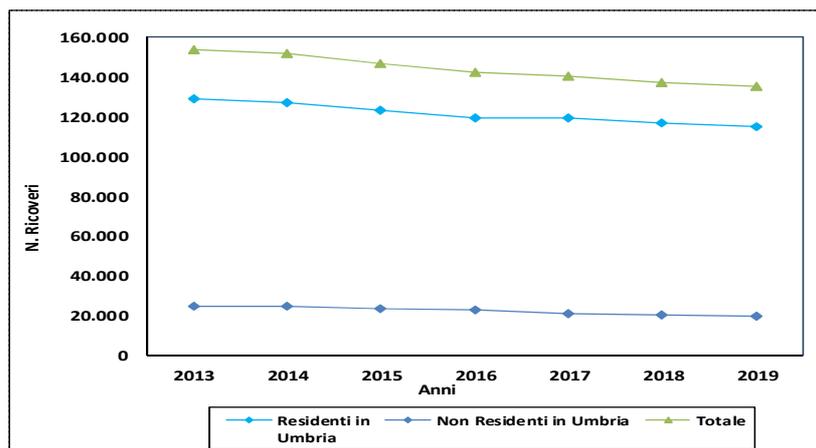


## Regione Umbria

Giunta Regionale

La figura seguente riporta ancora il decremento negli anni dei ricoveri rapportandolo alla attività svolta per i residenti e i non residenti. La contrazione dei ricoveri è maggiore per l'attività erogata ai non residenti, per i quali si osserva una riduzione del 21% (da 24.975 a 19.745 ricoveri), a fronte di una riduzione del 10% dell'attività erogata per i residenti (da 128.499 a 115.159 ricoveri).

**Ricoveri ordinari e DH - Attività Umbria per residenza dell'assistito - N. Ricoveri**  
**Anni 2013 - 2019**



Fonte: Servizio "Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario" – Direzione regionale Salute e Welfare

La tabella che segue riporta il numero dei ricoveri, sia Acuti che di Riabilitazione/Lungodegenza, relativi all'anno 2019, erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate. L'attività delle Case di Cura private rappresenta poco più del 6% dell'attività di ricovero della Regione.



Numero ricoveri Acuti e Riabilitazione/Lungodegenza - Regione Umbria – Anno 2019

Strutture	Acuti			Riabilitazione/Lungodegenza			Totale ricoveri			
	ordinari	DH	Totale	ordinari	DH	Totale	ordinari	DH	Totale	distribuzione percentuale ricoveri
Ospedale di Città di Castello	7.441	1.288	8.729	147	0	147	7.588	1.288	8.876	6,6
Ospedale di Umbertide	1.015	657	1.672	1.388	94	1.482	2.403	751	3.154	2,3
Ospedale di Castiglione del Lago	1.752	340	2.092	31	0	31	1.783	340	2.123	1,6
Ospedale di Assisi	1.313	1.252	2.565	36	0	36	1.349	1.252	2.601	1,9
Ospedale Media Valle del Tevere	3.021	1.183	4.204	242	0	242	3.263	1.183	4.446	3,3
Ospedale di Passignano	0	0	0	328	110	438	328	110	438	0,3
Ospedale di Gubbio - G. Tadino	5.806	1.508	7.314	29	0	29	5.835	1.508	7.343	5,4
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>20.348</b>	<b>6.228</b>	<b>26.576</b>	<b>2.201</b>	<b>204</b>	<b>2.405</b>	<b>22.549</b>	<b>6.432</b>	<b>28.981</b>	<b>21,4</b>
Ospedale di Foligno	11.590	3.341	14.931	88	0	88	11.678	3.341	15.019	11,1
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno	205	129	334	0	0	0	205	129	334	0,2
Ospedale di Trevi	0	0	0	231	158	389	231	158	389	0,3
Ospedale di Spoleto	5.048	1.529	6.577	2	67	69	5.050	1.596	6.646	4,9
Ospedale di Cascia	0	0	0	136	0	136	136	0	136	0,1
Ospedale di Norcia	0	68	68	0	0	0	0	68	68	0,1
Ospedale di Orvieto	5.011	1.156	6.167	737	0	737	5.748	1.156	6.904	5,1
Ospedale di Narni	1.614	830	2.444	0	0	0	1.614	830	2.444	1,8
Ospedale di Amelia	448	41	489	253	0	253	701	41	742	0,6
Domus Gratiae - Terni	0	0	0	200	0	200	200	0	200	0,1
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Terni	287	4	291	0	0	0	287	4	291	0,2
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>24.203</b>	<b>7.098</b>	<b>31.301</b>	<b>1.647</b>	<b>225</b>	<b>1.872</b>	<b>25.850</b>	<b>7.323</b>	<b>33.173</b>	<b>24,5</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	29.678	5.617	35.295	788	0	788	30.466	5.617	36.083	26,8
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia	439	0	439	0	0	0	439	0	439	0,3
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>30.117</b>	<b>5.617</b>	<b>35.734</b>	<b>788</b>	<b>0</b>	<b>788</b>	<b>30.905</b>	<b>5.617</b>	<b>36.522</b>	<b>27,1</b>
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>22.491</b>	<b>4.649</b>	<b>27.140</b>	<b>589</b>	<b>0</b>	<b>589</b>	<b>23.080</b>	<b>4.649</b>	<b>27.729</b>	<b>20,6</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>97.159</b>	<b>23.592</b>	<b>120.751</b>	<b>5.225</b>	<b>429</b>	<b>5.654</b>	<b>102.384</b>	<b>24.021</b>	<b>126.405</b>	<b>93,6</b>
Casa di cura Villa Fiorita	504	327	831	197	0	197	701	327	1.028	0,8
Casa di cura Porta Sole	1.346	681	2.027	2	0	2	1.348	681	2.029	1,5
Clinica LAMI	951	505	1.456	417	0	417	1.368	505	1.873	1,4
Casa di cura Liotti	1.073	1.133	2.206	314	0	314	1.387	1.133	2.520	1,9
Casa di cura Villa Aurora	622	427	1.049	0	0	0	622	427	1.049	0,8
<b>Totale Strutture Private</b>	<b>4.496</b>	<b>3.073</b>	<b>7.569</b>	<b>930</b>	<b>0</b>	<b>930</b>	<b>5.426</b>	<b>3.073</b>	<b>8.499</b>	<b>6,4</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>101.655</b>	<b>26.665</b>	<b>128.320</b>	<b>6.155</b>	<b>429</b>	<b>6.584</b>	<b>107.810</b>	<b>27.094</b>	<b>134.904</b>	<b>100</b>

Fonte: dati: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO Le elaborazioni sono state effettuate considerando la casistica a carico del SSN (onere 1-2-5-6)

La tabella seguente mostra il trend della casistica dei ricoveri per Acuti Ordinari e DH delle strutture pubbliche e private accreditate.



**Numero ricoveri Acuti (Ordinari e DH) - Regione Umbria – Anni 2017-2019**

Ospedali	2017			2018			2019		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale
Ospedale di Città di Castello	7.598	1.156	<b>8.754</b>	7.478	1.121	<b>8.599</b>	7.441	1.288	<b>8.729</b>
Ospedale di Umbertide	1.100	718	<b>1.818</b>	1.076	513	<b>1.589</b>	1.015	657	<b>1.672</b>
Ospedale di Castiglione del Lago	1.835	576	<b>2.411</b>	1.911	463	<b>2.374</b>	1.752	340	<b>2.092</b>
Ospedale di Città della Pieve*	137	14	<b>151</b>	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>
Ospedale di Assisi	1.301	1.116	<b>2.417</b>	1.271	1.175	<b>2.446</b>	1.313	1.252	<b>2.565</b>
Ospedale di Media Valle del Tevere	3.413	1.569	<b>4.982</b>	3.172	1.380	<b>4.552</b>	3.021	1.183	<b>4.204</b>
Ospedale di Gubbio - Gualdo Tadino	5.826	1.240	<b>7.066</b>	5.670	1.449	<b>7.119</b>	5.806	1.508	<b>7.314</b>
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>21.210</b>	<b>6.389</b>	<b>27.599</b>	<b>20.578</b>	<b>6.101</b>	<b>26.679</b>	<b>20.348</b>	<b>6.228</b>	<b>26.576</b>
Ospedale di Foligno	11.973	3.089	<b>15.062</b>	12.539	3.012	<b>15.551</b>	11.590	3.341	<b>14.931</b>
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno	177	153	<b>330</b>	168	146	<b>314</b>	205	129	<b>334</b>
Ospedale di Spoleto	5.466	1.368	<b>6.834</b>	5.130	1.508	<b>6.638</b>	5.048	1.529	<b>6.577</b>
Ospedale di Norcia**	0	34	<b>34</b>	0	72	<b>72</b>	0	68	<b>68</b>
Ospedale di Orvieto	5.209	1.207	<b>6.416</b>	5.125	1.063	<b>6.188</b>	5.011	1.156	<b>6.167</b>
Ospedale di Narni	1.937	929	<b>2.866</b>	1.824	923	<b>2.747</b>	1.614	830	<b>2.444</b>
Ospedale di Amelia	488	62	<b>550</b>	433	60	<b>493</b>	448	41	<b>489</b>
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Terni	258	2	<b>260</b>	277	1	<b>278</b>	287	4	<b>291</b>
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>25.508</b>	<b>6.844</b>	<b>32.352</b>	<b>25.496</b>	<b>6.785</b>	<b>32.281</b>	<b>24.203</b>	<b>7.098</b>	<b>31.301</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	31.799	5.426	<b>37.225</b>	30.453	5.623	<b>36.076</b>	29.678	5.617	<b>35.295</b>
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia	438	0	<b>438</b>	451	0	<b>451</b>	439	0	<b>439</b>
<b>Totale Azienda Ospedaliera Perugia</b>	<b>32.237</b>	<b>5.426</b>	<b>37.663</b>	<b>30.904</b>	<b>5.623</b>	<b>36.527</b>	<b>30.117</b>	<b>5.617</b>	<b>35.734</b>
<b>Totale Azienda Ospedaliera Terni</b>	<b>24.105</b>	<b>4.148</b>	<b>28.253</b>	<b>22.780</b>	<b>4.102</b>	<b>26.882</b>	<b>22.491</b>	<b>4.649</b>	<b>27.140</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>103.060</b>	<b>22.807</b>	<b>125.867</b>	<b>99.758</b>	<b>22.611</b>	<b>122.369</b>	<b>97.159</b>	<b>23.592</b>	<b>120.751</b>
<b>Totale Case di cura private</b>	<b>5.950</b>	<b>1.900</b>	<b>7.850</b>	<b>5.519</b>	<b>2.233</b>	<b>7.752</b>	<b>4.496</b>	<b>3.073</b>	<b>7.569</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>109.010</b>	<b>24.707</b>	<b>133.717</b>	<b>105.277</b>	<b>24.844</b>	<b>130.121</b>	<b>101.655</b>	<b>26.665</b>	<b>128.320</b>

Fonte: Servizio "Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario" – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

\*l'ospedale di Città della Pieve è stato chiuso a febbraio 2017

\*\*una parte dell'Ospedale di Norcia è stata chiusa nel 2016 a causa del sisma

La Tabella seguente riporta gli indicatori riferiti all'attività dei ricoveri Acuti in degenza ordinaria nell'anno 2019. Si evidenzia che nelle strutture pubbliche il tasso di utilizzo e la degenza media hanno valori soddisfacenti, nelle strutture private il tasso di utilizzo è basso così come la degenza media: la degenza media di 3-4 giorni è presumibilmente dovuta ad una casistica chirurgica risolvibile con degenze brevi.



## Indicatori attività di Ricovero Acuti degenza ordinaria delle strutture pubbliche e private – Anno 2019

Denominazione	Degenza Media	Posti Letto annuali medi	Tasso di utilizzo %	Intervallo di turn-over	Indice di rotazione	Indice di Case mix*
Ospedale di Città di Castello	6,0	144,6	78,7	1,6	47,9	0,87
Ospedale di Umbertide	7,4	22,4	91,5	0,7	45,3	0,85
Ospedale di Castiglione del Lago	7,0	35,1	95,6	0,3	49,9	0,81
Ospedale di Assisi	6,7	36,9	65,6	3,5	35,6	0,89
Ospedale di Media Valle del Tevere	5,8	58,1	74,8	1,9	47,2	0,80
Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino	6,2	109,7	83,1	1,3	48,9	0,89
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>6,1</b>	<b>406,8</b>	<b>82,9</b>	<b>1,2</b>	<b>50,0</b>	<b>0,86</b>
Ospedale di Foligno	7,2	237,9	89,5	0,8	45,5	0,94
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno	16,5	9,7	95,8	0,7	21,1	0,64
Ospedale di Spoleto	5,1	72,2	87,6	0,7	63,1	0,92
Ospedale di Orvieto	6,3	113,1	70,5	2,6	40,8	0,97
Ospedale di Narni	6,0	28,7	92,8	0,5	56,2	0,84
Ospedale di Amelia	10,7	13,9	94,4	0,6	32,2	0,85
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Terni	10,0	10,0	78,9	2,7	28,7	0,56
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>6,4</b>	<b>485,5</b>	<b>87,7</b>	<b>0,9</b>	<b>49,9</b>	<b>0,93</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	7,8	692,2	87,9	1,1	41,3	1,17
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia	13,2	17,0	93,4	0,9	25,8	0,59
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>7,7</b>	<b>709,2</b>	<b>89,0</b>	<b>0,9</b>	<b>42,5</b>	<b>1,16</b>
Azienda Ospedaliera di Terni	7,2	454,6	92,7	0,6	47,3	1,03
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>7,0</b>	<b>454,6</b>	<b>94,2</b>	<b>0,4</b>	<b>49,5</b>	<b>1,03</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>6,8</b>	<b>2.056,0</b>	<b>88,6</b>	<b>0,9</b>	<b>47,3</b>	<b>1,01</b>
Casa di cura Villa Fiorita	3,0	40,0	10,4	26,0	12,6	1,09
Casa di cura Porta Sole	4,0	65,0	22,4	13,7	20,7	1,16
Clinica LAMI	4,8	45,0	27,9	12,4	21,1	1,31
Casa di cura Liotti	3,2	54,0	17,4	15,2	19,9	1,12
<b>Totale Privati USL Umbria 1</b>	<b>3,8</b>	<b>204,0</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>19,0</b>	<b>1,18</b>
Casa di cura Villa Aurora	1,9	18,0	17,6	8,7	34,6	0,93
<b>Totale Privati USL Umbria 2</b>	<b>1,9</b>	<b>18,0</b>	<b>17,6</b>	<b>8,7</b>	<b>34,6</b>	<b>0,93</b>
<b>Totale Strutture Private</b>	<b>3,6</b>	<b>222,0</b>	<b>19,8</b>	<b>14,5</b>	<b>20,3</b>	<b>1,14</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>6,7</b>	<b>2.278,1</b>	<b>81,9</b>	<b>1,5</b>	<b>44,6</b>	<b>1,02</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

\* per il calcolo di tale indicatore è stato utilizzato come riferimento il Peso medio DRG nazionale 2017 (1.19)



## Regione Umbria

Giunta Regionale

La Tabella che segue riporta gli **indicatori** per l'attività dei **ricoveri Acuti DH** nell'anno 2019. Il Tasso di utilizzo presenta una marcata variabilità: i valori bassi risentono dei giorni effettivi di apertura del servizio (ad esempio nel caso in cui sia prevista la chiusura nel fine settimana).

### Indicatori attività di Ricovero Acuti DH delle strutture delle strutture pubbliche e private – Anno 2019

Denominazione	D.H. di un giorno	D.H. a ciclo	D.H. totali	Accessi totali	Tasso di utilizzo %
Ospedale di Città di Castello	1.280	8	1.288	1.379	35,0
Ospedale di Umbertide	657	0	657	657	36,7
Ospedale di Castiglione del Lago	339	1	340	341	18,3
Ospedale di Assisi	1.245	7	1.252	1.261	46,7
Ospedale Media Valle del Tevere	1.096	87	1.183	1.320	39,3
Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino	1.504	4	1.508	1.565	32,5
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>6.121</b>	<b>107</b>	<b>6.228</b>	<b>6.523</b>	<b>35,3</b>
Ospedale di Foligno	2.378	963	3.341	14.167	143,2
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno	11	118	129	783	214,5
Ospedale di Spoleto	1.144	385	1.529	6.370	153,1
Ospedale di Norcia	7	61	68	482	132,1
Ospedale di Orvieto	756	400	1.156	5.943	47,5
Ospedale di Narni	665	165	830	2.788	57,9
Ospedale di Amelia	18	23	41	311	11,8
Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Terni	1	3	4	10	2,7
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>4.980</b>	<b>2.118</b>	<b>7.098</b>	<b>30.854</b>	<b>87,9</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>5.004</b>	<b>613</b>	<b>5.617</b>	<b>10.659</b>	<b>59,2</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>3.595</b>	<b>1.054</b>	<b>4.649</b>	<b>12.287</b>	<b>87,7</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>19.700</b>	<b>3.892</b>	<b>23.592</b>	<b>60.323</b>	<b>70,5</b>
Casa di cura Villa Fiorita	327	0	327	327	22,4
Casa di cura Porta Sole	681	0	681	681	31,1
Clinica LAMI	505	0	505	505	27,7
Casa di cura Liotti	1.133	0	1.133	1.133	51,7
<b>Totale Privati USL Umbria 1</b>	<b>2.646</b>	<b>0</b>	<b>2.646</b>	<b>2.646</b>	<b>34,5</b>
Casa di cura Villa Aurora	427	0	427	427	9,7
<b>Totale Privati USL Umbria 2</b>	<b>427</b>	<b>0</b>	<b>427</b>	<b>427</b>	<b>9,7</b>
<b>Totale Strutture Private</b>	<b>3.073</b>	<b>0</b>	<b>3.073</b>	<b>3.073</b>	<b>25,5</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>22.773</b>	<b>3.892</b>	<b>26.665</b>	<b>63.396</b>	<b>64,9</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario– Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

La Tabella seguente riporta il tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per Azienda USL relativamente ai dati dell'anno 2019.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Tasso di Ospedalizzazione standardizzato per Aziende USL - Regione Umbria – Anno 2019\*

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZIONE AL 1.1.2019 ISTAT	RESIDENTI DIMESSI 2019	TASSO DI OSPED. GREZZO 2019	TASSO DI OSPED. STANDARDIZZATO 2019
USL Umbria n. 1	501.186	70.403	140,5	127,7
USL Umbria n. 2	380.829	58.368	153,3	133,5
<b>Totale</b>	<b>882.015</b>	<b>128.771</b>	<b>146,0</b>	<b>130,2</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

\*L'elaborazione è stata effettuata con i dati dei dimessi anno 2019, integrato con la mobilità passiva del 2019. Sono stati esclusi i neonati sani DRG 391 ed i soggetti non a carico del SSN. Per il calcolo del tasso grezzo è stata utilizzata la popolazione ISTAT 1.1.2019. Per il tasso di ospedalizzazione standardizzato è stata utilizzata la popolazione italiana del censimento 2011.

Nella Tabella seguente è riportata la **casistica riabilitativa** complessiva (ordinari e day hospital) la quale evidenzia un progressivo aumento, dal 2017 al 2019, nonostante la chiusura dell'Ospedale di Cascia per motivi legati al sisma (ottobre 2016).

Numero ricoveri di Riabilitazione (Ordinari e DH) - Regione Umbria – Anni 2017-2019

Strutture	Riabilitazione								
	2017			2018			2019		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale
Ospedale di Umbertide	1.433	118	1.551	1.445	111	1.556	1.382	94	1.476
Ospedale di Passignano	334	141	475	320	111	431	328	110	438
Ospedale Media Valle del Tevere	243	-	243	251	-	251	242	-	242
<b>USL Umbria 1</b>	<b>2.010</b>	<b>259</b>	<b>2.269</b>	<b>2.016</b>	<b>222</b>	<b>2.238</b>	<b>1.952</b>	<b>204</b>	<b>2.156</b>
Ospedale di Foligno	94	-	94	78	-	78	88	-	88
Ospedale di Spoleto	10	78	88	6	76	82	2	67	69
Ospedale di Cascia	0	-	0	11	-	11	136	-	136
Ospedale di Orvieto	253	-	253	237	-	237	234	-	234
Ospedale di Amelia	224	-	224	234	-	234	253	-	253
Riabilitazione Terni	181	-	181	187	-	187	200	-	200
Ospedale di Trevi	231	137	368	229	133	362	231	158	389
<b>USL Umbria 2</b>	<b>993</b>	<b>215</b>	<b>1.208</b>	<b>982</b>	<b>209</b>	<b>1.191</b>	<b>1.144</b>	<b>225</b>	<b>1.369</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>2</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>84</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>38</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>3.127</b>	<b>475</b>	<b>3.602</b>	<b>3.136</b>	<b>433</b>	<b>3.569</b>	<b>3.218</b>	<b>429</b>	<b>3.647</b>
Casa di cura Villa Fiorita	163	-	163	212	-	212	197	-	197
Casa di cura Porta Sole	0	-	0	0	-	0	2	-	2
Clinica LAMI	437	-	437	421	-	421	417	-	417
Casa di cura Liotti	220	-	220	287	-	287	314	-	314
<b>Totale Strutture Private</b>	<b>820</b>	<b>0</b>	<b>820</b>	<b>920</b>	<b>0</b>	<b>920</b>	<b>930</b>	<b>0</b>	<b>930</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>3.947</b>	<b>475</b>	<b>4.422</b>	<b>4.056</b>	<b>433</b>	<b>4.489</b>	<b>4.148</b>	<b>429</b>	<b>4.577</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO



## Numero ricoveri di Lungodegenza - Regione Umbria – Anni 2017-2019

Strutture	Lungodegenza - Ordinari		
	2017	2018	2019
Ospedale di Città di Castello	158	119	147
Ospedale di Umbertide	17	18	6
Ospedale di Gubbio – Gualdo Tadino	25	27	29
Ospedale di Castiglione del Lago	4	28	31
Ospedale di Città della Pieve	16	0	-
Ospedale di Assisi	41	32	36
<b>USL Umbria 1</b>	<b>261</b>	<b>224</b>	<b>249</b>
Ospedale di Orvieto	459	494	503
<b>USL Umbria 2</b>	<b>459</b>	<b>494</b>	<b>503</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>660</b>	<b>659</b>	<b>704</b>
<b>Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>584</b>	<b>546</b>	<b>551</b>
<b>Totale Strutture Pubbliche</b>	<b>1.964</b>	<b>1.923</b>	<b>2.007</b>
Casa di cura Santo Stefano*	3	3	-
<b>Totale Strutture Private</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>1.967</b>	<b>1.926</b>	<b>2.007</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario– Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

\*struttura con Posti Letto per Stati Vegetativi – chiusa nel 2019

Nelle Tabelle seguenti sono riportati i principali indicatori delle strutture di Riabilitazione, rispettivamente per i ricoveri Ordinari e per quelli in DH. Nel caso dei ricoveri ordinari gli indicatori mostrano un ottimale tasso di utilizzo ed una buona degenza media.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### Indicatori strutture di riabilitazione (discipline 28, 56, 75) - Ricoveri Ordinari strutture pubbliche e private Regione Umbria – Anno 2019

Struttura	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Intervallo di turn-over	Indice di rotazione
Riabilitazione Motoria - Umbertide	26,9	93,9	1,7	12,8
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	26,7	95,3	1,3	13,0
Ospedale Media Valle del Tevere	14,0	93,5	1,0	24,4
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>25,2</b>	<b>94,1</b>	<b>1,6</b>	<b>13,6</b>
Neuroriabilitazione - Foligno	48,0	82,7	10,0	6,3
Riabilitazione Recupero Funzionale - Trevi	47,4	94,0	3,0	7,2
Ospedale di Spoleto	11,5	6,3	171,0	2,0
Riabilitazione Neuromotoria - Cascia	35,2	65,5	18,5	6,8
Recupero e Riabilitazione funzionale - Orvieto	16,5	74,2	5,7	16,4
Recupero e Riabilitazione funzionale - Amelia	18,0	86,5	2,8	17,6
Riabilitazione - Domus Gratiae - Terni	30,2	99,6	0,1	12,0
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>30,1</b>	<b>84,1</b>	<b>5,7</b>	<b>10,2</b>
Unità Spinale - Perugia	51,2	98,2	0,9	7,0
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>51,2</b>	<b>98,2</b>	<b>0,9</b>	<b>7,0</b>
Azienda Ospedaliera di Terni	45,6	81,1	10,6	6,5
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>45,6</b>	<b>81,1</b>	<b>10,6</b>	<b>6,5</b>
<b>Totale Umbria Pubblico</b>	<b>27,9</b>	<b>89,9</b>	<b>3,1</b>	<b>11,8</b>
Casa di cura Villa Fiorita	12,5	67,3	6,1	19,6
Clinica Lami	11,6	88,7	1,5	27,8
Casa di cura Liotti	13,6	190,6	-6,4	51,3
<b>Totale Umbria Privati</b>	<b>12,5</b>	<b>101,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>29,7</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare -Flusso SDO

### Casistica e indicatori strutture di Riabilitazione (Cod. 28, 56, 75) Ricoveri DH strutture pubbliche - Umbria – Anno 2019

Denominazione	D.H. di un giorno	D.H. a ciclo	D.H. totali	Accessi totali	Tasso di utilizzo %
Riabilitazione Motoria - Umbertide	1	93	94	2.136	94,4
Centro Osp. Riabilitaz. Intensiva Passignano	0	110	110	2.269	310,8
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>1</b>	<b>203</b>	<b>204</b>	<b>4.405</b>	<b>147,2</b>
Riabilitazione Recupero Funzionale - Trevi	11	147	158	1.892	94,2
Ospedale di Spoleto	1	66	67	1.346	97,0
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>12</b>	<b>213</b>	<b>225</b>	<b>3.238</b>	<b>95,4</b>
Unità Spinale - Perugia			0		
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Totale Umbria</b>	<b>13</b>	<b>416</b>	<b>429</b>	<b>7.643</b>	<b>119,7</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO



Di seguito si riportano i principali indicatori delle strutture di Lungodegenza.

**Casistica e indicatori strutture di Lungodegenza (Cod. 60) –  
Ricoveri strutture pubbliche – Umbria – Anno 2019**

Denominazione	N. Posti letto 2019	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza Media	Posti Letto annuali medi	Tasso di utilizzo %	Intervallo di turn-over	Indice di rotazione
Ospedale di Città di Castello	4	147	1.968	13,4	6,0	89,9	1,5	24,5
Ospedale di Umbertide	2	6	103	17,2	0,9	31,4	37,6	6,7
Ospedale di Castiglione del Lago	4	31	637	20,5	4,0	43,6	26,5	7,8
Ospedale di Assisi	2	36	474	13,2	2,0	64,9	7,1	18,0
Ospedale Media Valle del Tevere	1	0	0		1,0	0,0		0,0
Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino	4	29	252	8,7	1,8	38,4	14,0	16,1
<b>Totale USL Umbria 1</b>	<b>17</b>	<b>249</b>	<b>3.434</b>	<b>13,8</b>	<b>15,7</b>	<b>59,9</b>	<b>9,2</b>	<b>15,9</b>
Ospedale di Foligno	6	0	0		0,0			
Ospedale di Spoleto	4				0,0			
Ospedale di Orvieto	12	504	6.609	13,1	12,0	150,9	-4,4	42,0
<b>Totale USL Umbria 2</b>	<b>22</b>	<b>504</b>	<b>6.609</b>	<b>13,1</b>	<b>12,0</b>	<b>150,9</b>	<b>-4,4</b>	<b>42,0</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	12	705	4.476	6,3	15,3	80,2	1,6	46,1
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Perugia</b>	<b>12</b>	<b>705</b>	<b>4.476</b>	<b>6,3</b>	<b>15,3</b>	<b>80,2</b>	<b>1,6</b>	<b>46,1</b>
Azienda Ospedaliera Terni	24	552	8.305	15,0	26,0	87,5	2,1	21,2
<b>Totale Azienda Ospedaliera di Terni</b>	<b>24</b>	<b>552</b>	<b>8.305</b>	<b>15,0</b>	<b>26,0</b>	<b>87,5</b>	<b>2,1</b>	<b>21,2</b>
<b>Totale Umbria</b>	<b>75</b>	<b>2.010</b>	<b>22.824</b>	<b>11,4</b>	<b>69,0</b>	<b>90,6</b>	<b>1,2</b>	<b>29,1</b>

Fonte: Servizio Gestione flussi del sistema informativo sanitario e sociale, mobilità sanitaria, sistema tariffario – Direzione regionale Salute e Welfare - Flusso SDO

Per quanto riguarda, invece, la situazione relativa alle attrezzature tecnologiche, si specifica, di seguito, il numero di quelle più rilevanti (Fonte Modelli Ministeriali HSP.14):

- n. 24 T.A.C.;
- n. 14 R.M.N.;
- n. 9 Acceleratori lineari;
- n. 5 Gamma camera;

**1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale**

(Fonte Libro bianco pag. 24-43)

L'assistenza territoriale comprende le seguenti attività assistenziali:

- assistenza primaria ad opera dei **Medici di Medicina Generale (MMG)**, dei **Pediatri di Libera Scelta (PLS)** e dei **Medici di Continuità Assistenziale (CA)**
- assistenza farmaceutica
- assistenza protesica



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza termale
- cure domiciliari
- cure intermedie
- attività e servizi per la tutela della salute nell'infanzia e in età evolutiva
- attività e servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali rivolti alle persone con disabilità fisica, alle persone anziane non autosufficienti, alle persone con disabilità psichica, alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, a pazienti nella fase terminale e cure palliative (assistenza domiciliare/hospice), alle persone con infezione da HIV.

L'assistenza sanitaria territoriale è garantita dai **Distretti socio sanitari delle Aziende USL**.

Articolazione Distretti, Centri di Salute, Punti Erogazione Servizi e Punti Unici di Accesso

AZIENDA USL	DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE SERVIZI (PES)	PUNTI UNICI DI ACCESSO
USL UMBRIA 1	Distretto del Perugino	5	10	1
	Distretto dell'Assisano	1	6	1
	Distretto della MVT	2	8	1
	Distretto del Trasimeno	2	6	1
	Distretto dell'Alto Tevere	2	8	1
	Distretto dell'Alto Chiascio	2	6	1
	<b>TOTALE (6 Distretti)</b>	<b>14</b>	<b>44</b>	<b>6</b>
USL UMBRIA 2	Distretto Terni	3	9	1
	Distretto Foligno	4	13	1
	Distretto Narni Amelia	2	7	1
	Distretto Spoleto	2	8	1
	Distretto Orvieto	2	5	1
	Distretto Valnerina	2	9	1
	<b>TOTALE (6 Distretti)</b>	<b>15</b>	<b>51</b>	<b>6</b>
<b>UMBRIA</b>		<b>29</b>	<b>95</b>	<b>12</b>

Fonte: Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Assistenza territoriale, Integrazione socio-sanitaria. Valutazione di qualità e progetti europei – Direzione Salute e Welfare

I **Centri di Salute** rappresentano il punto di contatto del cittadino con il Servizio Sanitario Regionale, al quale può rivolgersi per formulare le domande ed evidenziare i bisogni di prestazioni sia sanitarie che sociali afferenti al sistema primario delle cure. I **Punti di Erogazione Servizi (PES)** sono strutture ambulatoriali dove vengono erogate attività prestazionali di base (medicazioni, prelievi, ecc...). Per garantire l'omogeneità di erogazione dei servizi, tutte le richieste pervenute ai



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Centri di Salute vengono trasmesse e gestite in un'unica postazione, chiamata **Punto Unico di Accesso (PUA)**.

Sul territorio sono presenti anche tre **Case della Salute**, due nell'Azienda USL Umbria 1, a Marsciano e Città della Pieve, e una nell'Azienda USL Umbria 2, a Trevi, con sviluppo e organizzazione eterogenei. La Casa della Salute in Umbria rappresenta un'evoluzione dei Centri di Salute. Si tratta di una struttura polivalente e funzionale, finalizzata a garantire tutte le attività di base e le aree di integrazione con le attività ospedaliere, grazie alla compresenza di diverse professionalità, sia tecnico-amministrative sia infermieristiche, sia della riabilitazione e dell'intervento sociale, sia della medicina di base e della specialistica ambulatoriale.

Le **cure primarie** sono assicurate prevalentemente dalla medicina di base e pediatria di libera scelta in forma ambulatoriale e domiciliare, la continuità assistenziale notturna e festiva, la guardia medica turistica.

I **Medici di Medicina Generale** titolari di rapporto convenzionale nel 2019 sono 726 (412 nella USL Umbria 1, 314 nella USL Umbria 2). In Umbria sono presenti da anni le varie forme di associazionismo medico previsto dall'art.54 dell'ACN dei medici di medicina generale del 23/03/2005, integrato con l'ACN 29/07/2009. Nel 2017 sono state costituite le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** previste dall'art.26 bis del medesimo accordo. La AFT può ricomprendere al suo interno, oltre ai singoli medici, le forme associative sopra citate. I medici in associazione di gruppo erogano assistenza al 72% degli assistiti nell'Azienda USL Umbria 1 e al 65,5% degli assistiti nell'Azienda USL Umbria 2.

La tabella che segue riporta il numero delle AFT per ciascun Distretto.

Numero delle AFT dei Medici di Medicina Generale

AZIENDA		n. AFT
USL UMBRIA 1	Distretto del Perugino	7
	Distretto dell'Assisano	2
	Distretto della MVT	3
	Distretto del Trasimeno	3
	Distretto dell'Alto Tevere	3
	Distretto dell'Alto Chiascio	2
	<b>USL UMBRIA 1</b>	<b>20</b>
USL UMBRIA 2	Distretto di Terni	5
	Distretto di Foligno	4
	Distretto di Narni-Amelia	2
	Distretto di Spoleto	2
	Distretto di Orvieto	2
	Distretto della Valnerina	1
<b>USL UMBRIA 2</b>	<b>16</b>	
<b>UMBRIA</b>		<b>36</b>

Fonte: Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR – Direzione Salute e Welfare

I Medici **Pediatrati di Libera Scelta (PLS)** titolari di rapporto convenzionale nel 2019 sono 113 (65 nella USL Umbria 1; 45 nella USL Umbria 2). Come per i Medici di Medicina Generale anche per i Pediatrati di Libera Scelta, è stato adottato un modello organizzativo basato sull'associazionismo



## Regione Umbria

Giunta Regionale

medico che va ad integrarsi nelle equipe territoriali di PLS, tramite i nuclei territoriali. L'equipe territoriale presenta una dimensione di base essenziale, che di norma coincide con quella del Centro di Salute. Essa è costituita da uno o più nuclei di medici pediatri, al singolo nucleo territoriale di PLS fanno capo, di norma, 4.000 abitanti in età 0-14 anni in carico a pediatri operanti nello stesso ambito territoriale e da uno o più nuclei di medici di continuità assistenziale. La scelta di tale organizzazione è motivata dalla difficile conformazione oro-geografica del territorio, in special modo nelle zone della Fascia Appenninica e della Valnerina, con popolazione sparsa, nonché dal numero non elevato di medici pediatri. I medici pediatri in associazione di gruppo erogano assistenza al 62,53% degli assistiti nell'Azienda USL Umbria 1 e al 54,42% degli assistiti nell'Azienda USL Umbria 2.

Anche l'ACN 29/07/2009 per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta prevede, all'art.26 bis, l'individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP).

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta è attivo il servizio di **Continuità Assistenziale (CA)** che integra l'attività nelle ore notturne, prefestive e festive per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (dal lunedì al venerdì notturno dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e il sabato, prefestivi e festivi dalle ore 08:00 alle ore 20:00). 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. La Tabella 3 riporta l'attuale organizzazione della medicina di continuità assistenziale nelle due Aziende USL:

Numero delle Continuità Assistenziali

	AUSL Umbria 1	AUSL Umbria 2	Regione
<b>N. Punti servizio C.A.</b>	18	27	<b>45</b>
<b>N. medici titolari C.A</b>	105	122	<b>227</b>
<b>N. medio sostituti annuo</b>	30	46	<b>76</b>

Fonte: Servizio Amministrativo e Risorse umane del SSR – Direzione Salute e Welfare

I medici di continuità assistenziale, oltre a svolgere la funzione propria del servizio, sono parte integrante delle AFT. Per questi medici è previsto l'incremento orario settimanale dalle 24 ore alle 38 ore settimanali.

La tabella che segue riporta lo schema sintetico dei tipi di assistenza erogati dal Distretto e il relativo tipo di struttura che la eroga.



# Regione Umbria

Giunta Regionale

Tipo Struttura		Tipo Assistenza													Totali
		Attività clinica	Attività Diagnostica	Attività Laboratorio	Attività Consultorio	Assistenza Psichiatrica	Assistenza tossicodipendenza	Assistenza HIV	Assistenza Termale	Assistenza Anziani	Assistenza Disabili Fisici	Assistenza Disabili Psicici	Assistenza Malati Terminali	Ex Art. 26	
AUSL Umbria 1	Ambulatorio Laboratorio	63	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103
	Struttura Residenziale	0	0	0	0	31	4	1	0	0	2	5	1	5	49
	Residenze Protette	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	21
	RSA	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
	Struttura Semi Residenziale	0	0	0	0	13	2	0	0	11	9	10	0	1	46
	Altro tipo di Struttura	2	2	0	23	21	9	0	1	0	0	0	1	0	59
Totale AUSL 1		65	22	20	23	65	15	1	1	38	11	15	2	6	284
AUSL Umbria 2	Ambulatorio Laboratorio	82	16	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	105
	Struttura Residenziale	0	0	0	0	28	28	0	0	0	8	6	2	0	72
	Residenze Protette	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	32
	RSA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	Struttura Semi Residenziale	0	0	0	0	16	5	0	0	5	6	22	0	0	54
	Altro tipo di Struttura	29	3	1	26	26	10	1	1	0	0	0	0	0	97
Totale AUSL 2		111	19	8	26	70	43	1	1	40	14	28	2	0	363
TOTALE REGIONE		176	41	28	49	135	58	2	2	78	25	43	4	6	647

Fonte Modelli ministeriali STS 11 e RIA

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Il **Consultorio Familiare** rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica, nonché il punto di partenza e di arrivo di tutto il Percorso Nascita. È inoltre il servizio di promozione e prevenzione di riferimento per garantire le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, della coppia e del minore. Svolge quindi un ruolo centrale nell'integrazione socio-sanitaria in collaborazione con altri servizi del territorio e dell'ospedale, nonché con istituzioni pubbliche diverse quali scuole, associazioni di volontariato, organi giudiziari, ecc. Fondamentale per lo svolgimento di tutte le funzioni attribuite dalla normativa e sopra richiamate, è la presenza di adeguate équipe costituite da medici ginecologi, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, infermieri e mediatori linguistico-culturali. I consultori familiari in Umbria sono articolati in 17 sedi principali nelle quali è presente un'équipe multiprofessionale di operatori medici e non medici (Tab. 5), aperte 5/6 giorni su 7 e n. 32 sedi secondarie aperte da 1 giorno a settimana e 2/3 giorni al mese.

Di seguito vengono riportate le sedi principali dei consultori nelle singole aree distrettuali:



Sedi consultoriali afferenti ad ogni distretto

AZIENDA	DISTRETTO	CONSULTORI
USL UMBRIA 1	Distretto Perugino	4
	Distretto dell'Assisano	1
	Distretto della Media Valle del Tevere	2
	Distretto del Trasimeno	3
	Distretto dell'Alto Tevere	1
	Distretto dell'Alto Chiascio	1
	<b>TOTALE (6 Distretti)</b>	<b>12</b>
USL UMBRIA 2	Distretto Terni	1
	Distretto Foligno	1
	Distretto Narni Amelia	1
	Distretto Spoleto e Distretto Valnerina	1
	Distretto Orvieto	1
	<b>TOTALE (6 Distretti)</b>	<b>5</b>
	<b>UMBRIA</b>	<b>17</b>

Fonte: Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Assistenza territoriale, Integrazione socio-sanitaria. Valutazione di qualità e progetti europei – Direzione Salute e Welfare

### L'Assistenza residenziale e semi-residenziale

Il Distretto gestisce anche le strutture per l'**Assistenza residenziale e semi-residenziale**. In Umbria sono presenti strutture dedicate ad ospiti anziani, disabili fisici, disabili psichici, malati psichiatrici, tossicodipendenti e malati terminali.

E' presente inoltre una sola struttura, convenzionata con il SSR, di riabilitazione funzionale ed extraospedaliera in fase estensiva post-acuta per malati di AIDS, in regime residenziale a ciclo continuativo, per n. 11 posti letto, afferente al distretto del Trasimeno della USL Umbria 1.

Sono presenti infine 6 strutture ex art. 26, tutte afferenti al territorio della USL Umbria 1, come da tabella sull'Assistenza Territoriale: Comunità Capodarco residenziale e semiresidenziale, Istituto Serafico, Centro Speranza, Opera Don Guanella-Centro Sereni e l'Istituto Beato Padre Ludovico da Da Casoria.

Relativamente all'assistenza semiresidenziale si evidenzia che tale tipo di assistenza in Umbria riveste un enorme valore, sia perché è di sostegno all'assistenza domiciliare, sia perché può rallentare o evitare il ricorso all'istituzionalizzazione.

La Tabelle che seguono, riassumono l'offerta delle strutture residenziali e semiresidenziali di ciascuna Azienda USL.



Strutture residenziali

AZIENDA	Tipologia di Assistenza	Numero strutture	Posti Letto	Utenti
USL UMBRIA 1	Residenze Protette Anziani	21	988	2.413
	RSA	6	122	1.144
	Assistenza ai disabili fisici	2	96	384
	Assistenza ai disabili psichici	5	85	81
	Assistenza psichiatrica	31	295	407
	Assistenza per tossicodipendenti	5	82	
	Assistenza ai malati terminali Hospice	1	10	214
	Assistenza AIDS	1	12	12
	Ex art. 26 residenziale	5	188	
	<b>Totale</b>	<b>83</b>	<b>1.878</b>	<b>4.655</b>
USL UMBRIA 2	Residenze Protette Anziani	32	1.234	1.946
	RSA	3	146	772
	Assistenza ai disabili fisici	8	36	35
	Assistenza ai disabili psichici	6	78	83
	Assistenza psichiatrica	38	294	332
	Assistenza per tossicodipendenti	28	239	
	Assistenza ai malati terminali Hospice	2	20	327
	<b>Totale</b>	<b>117</b>	<b>2.047</b>	<b>3.495</b>
<b>UMBRIA</b>	<b>203</b>	<b>3.925</b>	<b>8.150</b>	

Fonte: Modelli ministeriali STS 11 e RIA

Strutture semiresidenziali

AZIENDA	Tipologia di Assistenza	Numero strutture	Posti	Utenti
USL UMBRIA 1	Centro Diurno Assistenza Anziani	11	118	259
	Centro Diurno disabili fisici	9	146	180
	Centro Diurno disabili psichici	10	154	143
	Centro Diurno Assistenza psichiatrica	13	206	531
	Centro Diurno tossicodipendenti	2		
	Ex art. 26 semi residenziale	1		
	<b>Totale</b>	<b>46</b>	<b>624</b>	<b>1.113</b>
USL UMBRIA 2	Centro Diurno Assistenza Anziani	5	94	229
	Centro Diurno disabili fisici	6	99	114
	Centro Diurno disabili psichici	22	377	428
	Centro Diurno Assistenza psichiatrica	16	200	349
	Centro Diurno tossicodipendenti	5		
<b>Totale</b>	<b>54</b>	<b>770</b>	<b>1.120</b>	
<b>UMBRIA</b>	<b>100</b>	<b>1.394</b>	<b>2.233</b>	

Fonte: Modelli ministeriali STS 11 e RIA

- a) Residenze e centri diurni per persone anziane non autosufficienti: in Umbria è presente una discreta rete di strutture residenziali per non autosufficienti, nonché centri diurni per “demenze” presenti in quasi ogni territorio distrettuale. I Centri semiresidenziali per anziani sono attivi 5 giorni alla settimana e 8 ore al giorno.



b) Residenze e centri diurni per la riabilitazione di persone disabili fisici adulti ed età evolutiva

Nel caso in cui si ipotizzino possibilità di recupero di un disabile fisico adulto o in età evolutiva, viene attivato dai Distretti sanitari tramite il medico di medicina generale, un percorso che può attuarsi sia a domicilio, sia in strutture semiresidenziali o residenziali. La scelta del percorso si basa sulla gravità della disabilità e sulla possibilità o meno di mantenere la persona a domicilio. Quest'ultima comunque rimane l'obiettivo auspicabile.

c) Servizi di salute mentale, prevenzione, cura e riabilitazione età adulta ed evolutiva

L'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche è garantita dai **Centri di Salute Mentale (CSM)** e dalle loro articolazioni operative nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Territoriali. Tali servizi garantiscono la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative necessarie e appropriate. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione.

**I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)** sono strutture del **Dipartimento di Salute Mentale (DSM)** (AUSL Umbria 2) o del Distretto sanitario (AUSL Umbria 1). Essi rappresentano il luogo principale per la presa in carico del bambino e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia e sono la sede operativa per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuromotorie e muscolari, sensoriali, psichiche, dei disturbi della sfera cognitiva e neuropsicologica.

L'assistenza si completa con gli interventi di assistenza ospedaliera garantita negli **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)**.

Nelle Aziende Sanitarie regionali sono presenti i Dipartimenti di Salute Mentale che risultano così composti:



Dipartimenti di Salute Mentale nelle Aziende Sanitarie Regionali

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Ambito di riferimento	Livello Strutture	Struttura
DSM USL UMBRIA 1	Distretto Alto Tevere	Salute Mentale Alto Tevere e Alto Chiascio	CSM Alto Tevere
	Distretto Alto Chiascio		CSM Alto Chiascio
	Distretto Assisi	Salute Mentale Assisano e Media Valle del Tevere	CSM Bastia
	Distretto Media Valle del Tevere		CSM Marsciano
	Distretto Trasimeno	Tutela Salute Mentale Penitenziaria	CSM Trasimeno
	Distretto del Perugino	Salute Mentale del Perugino	CSM Perugia Centro CSM Bellocchio CSM Ponte San Giovanni
DSM USL UMBRIA 2	Distretto Terni	CSM Terni	sede Narni sede Amelia sede Spoleto sede Norcia sede Cascia
	Distretto Foligno	CSM Foligno	
	Distretto Narni Amelia	CSM Narni Amelia	
	Distretto Spoleto - Valnerina	CSM Spoleto Valnerina	
	Distretto Orvieto	CSM Orvieto	
	Area Nord	Riabilitazione Psichiatrica Area Nord	
	Area Sud	Riabilitazione Psichiatrica Area Sud	
	Aziendale	Psicologia Salute Mentale	
	Ospedale di Foligno	Serv. psichiatrico di diagnosi e cura di Foligno	
	Ospedale di Terni*	Serv. psichiatrico di diagnosi e cura	
Ospedale di Perugia	Ospedale di Perugia**	Serv. psichiatrico di diagnosi e cura	

\*Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Terni è situato presso l'Azienda Ospedaliera di Terni ma fa parte dell'organizzazione della USL Umbria 2

\*\*Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia è situato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia ma la gestione è mista con la USL Umbria 1

Fonte: Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Assistenza territoriale, Integrazione socio-sanitaria. Valutazione di qualità e progetti europei – Direzione Salute e Welfare

Organizzazione dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

AZIENDA	Ambito di riferimento	Strutture NPIA
USL Umbria 1	Distretto Alto Tevere	Servizio integrato per l'Età Evolutiva di Città di Castello (0-18 anni)
	Distretto Alto Chiascio	Servizio Integrato per l'Età Evolutiva di Gubbio (0-18 anni)
	Distretto del Perugino	Neuropsichiatria e Psicologia Clinica Età Evolutiva (0-14 anni per patologie psichiatriche e Disturbi Spettro Autistico) Servizio Neuropsichiatria – Riabilitazione Età Evolutiva (0-18 anni per problematiche neurologiche, sensoriali e cognitive)
	Distretto Media Valle del Tevere	Servizio Riabilitativo Età Evolutiva Psicologia Clinica
	Distretto Trasimeno	Servizio di riabilitazione età evolutiva
	Distretto Assisano	Servizio Riabilitazione età evolutiva
USL Umbria 2	Distretto di Terni	Sede Distretto Terni (Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi da Deficit dell'Attenzione/Iperattività" (ADHD) e centro autorizzato alla prescrizione del farmaco metilfenidato)
		Sede Distretto Foligno
		Sede Distretto Narni-Amelia
		Sede Distretto Orvieto
		Sede Distretto Spoleto
		Sede Distretto Valnerina

Fonte: Servizio Programmazione sanitaria, Assistenza ospedaliera, Assistenza territoriale, Integrazione socio-sanitaria. Valutazione di qualità e progetti europei – Direzione Salute e Welfare



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### d) Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS)

La legge n. 9/2012 ha disposto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e che le misure di sicurezza del ricovero in OPG fossero eseguite esclusivamente all'interno delle REMS, strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza. Le regioni hanno pertanto proceduto alla predisposizione di una progettazione finalizzata ad individuare delle REMS destinate all'accoglienza dei soggetti già internati in OPG, originari della regione stessa, oppure originari di altre regioni del Bacino, ove siano intervenuti specifici accordi.

Questo è il caso della regione Umbria che ha stipulato un accordo con la regione Toscana (approvato con DGR n. 365 del 22 aprile 2013 e dalla Regione Toscana con DGR n. 330/2013), che ha consentito il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Montelupo Fiorentino. La Regione Toscana si è impegnata ad ospitare nelle proprie strutture deputate al superamento degli OPG gli internati provenienti dal territorio umbro per il numero massimo di 7 unità.

Tuttavia il giudice ha possibilità di dare esecuzione a provvedimenti inserendo gli autori di reato con problematiche psichiche nelle REMS dove effettivamente è possibile trovare posto, utilizzando quindi anche strutture non territorialmente competenti.

Va evidenziato come nelle REMS della Toscana nel corso degli anni siano stati inseriti contemporaneamente al massimo un totale di n. 4 cittadini umbri (su un totale convenuto, come sopra ricordato, di 7 unità). Il limitato inserimento nella struttura toscana di autori di reato umbri è stato comunque ovviato grazie all'inserimento degli stessi in REMS di altre regioni italiane, ma soprattutto grazie al lavoro dei Servizi sanitari regionali umbri che, attraverso la costante valutazione dell'evoluzione dei casi e la predisposizione di progetti di reinserimento (anche in collaborazione con le equipe delle strutture ospitanti), hanno portato a un sostanziale adempimento dei percorsi previsti nelle diverse normative in materia, contenendo quindi i numeri del fenomeno all'interno di un range limitato.

Da segnalare inoltre che vi è stato un generale aumento di richieste di ricovero in REMS a livello nazionale, condizionato anche da un invio massiccio in queste strutture degli autori di reato con misura di sicurezza non solo definitiva, ma anche provvisoria, evidenziando ad ogni modo una carenza di posti in REMS su base nazionale

### e) Servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool

Il sistema di intervento sociosanitario rivolto alle dipendenze è basato su un insieme articolato di servizi: le strutture residenziali (per la gran parte private accreditate, ampiamente differenziate tra loro) e le semi-residenziali si aggiungono ai servizi ambulatoriali presenti in tutti i territori dei distretti sanitari, ad eccezione della Valnerina che fa riferimento al SerD di Spoleto e i servizi di prossimità.

### f) Hospice e cure palliative

Nella regione sono presenti 3 Hospice che garantiscono 28 posti letto e che risultano insufficienti rispetto allo standard nazionale di 47 posti letto.

Nelle Aziende sono presenti inoltre le Unità di cura palliative domiciliari, 1 nella USL Umbria 1, 2 nella USL Umbria 2. Si tratta di equipe medico-infermieristiche, in coordinamento e



## Regione Umbria

Giunta Regionale

collaborazione con i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta e le associazioni di volontariato. Tali Unità sono attivate al momento della dimissione ospedaliera.

**Tab. 10 - Posti letto Hospice. Regione Umbria**

Hospice	Posti letto totali
Hospice Perugia	10
Hospice Spoleto "La Torre sul Colle"	9
Hospice Terni	9
<b>Totale Umbria</b>	<b>28</b>

Fonte Modelli ministeriali STS 11

Le **cure domiciliari** vengono assicurate garantendo percorsi assistenziali e socio-sanitari a domicilio per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. Vengono garantiti trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e psicologici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Presso i PUA vengono raccolte tutte le richieste di attivazione dei servizi domiciliari da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta o anche dagli ospedali per le dimissioni protette. E' il PUA che attribuisce al paziente il setting appropriato di cura e trasferisce tutte le informazioni ai Punti di erogazione dei servizi (PES) per la presa in carico dell'assistito.

Ad esclusione delle Cure Domiciliari Prestazionali, per le altre tipologie di Cure Domiciliari viene attivato in tutti i servizi e per tutti gli utenti un Piano Assistenziale Integrato (PAI). La valutazione viene effettuata con un unico strumento informatizzato, "interRAI Home Care (HC)", a garanzia di appropriatezza ed equità della presa in carico. Tale strumento (composto da 359 campi e 14 sezioni) aiuta l'operatore ad effettuare una valutazione multidimensionale e ad elaborare un profilo sanitario e socio assistenziale (PHP) della persona, in base al quale viene redatto e monitorato il Piano Assistenziale personalizzato.

### **Residenza sanitaria assistita (RSA)**

Le RSA sono strutture intermedie di cura e di riabilitazione destinate ad accogliere persone malate che non necessitano del ricovero in ospedale (per acuti o in riabilitazione) e non possono essere assistite a domicilio.

Sono strutture con un definito turnover di ricoveri, ad alta intensità assistenziale infermieristica e tutelare e medio-bassa intensità riabilitativa ed assistenziale medica, con responsabilità clinica affidata al MMG, per una permanenza limitata a 30 giorni. La responsabilità funzionale è dell'equipe infermieristica (Dirigente infermieristico, Coordinatore infermieristico, Personale OSS ed ausiliario) mentre la responsabilità organizzativa spetta al Distretto. La DGR n. 1708 del 30 novembre 2009 "Legge Regionale 4 giugno 2008, n.9 – Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni", prevedeva in ogni Distretto un'offerta di posti in RSA destinata al trattamento temporaneo per la stabilizzazione clinica di casi di post acuzie, con esito di non autosufficienza e prevedendo che i posti da attivare fossero in riduzione della dotazione ospedaliera per acuti.

### **L'Assistenza domiciliare**

I servizi territoriali diffusi capillarmente nel territorio prendono in carico la popolazione di riferimento con varie modalità di assistenza.

In Umbria le modalità di effettuazione delle attività di assistenza domiciliare appaiono difforni nel



## Regione Umbria

Giunta Regionale

territorio e generalmente sottodimensionate rispetto alla popolazione servita. Vengono erogate molte attività prestazionali o ciclo programmate/monoprofessionali (CIA base) che non necessitano di valutazione multidisciplinare, molto più che nelle altre regioni, registrando invece un generale sottodimensionamento di assistenza di livelli di maggior intensità. Si nota un trend in aumento che si è registrato fino al 2018, con un calo nel 2019, per le due aziende (dato che riflette l'andamento nazionale). Per quanto riguarda la tipologia di prestazioni assicurate si nota come la azienda USL Umbria 2 comunque eroghi un maggior numero di prestazione per tutti i livelli rispetto alla Usl Umbria 1. Particolarmente sottodimensionata e critica la erogazione di prestazione CIA 4 (che comprendono alti gradi di assistenza a pazienti terminali e/o oncologici per i quali è individuato un profilo specifico di cure palliative)



**Tab. 1 Assistenza domiciliare per intensità di cura, per Azienda USL e confronto nazionale. Umbria 2016-2019**

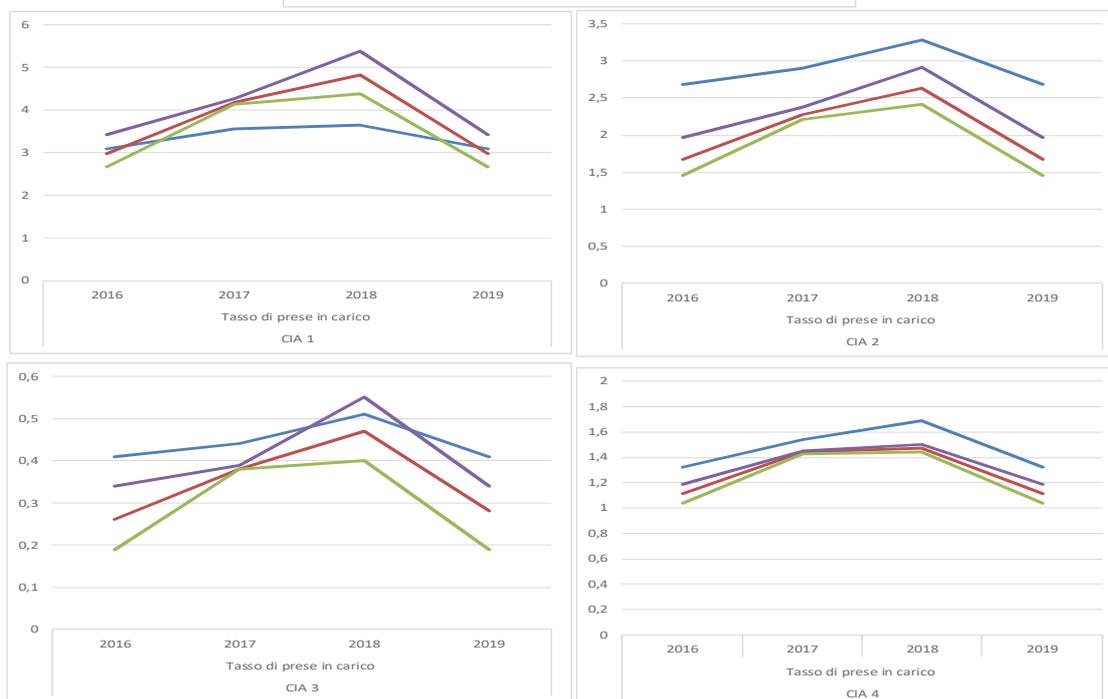
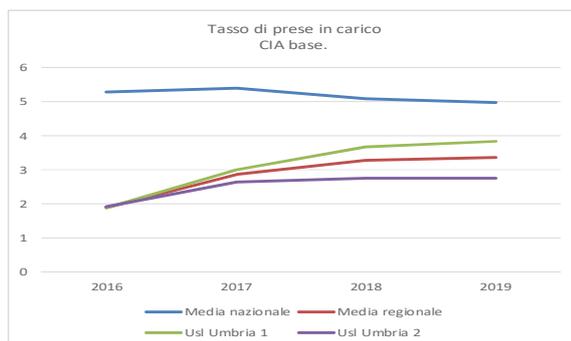
	CIA Base				CIA 1				CIA 2				CIA 3				CIA 4			
	Tasso di prese in carico				Tasso di prese in carico				Tasso di prese in carico				Tasso di prese in carico				Tasso di prese in carico			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
<b>Media nazionale</b>	5,29	5,4	5,1	4,98	3,1	3,55	3,65	3,1	2,68	2,9	3,29	2,68	0,41	0,44	0,51	0,41	1,32	1,54	1,69	1,32
<b>Media regionale</b>	1,89	2,85	3,27	3,36	2,99	4,19	4,82	2,99	1,68	2,28	2,63	1,68	0,26	0,38	0,47	0,28	1,11	1,44	1,47	1,11
<b>Usl Umbria 1</b>	1,88	3	3,66	3,84	2,67	4,13	4,39	2,67	1,46	2,21	2,41	1,46	0,19	0,38	0,4	0,19	1,04	1,43	1,44	1,04
<b>Usl Umbria 2</b>	1,91	2,64	2,74	2,74	3,42	4,28	5,38	3,42	1,97	2,38	2,92	1,97	0,34	0,39	0,55	0,34	1,19	1,45	1,5	1,19

Fonte: Flusso SIAD - NSIS Nuovo sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute



## Regione Umbria

Giunta Regionale



In Umbria le modalità di effettuazione delle attività di assistenza domiciliare appaiono difforni nel territorio e generalmente sottodimensionate rispetto alla popolazione servita. Vengono erogate molte attività prestazionali o ciclo programmate/monoprofessionali (CIA base) che non necessitano di valutazione multidisciplinare, molto più che nelle altre regioni, registrando invece un generale sottodimensionamento di assistenza di livelli di maggior intensità. Si nota un trend in aumento che si è registrato fino al 2018, con un calo nel 2019, per le due aziende (dato che riflette l'andamento nazionale). Per quanto riguarda la tipologia di prestazioni assicurate si nota come la azienda USL Umbria 2 comunque eroghi un maggior numero di prestazione per tutti i livelli rispetto alla Usl Umbria 1. Particolarmente sottodimensionata e critica la erogazione di prestazione CIA 4 (che comprendono alti gradi di assistenza a pazienti terminali e/o oncologici per i quali è individuato un profilo specifico di cure palliative)

### L'Assistenza residenziale e semiresidenziale

La assistenza residenziale e semiresidenziale complessivamente intesa in Umbria è erogata con numerosità di servizi e qualità, ottenendo anche indicatori complessivi di attività che superano la media nazionale.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### *Legenda*

<b>Codice</b>	<b>Tipologie di prestazioni</b>
R2	Strutture Residenziali per persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria
R2D	Strutture residenziali per persone con demenza senile
R3	Strutture Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento per persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.
SR1	Trattamenti Semiresidenziali – trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani
SR2	Trattamenti Semiresidenziali per Demenze



**Assistenza residenziale e semiresidenziale. Umbria, 2019**

Assistiti per tipo prestazione																
Trattamenti residenziali								Ass. in trattamenti residenziali	Ass. in trattamenti residenziali per 1000 ab.	Trattamenti semiresidenziali				Ass. in trattamenti semiresidenziali	Ass. in trattamenti semiresidenziali per 1000 ab.	
R1	Ass. per 1000 ab.(R1)	R2	Ass. per 1000 ab.(R2)	R2D	Ass. per 1000 ab.(R2D)	R3	Ass. per 1000 ab.(R3)			SR1	Ass. per 1000 ab.(SR1)	SR2	Ass. per 1000 ab.(SR2)			
2019	n.		n.		n.		n.				n.		n.			
Nazionale	11.143	0,18	109.207	1,81	18.913	0,31	203.161	3,36	342.424	5,66	20.717	0,34	10.122	0,17	30.839	0,51
Regionale	0	0,00	3.960	4,48	31	0,04	3.121	3,53	7.112	8,04	260	0,29	423	0,48	683	0,77
Usl Umbria 1	0	0,00	2.433	4,85	22	0,04	1.587	2,86	4.042	7,75	62	0,12	314	0,58	376	0,70
Usl Umbria 2	0	0,00	1.527	3,99	9	0,02	1.534	3,76	3.070	7,77	198	0,52	109	0,28	307	0,80

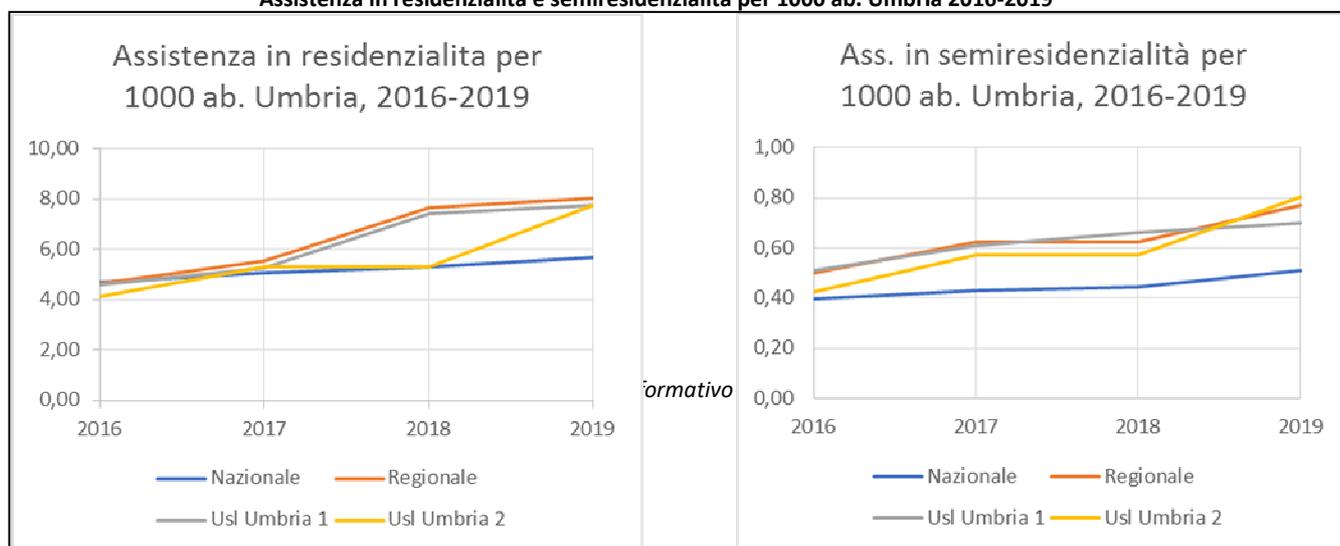
Fonte: Flusso SIAD – SIS Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Assistenza in residenzialità e semiresidenzialità per 1000 ab. Umbria 2016-2019



### L'Assistenza alle persone con dipendenze patologiche

I fenomeni connessi alle dipendenze sono in continua trasformazione e i servizi sono chiamati ad adeguare costantemente la propria offerta per rispondere in maniera efficace ai bisogni di salute del territorio; il rapporto tra i nuovi utenti e il totale delle persone in carico offre una rappresentazione della capacità dei servizi di intercettare i nuovi bisogni: i dati riportati nella tabella evidenziano, per settori specifici per esempio la tossicodipendenza, come l'Umbria, pur posizionandosi nel 2019 in prossimità della media nazionale, ha ancora ampi margini di miglioramento, per rendere maggiormente recettivi i propri servizi agendo a livello logistico, organizzativo e metodologico.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### Utenti tossicodipendenti in carico ai servizi ASL – Rapporto tra nuovi utenti e totale utenti in carico

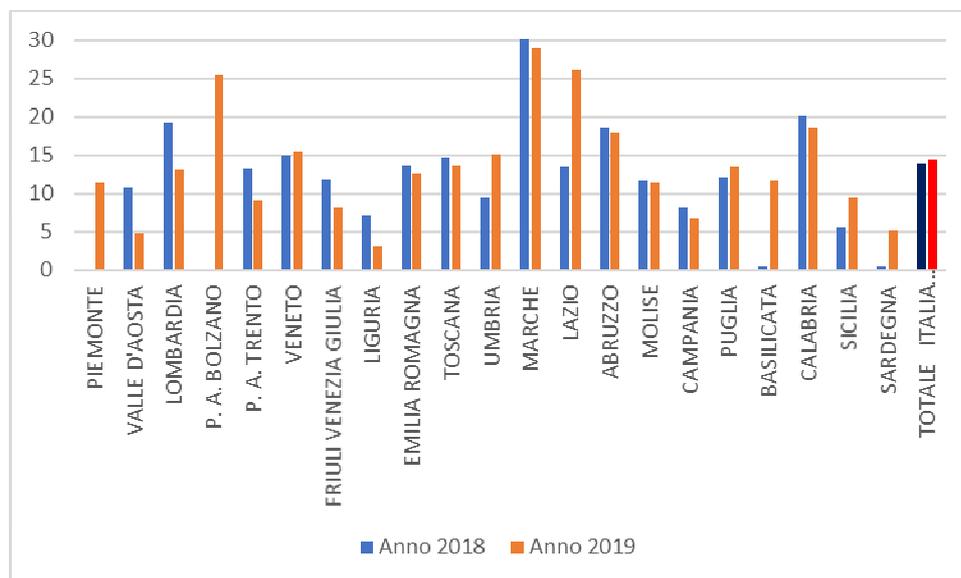
Regioni e P.P.A.A.	Anno 2019 Nuovi Utenti	Anno 2019 Totale utenti in carico	Anno 2019 Nuovi utenti/Totale (%)	Anno 2018 Nuovi utenti/Totale (%)
PIEMONTE	1444	12622	11,4	12,2
VALLE D'AOSTA	7	147	4,8	10,8
LOMBARDIA	2784	21246	13,1	19,3
P. A. BOLZANO	339	1335	25,4	----
P. A. TRENTO	78	845	9,2	13,3
VENETO	1532	9945	15,4	15,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	155	1895	8,2	11,8
LIGURIA	127	3988	3,2	7,1
EMILIA ROMAGNA	1238	9719	12,7	13,7
TOSCANA	1766	12885	13,7	14,6
<b>UMBRIA</b>	<b>439</b>	<b>2915</b>	<b>15,1</b>	<b>9,4</b>
MARCHE	1630	5621	29,0	30,1
LAZIO	3609	13824	26,1	13,5
ABRUZZO	772	4282	18,0	18,6
MOLISE	96	841	11,4	11,7
CAMPANIA	705	10378	6,8	8,2
PUGLIA	1357	10020	13,5	12,1
BASILICATA	144	1233	11,7	0,5
CALABRIA	629	3365	18,7	20,1
SICILIA	619	6548	9,5	5,7
SARDEGNA	135	2666	5,1	0,4
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>19.605</b>	<b>136.320</b>	<b>14,4</b>	<b>14,0</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Fig. 2 – Utenti tossicodipendenti in carico ai servizi ASL – Rapporto tra nuovi utenti e totale utenti in carico



### 1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

I fenomeni che caratterizzano lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione umbra sono da tempo rappresentati dall'invecchiamento e dalla connessa diffusione delle malattie cronicodegenerative.

#### 1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali (Fonte D.E.F.R. Umbria 2022-2024 approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1124/2021 pag. 103-110)

La Regione Umbria intende affrontare invecchiamento, disabilità e cronicità in un'ottica integrata di *welfare*, prevenzione e cura superando il modello di assistenza attuale tutto incentrato sulle prestazioni sanitarie, per dare attuazione a un nuovo modo di costruire salute che integri le prestazioni sulla base della conoscenza dei bisogni sociali e della misurazione dell'impatto degli interventi messi in campo.

Nel considerare la salute come obiettivo generale per la comunità e per le persone, quindi, gli obiettivi strategici regionali sono:

1. ripartire dalla sanità pubblica territoriale e riorganizzare l'assistenza ospedaliera;
2. potenziare la prevenzione;
3. favorire l'utilizzo della tecnologia in sanità;
4. garantire a livello regionale il presidio della spesa sanitaria, efficientandone l'utilizzo;
5. Politica degli investimenti

#### 1b 2 Descrizione della strategia

OBBIETTIVO STRATEGICO 1: RIPARTIRE DALLA SANITÀ PUBBLICA TERRITORIALE E RIORGANIZZARE L'ASSISTENZA OSPEDALIERA



## Regione Umbria

Giunta Regionale

La rete di assistenza territoriale del SSR umbro, come evidenziato nel Libro Bianco della Sanità, è caratterizzata da una forte disomogeneità nelle modalità di erogazione delle prestazioni, conseguenza di un'eccessiva frammentazione delle articolazioni territoriali, che l'emergenza da Covid-19 ha reso ancor più evidente. Tale criticità determina la necessità di un cambio di prospettiva verso un sistema sanitario più vicino alla comunità, in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi. Il raggiungimento di tale obiettivo prioritario si realizza attraverso l'attuazione di operazioni di rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali, rendendo più appropriato sia l'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti, sia l'offerta dei servizi ai cittadini, che al fine di beneficiare di un sistema sanitario di qualità più rispondente alle proprie necessità, dovranno vedere potenziati i servizi territoriali di prossimità e recarsi in Ospedale esclusivamente per una casistica delle prestazioni di alta specialità.

Per questi motivi quanto previsto dal redigendo PSR in tema di riorganizzazione dell'assistenza territoriale dovrà essere prioritariamente attuato, al fine di procedere all'attuazione della ridefinizione della rete ospedaliera, in assoluta coerenza con i parametri indicati dal DM 70/2015.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale sarà realizzata, anche tramite l'utilizzo di risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Progetto di Telemedicina) attraverso:

1. La razionalizzazione e revisione del numero dei Distretti;
2. Una modifica organizzativo-gestionale dell'attuale assetto con:
  - l'introduzione della figura del "Coordinatore dei distretti" al fine di garantire l'erogazione di servizi di qualità omogenea in tutto il territorio regionale;
  - il rafforzamento del ruolo della medicina generale e dell'assistenza domiciliare;
  - lo sviluppo della Centrale Operativa Territoriale (COT);
  - l'istituzione delle Case della Comunità ed Ospedali di Comunità.

Il Distretto è il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi erogati dalle Aziende USL, oltre che unità organizzativa deputata all'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, garantendo uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. Attualmente l'eccessivo numero di Distretti presente nel territorio regionale, oltreché non conforme agli standard di riferimento, non garantisce uniformità ed efficiente erogazione dei servizi cui lo stesso è deputato. Nel corso del 2022 sarà necessario procedere alla revisione del numero dei Distretti e alla loro ridefinizione in termini geografici in base al progetto riportato nello schema di PSR, che è stato realizzato attraverso un'attenta analisi degli indici demografici di ogni territorio, delle loro caratteristiche morfologiche ed orografiche, tenendo conto della capillarità delle vie di comunicazione, della presenza di strutture di assistenza sia primaria, che ospedaliera, nonché dei punti di primo soccorso, al fine di concepire il miglior scenario possibile per la valorizzazione dei territori.

La garanzia di servizi efficienti e garantiti uniformemente sul territorio regionale verrà realizzata attraverso la introduzione del Coordinatore del Distretto, uno per ogni Azienda Sanitaria USL. Questa nuova figura risponde principalmente all'esigenza di garantire unitarietà nell'attuazione della programmazione regionale e nella corretta applicazione dei percorsi clinico-assistenziali nell'ambito delle cure primarie.

Altra azione da intraprendere consisterà proprio nel rafforzamento delle cure primarie attraverso la completa messa a regime delle AFT, istituite in Umbria dal 2017, senza avere tuttavia assunto il ruolo previsto dalla normativa. Ciò garantirà la partecipazione attiva del MMG e del PLS alle azioni di



## Regione Umbria

Giunta Regionale

prevenzione e promozione della salute e di stili di vita sani ed un'efficace presa in carico del paziente cronico. Si procederà inoltre alla costituzione delle AFT pediatriche e alla istituzione di nuove figure professionali specializzate, quale quella dell'infermiere di famiglia e di comunità, previsto dal DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e dalle "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Pro-vince Autonome (preadottate con DGR 08/09/2021, n. 835); trattasi di un professionista .....che opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione sarà orientata ad una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Consequenziale alle azioni di rafforzamento delle cure primarie sarà il potenziamento dell'assistenza domiciliare (assistenza Domiciliare di livello Base, Assistenza Domiciliari Integrate ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello e Cure Palliative Domiciliari CPD livello base e CPD livello specialistico) servizio a valenza distrettuale per l'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Il domicilio, grazie al recupero del ruolo del MMG e PLS quale responsabile clinico del paziente, diverrà il primo luogo di cura dello stesso.

L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio, avverrà grazie al ruolo di coordinamento e raccordo attribuito alla Centrale operativa territoriale (COT), chiamata ad assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sani-tari e socio-sanitari. Saranno implementate le funzioni già parzialmente attribuite con il progetto sperimentale della Centrale operativa presso la Usl Umbria n. 1 con le nuove attribuzioni e la nuova articolazione organizzativa prevista dallo schema del PSR 2021-2025. Al fine di svolgere le sue funzioni la COT sarà operativa 7 giorni su 7 h24 e dovrà essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Contestualmente è previsto il potenziamento dei servizi territoriali di prossimità, con l'introduzione di due tipologie di strutture, che andranno organizzate sul territorio regionale, in base al progetto di cui allo schema di PSR.

Nello specifico la Casa della Comunità (CdC), come articolazione del Distretto, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione. Rappresenta il punto di riferimento delle cure primarie, attiva h24 7 giorni su 7, garantendo anche il collegamento con gli ambulatori di medicina generale dislocati nei territori. Trattasi di uno strumento di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, in attuazione ai principi di equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina d'iniziativa e di qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni. Attualmente nel nostro SSR vi sono quattro strutture rientranti nella suddetta fattispecie, ovvero le Case della Salute (CdS) di Marsciano, Città della Pieve e Trevi, nonché il Palazzo della Salute di Bastia Umbra. Ad esse dovranno essere affiancate ulteriori Case della Comunità attraverso l'utilizzo dei fondi derivanti dal Recovery Fund. La CdC sarà messa in rete con gli altri setting assistenziali, sia territoriali (quali l'assistenza domiciliare, gli Ospedali di Comunità, Hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture e servizi intermedi), che ospedalieri grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, come in



## Regione Umbria

Giunta Regionale

particolare quella della specialistica ambulatoriale o di day service per la gestione comune dei malati cronici più complessi, soggetti a frequenti ricoveri. Lo strumento attraverso il quale avverrà tale coordinamento a rete sarà la Centrale operativa territoriale (COT) che opererà come vettore di collegamento e raccordo tra i nodi ed i professionisti delle diverse reti.

L'Ospedale di Comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020), opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari: quelli sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e i servizi di emergenza urgenza territoriali. Svolge quindi una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri, di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio. L'OdC è una struttura di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20 e può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie, oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all'assistenza territoriale distrettuale. I pazienti eleggibili in sintesi sono classificabili secondo 4 tipologie:

- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione esistente;
- pazienti affetti da multimorbilità provenienti da struttura ospedaliera, clinicamente dimissibili ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi o dispositivi con interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno a domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo rieducativo (interventi fisioterapici nell'ambito del PDTA già attivato, counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale) finalizzati al rientro al domicilio.

Sfruttando i fondi del Recovery Fund si prevede la realizzazione di un numero di presidi, per un totale di 111 posti letto entro il 2026, anche attraverso l'adeguamento e la riorganizzazione delle attuali Residenze Sanitarie Assistite (RSA) presenti nel territorio regionale.

Altro percorso da sviluppare sarà l'attuazione della strategia di gestione della cronicità nel SSR umbro, attraverso il modello della medicina d'iniziativa, che verrà realizzato attraverso il reclutamento dei pazienti monomorbidi (popolazione affetta da una sola patologia quale diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco), in quanto ciò consentirà di intervenire su una platea più vasta di utenti, con maggior impatto di costi a carico del SSR, e testare l'efficacia del sistema per poi procedere ai plurimorbidi, la cui gestione risulta di fatto più complessa.

Lo schema del nuovo Piano Sanitario Regionale presuppone l'abbandono di un "approccio ospedalocentrico" al fine di promuovere un'assistenza sanitaria di qualità, a garanzia della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle risorse, attraverso un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali. Ciò consente di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali, declinata alla luce della normativa vigente (DM



## Regione Umbria

Giunta Regionale

70/2015) relativamente ai livelli gerarchici delle strutture ospedaliere, ai bacini d'utenza per l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi e dei volumi d'attività per l'adeguatezza degli esiti. In tal senso l'ospedale dovrà assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da patologie internistiche o chirurgiche ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabile che richiedano, comunque, un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute, che post-acute e riabilitative. Tale modello di riorganizzazione in rete sarà finalizzato ad una maggiore integrazione operativa, in una visione di sistema che permetta la revisione dei modelli organizzativi delle singole reti cliniche di patologia e dei servizi clinici.

Pertanto, sarà prioritario - oltre che sviluppare il potenziamento dei servizi territoriali - realizzare la revisione delle reti dei servizi clinici generali (servizi di radiologia, servizi di radioterapia, di medicina trasfusionale, di anatomia patologica e rete dei laboratori) per procedere poi alla ridefinizione dell'intera rete ospedaliera.

### OBIETTIVO STRATEGICO 2: POTENZIARE LA PREVENZIONE

La recente esperienza legata alla pandemia da COVID-19 ha messo in luce l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata ed integrata delle diverse strutture ed attività presenti nel territorio, al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di emergenze infettive, sia per garantire interventi di prevenzione, che per affrontare le sfide della promozione della salute, della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità. Le linee di indirizzo delle attività da porre in essere nell'area di prevenzione e promozione della salute si realizzano attraverso il Piano Regionale della Prevenzione 2021 -2025 in corso di redazione, che, in linea con il parallelo Piano Nazionale, declina nel contesto di riferimento gli interventi programmati che dovranno essere realizzati sul territorio, mirando a garantire sia la salute individuale e collettiva, sia la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. I programmi inseriti nel suddetto Piano contengono sia progettualità definite a livello nazionale, che progettualità libere individuate dalla Regione, comunque volte alla definizione dell'obiettivo prioritario cui sono collegate, alle azioni necessarie per il raggiungimento, agli indicatori di monitoraggio ed ai relativi standard di sostenibilità. Prodromica alla realizzazione degli obiettivi e programmi declinati nel Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025, è l'attuazione di interventi strutturali volti a:

- Potenziare le risorse umane in tutte le articolazioni dei due Dipartimenti di Prevenzione presenti in ognuna delle Aziende Sanitarie: l'emergenza ha messo in luce la carenza di figure professionali dedicate alle specifiche attività in maniera importante e per sopperire alle attività di sorveglianza e di Contact Tracing sono stati reclutati i professionisti dagli altri servizi, generando due grosse criticità: da un lato la riduzione/sospensione di ulteriori attività di prevenzione e dall'altro lato una carenza di supporto alle attività di sorveglianza. Inoltre in questo ultimo anno le risorse umane operanti nel DIP si sono ulteriormente ridotte; è necessario quindi reintegrare le strutture in cui si articola il Dipartimento per rispettare gli standard quantitativi previsti per le dotazioni, ma vi è anche la necessità di implementare la tipologia di figure con specifiche professionalità (es. ingegnere, chimico, geologo, psicologo..), che si rendono oggi indispensabili per gestire la complessità delle attività del PRP e tutte le attività connesse ai LEA della prevenzione;



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- Rafforzare e adeguare la produzione e l'utilizzo dei dati con consolidamento dei flussi informativi e sviluppo dell'interoperabilità dei sistemi informativi per favorire lo scambio di informazioni ed il dialogo tra le varie banche dati;
- Identificare i Sistemi di Sorveglianza e dei Registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie che sono fondamentali per la programmazione, il monitoraggio, la valutazione, la ricerca ed il governo in ogni ambito sanitario dalla prevenzione alla cura, tracciando al contempo i confini del trattamento dei dati personali e sensibili a tutela della privacy;
- Dare nuovo impulso alle organizzazioni più "fragili", quali le reti per la promozione della salute, necessarie anche per l'attuazione del programma di Work Health Promotion, e l'epidemiologia, prevedendo la messa a regime dell'Osservatorio Epidemiologico;
- Creare un Laboratorio HEA (Health Equity Audit) nell'ambito del CERSAG (Centro Regionale Salute Globale) per l'identificazione del profilo di equità e la rilevazione delle disuguaglianze e delle disequità stratificate per setting, per età, occupazione etc.;
- Continuare il percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e di accreditamento dei servizi del DIP;
- Definire adeguati percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e di raccordo tra diverse istituzioni (Regione, Università, Istituto Zooprofilattico, Aziende Sanitarie);
- Adottare un piano regionale di marketing sociale per la promozione di stili di vita salutari nonché la prevenzione di fattori di rischio comportamentali nelle diverse fasi di vita.

### OBIETTIVO STRATEGICO 3: FAVORIRE L'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA IN SANITÀ

La diffusione della pandemia ha accentuato la spinta all'innovazione ed alla diffusione di nuovi strumenti digitali in sanità, dovuta sia alla necessità di garantire cure a domicilio e limitare al minimo gli spostamenti di pazienti, sia alla familiarizzazione di questi ultimi con le nuove tecnologie. Il mondo del digitale in sanità non è quindi più percepito come accessorio e marginale, ma come la principale leva di intervento per promuovere la collaborazione professionale, rimodellare i servizi, ridefinire gli assetti organizzativi ed assistenziali, semplificare l'accesso e incoraggiare il coinvolgimento attivo dei cittadini. La semplificazione delle modalità di contatto e di accesso, apportata dai servizi digitali, permette al servizio sanitario pubblico di giocare un ruolo nuovo negli ambiti della prevenzione, dell'educazione alla salute e nella diffusione di informazioni scientifiche verificate. La transizione digitale in sanità, per essere veloce ed efficace, passa attraverso il raggiungimento di obiettivi e la realizzazione di interventi a progressiva implementazione, partendo da:

- Lo sviluppo del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) verso il cittadino, per il cui raggiungimento, coerentemente con la strategia del PNRR, si prevedono azioni volte a renderlo un punto di accesso per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSR, una base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente ed uno strumento per le Aziende che potranno così utilizzare le informazioni contenute nel FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi;
- SanitApp Regione Umbria: accesso digitale ai servizi della sanità, nella logica del "mobile first", i servizi erogati tramite l'EDSS (ecosistema digitale dei servizi socio sanitari del cittadino della Regione Umbria) verranno resi fruibili, non solo via Web ma anche tramite dispositivi mobili, sulla app SanitApp della Regione Umbria. In questa ottica, si inserisce il concetto di prescrizione di una app sanitaria, cioè la possibilità di fornire al cittadino app specialistiche, appartenenti all'ecosistema definito dalla piattaforma, validate e approvate e in grado di implementare gli strumenti per il trattamento di alcune patologie;



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- Sviluppo di un CRM per la gestione delle iniziative di sanità pubblica, rea-lizzando nuovi servizi per l'ingaggio e la gestione dei cittadini per tutte le azioni di prevenzione e gestione della sanità pubblica (secondo logiche del Customer Relationship Management). Lo strumento dovrebbe anche consentire l'automazione de-gli attuali programmi di screening e di prevenzione in modo da agevolare gli opera-tori del settore della Prevenzione, nel reclutare le persone appartenenti a specifici gruppi di popolazione attraverso i diversi canali digitali e fornire loro un'esperienza connessa dal momento dell'invito all'esecuzione della prestazione. Lo scopo è quindi quello di aumentare l'efficacia dei programmi secondo un approccio di Digital marketing;
- La telemedicina nei processi organizzativi per la presa in carico del cittadino, al fine di implementare un ecosistema di servizi di telemedicina. Per molte malattie croniche, il paziente è costretto a recarsi periodicamente presso le varie strutture sanitarie per monitorare il proprio stato di salute. L'implementazione di un sistema di telemedicina, che consenta di monitorare da remoto tramite opportuni dispositivi il paziente, permette di evitare che lo stesso si sposti dalla propria abitazione e di portare il servizio sanitario sul territorio;
- Sviluppo delle competenze digitali, la complessità del cambiamento richiede lo sviluppo di competenze specifiche, in particolare negli ambiti della sicurezza, della riservatezza, della qualità dei dati, del ruolo e delle responsabilità di ciascuno rispetto alle nuove tecnologie. Prioritario è un programma formativo e informativo, ampio e strutturato, dedicato specificamente ai temi della sanità digitale, in grado di raggiungere l'intera platea degli operatori. I programmi formativi dovranno es-sere completi, finalizzati cioè a fornire competenze di base, specialistiche e di e-leadership. L'investimento in formazione deve accompagnare e completare tutti gli investimenti tecnologici previsti nei prossimi anni, anche supportando specifici per-corsi di certificazione delle competenze digitali, sia nelle professioni sanitarie che nei ruoli tecnici e amministrativi della sanità. Oltre alla formazione operativa, è importante diffondere una conoscenza complessiva del sistema e-health, coinvolgendo le professionalità e gli stessi utenti già nella fase di progettazione dei nuovi servizi.

### OBIETTIVO STRATEGICO 4: GARANTIRE A LIVELLO REGIONALE IL PRESIDIO DELLA SPESA SANITARIA EFFICIENTANDONE L'UTILIZZO

Per fronteggiare la Pandemia da Covid-19 sono state disposte una serie di misure urgenti che hanno determinato un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, impegnando le Regioni e le Province Autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementalì, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Inoltre nei prossimi anni saranno disponibili una quantità di risorse senza precedenti che l'Unione Europea ha concesso agli stati membri per affrontare gli interventi di "ricostruzione" (risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Sulla base di tale quadro nazionale lo scenario umbro conferma l'obiettivo di operare su più fronti che consentano, anche negli anni futuri, di utilizzare efficacemente le risorse finalizzate Covid, contestualmente ad un importante processo di razionalizzazione della spesa sanitaria. Tale efficientamento della spesa avverrà attraverso la razionalizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, di riorganizzazione dei servizi e di efficienti politiche assunzionali, garantendo un continuo presidio e coordinamento delle Aziende Sanitarie, nell'attuazione delle misure necessarie per assicurare il rispetto della programma-zione economico-finanziaria regionale ed un processo continuo di digitalizzazione.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Particolare attenzione sarà posta al processo di monitoraggio continuo dell'andamento economico-finanziario delle gestioni aziendali, già avviato nel 2021 anche in considerazione della modifica della struttura dei costi e dei ricavi, determinatasi a seguito dell'emergenza da COVID-19 e del successivo programma di riavvio delle attività sanitarie.

Con finalità convergenti con D.G.R. n. 606 del 30/06/2021 è stato istituito il Comitato REgionale di VALutazione (C.RE.VA) quale organismo interno alla Direzione Salute e Welfare ed a supporto della Giunta regionale, in grado di verificare la sostenibilità economica e amministrativa di azioni attuative della programmazione regionale, specie nei settori di consistente impatto economico, al fine di assicurare la sostenibilità del SSR, coniugata con servizi assistenziali di qualità alla cittadinanza attraverso la metodologia Health Technology Assessment (HTA). Una sezione specifica è stata istituita con apposito provvedimento (DD 29/07/2021, n. 7576), con la mission di realizzare un coordinamento regionale per lo sviluppo di un piano di azioni sinergiche volte al governo della spesa farmaceutica, in grado di garantire ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza, nel rispetto dei tetti di spesa fissati sia per la farmaceutica convenzionata, sia per la farmaceutica relativa agli acquisti diretti.

### OBIETTIVO STRATEGICO 5: POLITICA DEGLI INVESTIMENTI

Una questione che è alla base della capacità dei sistemi sanitari di produrre salute (o benessere), riguarda gli investimenti che possono essere attivati nel settore. Su questo versante troverà attuazione il Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico ricompreso nell'Accordo integrativo sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Umbria.

L'Accordo comprende 41 interventi, per un totale di oltre 35 milioni di euro, di cui 39 sono stati ammessi a finanziamento con appositi decreti del Ministero della Salute.

Tali interventi riguardano principalmente la messa in sicurezza, la ristrutturazione e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie. Più in dettaglio, le risorse stanziare, pari ad euro 35.028.309,19 sono così ripartite:

- € 30.567.975,13 quale quota statale ex art. 20, legge n.67/88;
- € 1.608.840,80 quale quota regionale;
- € 2.851.493,26 quale quota aziendale.

Con tale Accordo è stata completata la programmazione degli interventi per un totale pari a 83.747.877,06 euro, assegnati alla Regione Umbria con le delibere C.I.P.E. nn. 97 e 98 del 18/12/2008.

Viene inoltre individuata, quale priorità in tale ambito, la sottoscrizione di un nuovo Accordo di programma con il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per l'utilizzo delle risorse ripartite con Delibera C.I.P.E. n. 51/2019 e con l. n. 178/2020 (art. 1, commi 442 e 443, Allegato B) a favore della Regione Umbria, pari a complessivi € 121.625.188,49. Tale importo, ai sensi della citata normativa, rappresenta la quota statale pari, al massimo, al 95 per cento della spesa ammissibile, pertanto, risulta necessario prevedere un cofinanziamento regionale/aziendale pari ad € 6.401.325,71, per un totale di € 128.026.514,20.

Inoltre si prevede l'utilizzo della somma di euro 2.000.000,00, di cui euro 1.900.000,00 a carico dello Stato ed euro 100.000,00 a carico della regione, resasi disponibile ai sensi dell'art. 1, comma 311 della l.n. 266/2005, a seguito dell'emanazione, da parte del Ministero della Salute, del decreto del 13 agosto 2021, pubblicato nella G.U. Serie generale n. 274 del 17/11/2021.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Il Programma è costituito da n. 48 interventi per un importo complessivo di euro 132.222.834,10 di cui euro 123.525.188,49 quota statale, euro 100.000,00 quota regionale ed euro 8.597.645,61 quota aziendale.

La quota aziendale prevista, pari ad euro 8.597.645,61, è superiore alla quota del 5% delle risorse previste dall'art. 20 l. 67/88 quale cofinanziamento, in quanto comprende il finanziamento aggiuntivo necessario per la realizzazione dell'intervento "Realizzazione nuovo reparto pediatria, neonatologia e T.I.N." dell'Azienda Ospedaliera di Terni e dell'intervento "Realizzazione Ospedale Narni Amelia" dell'Azienda U.S.L. Umbria n. 2.

Con il presente documento programmatico la Regione Umbria intende iniziare l'iter relativo alla sottoscrizione dell'Accordo di programma, con il quale si prevede, oltre alla realizzazione dell'Ospedale di Narni-Amelia, anche l'effettuazione di interventi di miglioramento sismico, di adeguamento alla normativa antincendio e di ammodernamento tecnologico.

La Regione Umbria ha sempre posto particolare attenzione alla sicurezza delle strutture sanitarie ed ospedaliere, pertanto, con gli interventi previsti nel presente documento programmatico intende continuare il processo di messa a norma, con particolare riferimento alla prevenzione incendi e alla vulnerabilità sismica.

Inoltre, intende qualificare l'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l'acquisizione di nuove tecnologie di alta specializzazione, sostituendo le attrezzature obsolete.

Per il dettaglio degli interventi si rinvia al paragrafo relativo agli obiettivi operativi.

## **2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

### **2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA**

#### **2a 1 Analisi dei problemi e priorità**

Si possono individuare tre tipi di problematiche principali che motivano la strategia adottata con la programmazione regionale degli investimenti:

- 1) la necessità di dimensionare gli stabilimenti ospedalieri rispetto alla domanda di attività per acuti descritta ed agli standard di qualità attesi;
- 2) la rapida evoluzione della tecnologia e l'obsolescenza delle apparecchiature sanitarie;
- 3) l'evoluzione della normativa per la sicurezza.

La prima problematica comporta sia duplicazioni di servizi su territori limitrofi o addirittura sullo stesso territorio, con conseguenti maggiori impegni di risorse, sia una scarsa omogeneità delle procedure e della qualità della risposta alle stesse patologie afferenti l'assistenza ospedaliera di base, in differenti stabilimenti ospedalieri.

E' stata quindi individuata, quale priorità, la realizzazione del nuovo ospedale di territorio di Narni Amelia che accorperà gli esistenti nosocomi. Tale intervento si inserisce in linea di continuità con quanto già realizzato con riferimento ad altre strutture regionali quali l'ospedale di Branca, derivante dall'accorpamento dei presidi di Gubbio e di Gualdo Tadino e l'ospedale unico territoriale della Media



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Valle del Tevere, derivante dall'accorpamento degli ospedali di Todi e Marsciano, realizzato in Località Pantalla del Comune di Todi.

La seconda riguarda i progressi della tecnologia, si ritiene indispensabile finanziare interventi di rinnovo e potenziamento delle attrezzature in quanto la tipologia delle tecnologie utilizzate risulta determinante per migliorare l'efficienza delle strutture in termini di tempestività e puntualità delle diagnosi e di adeguatezza della terapia da proporre ai singoli casi trattati.

Per superare le carenze di cui al terzo punto, la Regione ha programmato la messa a norma delle strutture sanitarie per dare pieno compimento all'attuazione di tutte quelle misure legate alla sicurezza dei paziente e degli operatori.

### **2a 2 La catena degli obiettivi**

Obiettivi generali: (Fonte: estratto D.G.R. n. 134/2021 Libro Bianco Sanità e sociale 2019, Linee Strategiche del nuovo Piano Sanitario Regionale pag. 4 Allegato 1)

Gli obiettivi generali che saranno alla base di ogni intervento di sviluppo delle azioni da intraprendere sono:

1. Covid-19 la sfida: da emergenza ad opportunità per il rilancio del SSR;
2. sanità a misura del cittadino: presa in carico del paziente cronico anche con la sanità digitale;
3. attenzione per il personale: valorizzare le competenze per la crescita del personale, promuovendo un clima di benessere organizzativo;
4. assicurazione: assicurare al cittadino di potere accedere in maniera equa ad un sistema di servizi omogenei e di qualità su tutto il territorio regionale;
5. semplificazione: dei rapporti con il cittadino per un SSR più vicino alle sue esigenze;
6. integrazione: nuova parola d'ordine per aderire ai bisogni del cittadino.

Obiettivi specifici:

- Attivazione del nuovo ospedale di territorio di Narni – Amelia per le seguenti finalità:
  - aumento della qualità dell'assistenza ospedaliera;
  - aumento della appropriatezza nell'offerta e nell'utilizzazione della rete ospedaliera.
- Aumento della sicurezza in osservanza della normativa vigente;
- Ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie.

Obiettivi operativi:

Nella tabella sono elencati gli interventi oggetto degli obiettivi di cui sopra:



# Regione Umbria

Giunta Regionale

AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1				
INTERVENTO	IMPORTO TOTALE	QUOTA STATALE DELIBERA CIPE N. 51/2019 E L.N. 178/2020	COFINANZ. REGIONALE	COFINANZ. AZIENDALE
Intervento di miglioramento sismico Centro Ospedaliero Riabilitazione Intensiva (CORI) di Passignano	1.120.000,00	1.064.000,00		56.000,00
Intervento di adeguamento antincendio Ospedale di Città di Castello	2.500.000,00	2.375.000,00		125.000,00
Intervento di miglioramento sismico Casa della Salute Città della Pieve - blocchi A, B e D	1.141.000,00	1.083.950,00		57.050,00
Intervento di miglioramento sismico Casa della salute di Marsciano	809.200,00	768.740,00		40.460,00
Intervento di miglioramento sismico Centro servizi Grocco - corpo A	1.190.000,00	1.130.500,00		59.500,00
Intervento di miglioramento sismico R.S.A. Brancaloni di Panicale	805.000,00	764.750,00		40.250,00
Intervento di miglioramento sismico Hospice di Perugia	672.000,00	638.400,00		33.600,00
Intervento di miglioramento sismico, riqualificazione, adeguamento antincendio ed impiantistico Immobile Madonna Alta	2.400.000,00	2.280.000,00		120.000,00
Intervento di miglioramento sismico, riqualificazione, adeguamento antincendio ed impiantistico ex Ospedale di Gubbio - blocchi C e D	2.200.000,00	2.090.000,00		110.000,00
Intervento di mitigazione acustica Ospedale di Città di Castello	750.000,00	712.500,00		37.500,00
Intervento di riqualificazione facciate e area esterna RSA S.Margherita	700.000,00	665.000,00		35.000,00
Sostituzione apparecchiature radiologiche analogiche e obsolete in dotazione dei servizi di Diagnostica per immagini dell'Azienda U.S.L. Umbria n. 1 ai sensi del D.Lgs. n. 101/2020 - Radioprotezione contro le radiazioni ionizzanti	2.500.000,00	2.375.000,00		125.000,00
Sostituzione apparecchiature ed attrezzature sanitarie obsolete in dotazione al blocco Operatorio dell'ospedale di Branca	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione TC Ospedale Media Valle del Tevere	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Sostituzione ed integrazione apparecchiature per diagnosi e trattamento per oculistica aziendale ospedali di CdC, Branca, MVT, Assisi e Casa della salute di CdP	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Intervento di miglioramento sismico e riqualificazione ex Ospedale Calai di Gualdo Tadino	6.581.009,54	6.251.959,06		329.050,48
Intervento di miglioramento sismico Poliambulatorio P.zzale Europa	3.281.250,00	3.117.187,50		164.062,50
Intervento di miglioramento sismico Centro salute di Todì	3.712.500,00	3.526.875,00		185.625,00
Intervento di miglioramento sismico e riqualificazione Padiglione Neri (Dipartimento di prevenzione - Centro formazione)	1.200.000,00	1.140.000,00		60.000,00
Opere edili ed impiantistiche per adeguamento antincendio Ospedale di Umbertide	400.000,00	380.000,00		20.000,00
Attrezzature elettromedicali da sostituire o integrare	1.529.452,38	1.452.979,76		76.472,62
Acquisti apparecchiature per servizi aziendali vari	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
<b>TOTALE AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1</b>	<b>37.491.411,92</b>	<b>35.616.841,32</b>	<b>100.000,00</b>	<b>1.774.570,60</b>
<b>AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2</b>				
Intervento di miglioramento sismico Unità organica riabilitativa neuromotoria di Trevi	3.840.000,00	3.648.000,00		192.000,00
Intervento di miglioramento sismico Hospice di Spoleto	1.194.000,00	1.134.300,00		59.700,00
Intervento di miglioramento sismico Ospedale di Spoleto	2.840.000,00	2.698.000,00		142.000,00
Realizzazione Ospedale Narni Amelia*	65.923.781,60	61.053.499,02		4.870.282,58
Acquisto dispositivi e applicativi informatici per la refertazione a distanza	334.000,00	317.300,00		16.700,00
TC Radiologia Orvieto	530.000,00	503.500,00		26.500,00
Ortopantomografo digitale diretto Radiologia P.O Orvieto	55.000,00	52.250,00		2.750,00
Upgrade colonna videoendoscopia Pentax -Endoscopia Digestiva P.O. Narni	191.720,00	182.134,00		9.586,00
<b>TOTALE AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2</b>	<b>74.908.501,60</b>	<b>69.588.983,02</b>	<b>-</b>	<b>5.319.518,58</b>
<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>				
Sostituzione impianto di chiamata	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione UTA e torri evaporative	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione acceleratore lineare	2.295.000,00	2.180.250,00		114.750,00
Sostituzione sistema digitale diretto polifunzionale	219.600,00	208.620,00		10.980,00
Sostituzione n. 6 ecotomografi	492.000,00	467.400,00		24.600,00
Sostituzione Risonanza Magnetica 1,5 tesla comprensiva di lavori strutturali ed impiantistici	1.500.000,00	1.425.000,00		75.000,00
Acquisto TAC comprensiva di lavori strutturali ed impiantistici	700.000,00	665.000,00		35.000,00
Implementazione infrastruttura informatica	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Ristrutturazione e ampliamento laboratorio di galenica e acquisto di relative attrezzature (camera bianca)	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Rifacimento sale operatorie	4.000.000,00	3.800.000,00		200.000,00
<b>TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	<b>12.206.600,00</b>	<b>11.596.270,00</b>	<b>-</b>	<b>610.330,00</b>
<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI</b>				
Adeguamento impianti ai fini della sicurezza antincendio Il stralcio	2.561.113,13	2.433.057,47		128.055,66
Adeguamento viabilità interna e isola ecologica	1.673.678,08	1.589.994,18		83.683,90
Adeguamento funzionale e antincendio Cappella	300.000,00	285.000,00		15.000,00
Ristrutturazione degenza Ginecologia e Ostetricia	600.000,00	570.000,00		30.000,00
Ristrutturazione sala conferenze	750.000,00	712.500,00		37.500,00
Palazzina Riabilitazione	300.000,00	285.000,00		15.000,00
Proseguimento intervento di messa in sicurezza Colle Obito	505.000,00	479.750,00		25.250,00
Realizzazione nuovo reparto pediatria, neonatologia e T.I.N.	926.529,37	367.792,50		558.736,87
<b>TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI</b>	<b>7.616.320,58</b>	<b>6.723.094,15</b>	<b>-</b>	<b>893.226,43</b>
<b>TOTALE REGIONE UMBRIA</b>	<b>132.222.834,10</b>	<b>123.525.188,49</b>	<b>100.000,00</b>	<b>8.597.645,61</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Note: \* Il costo complessivo dell'intervento è pari ad € 84.502.728,97, all'importo indicato nella tabella deve aggiungersi il finanziamento pari ad € 18.578.947,37 relativo alle risorse ex art. 20 l. 67/88 di cui all'Accordo di programma del 05/03/2013 (Intervento n. 21).

L'intervento più rilevante è la realizzazione del nuovo Ospedale di Narni Amelia che sarà dotato di 140 posti letto e sarà ubicato in un area del Comune di Narni, a monte della Strada Statale 205, nella zona compresa tra la cava di San Pellegrino e l'abitato di Fornole. Si tratta di una porzione di terreno, in gran parte occupato da un ex cava ora dismessa, che con l'intervento proposto verrà recuperato e riqualificato ricostruendo in modo artificiale l'antico fronte della collina.

Il progetto prevede la realizzazione dell'ospedale in posizione sopraelevata rispetto alla SS205, ciò consentirà di ridurre notevolmente i disturbi causati dalla rumorosità e dalle polveri emesse dal traffico stradale

La soluzione progettuale è una evoluzione dell'ospedale a padiglioni, che invece di essere separati si incernierano in un edificio centrale che funge sia da raccogliitore delle funzioni generali, sia da smistatore delle funzioni ospedaliere. Tale impostazione è stata arricchita dalla possibilità di accedere all'esterno da ogni Polo Dipartimentale in modo indipendente per mezzo dei terrazzamenti esistenti.

Si realizzeranno due accessi dalla strada provinciale: ad est per i visitatori ed utenti esterni ed a ovest per la logistica, il personale e le emergenze.

I parcheggi sono stati organizzati attorno ai sopracitati due accessi:

- ad est un parcheggio multipiano visitatori che da la possibilità di ricucire il paesaggio rispetto al vuoto lasciato dall'attività estrattiva;
- ad ovest un parcheggio per il personale in prossimità dell'ingresso agli spogliatoi e un area carico/scarico delle merci.

Infine si segnala la previsione di un percorso "ad anello" percorribile dai mezzi anche articolati dei Vigili del Fuoco che circonda tutto il complesso ospedaliero.

Il costo complessivo è pari ad euro 84.502.728,97, ripartito come segue:

- a. € 17.650.000,00 quota statale intervento n. 21 Accordo di programma ex art. 20 l. 67/88 del 05/3/2013
- b. € 928.947,37 quota cofinanziamento regionale intervento n. 21 Accordo di programma ex art. 20 l. 67/88 del 05/3/2013
- c. € 61.053.499,02 quota statale art. 20 l. 67/88 Accordo da sottoscrivere
- d. € 4.870.282,58 quota cofinanziamento aziendale

### 2a 3 Interventi progettuali

Le schede tecniche degli interventi saranno riportate in allegato al presente documento nella versione definitiva ed oggetto di trasmissione al Ministero attraverso l'applicativo Osservatorio degli investimenti pubblici.

### 2a 4 Offerta post-operam



**Situazione attesa stabilimenti ospedalieri**

AZ.	ANNO 2019			POST OPERAM			
	PRESIDI	STAB.TI	P.L.	PRESIDI	STAB.	DI CUI NUOVI	P.L.
ASL UMBRIA N. 1	3	7	513	3	7		513
ASL UMBRIA N. 2	4	8	718	4	6	1	666
AO.PG	1	1	795	1	1	-	795
AO TR	1	1	506	1	1	-	506
PRIVATI	-	-	251	-	-	-	251
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>2.783</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2731</b>

*Elaborazione dai Mod. HSP12, HSP13 NSIS Anno 2019 consultati il 15-12-2020 (i posti letto indicati sono pl per acuti)*

**2B COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

**2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità**

Le priorità individuate nel presente Programma contribuiscono, ciascuna, al raggiungimento dei principali obiettivi strategici, quali:

- massima integrazione tra ospedale e servizi territoriali;
- messa a norma sia dal punto di vista della sicurezza, della prevenzione incendi e della vulnerabilità sismica.

**2b 2 Analisi dei rischi**

PUNTI DI FORZA di tale piano sono la coerenza con la programmazione in corso e la sua collocazione all'interno di un quadro programmatico certo e definito, il mantenere la coerenza con un programma di riorganizzazione dell'attività ospedaliera all'interno di accordi con le comunità locali.

Altri aspetti rilevanti sono il miglioramento dell'efficienza e dell'assistenza.

PUNTI DI DEBOLEZZA sono procedure articolate e ridondanti che determinano allungamento dei tempi di programmazione e gestione delle risorse.

OPPORTUNITA' organicità tra la programmazione e gli interventi di riorganizzazione ospedaliera

RISCHI sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale.



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

### **3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE**

#### **3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE**

##### **3a1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale**

La coerenza del presente documento programmatico con le priorità della programmazione europea è evidente. La Commissione europea, infatti, nell'ambito dei lavori relativi al Quadro Strategico Nazionale 2021-2027, ha delineato le priorità di investimento che l'Italia è chiamata ad affrontare e su cui si dovrebbe concentrare la spesa dei fondi europei 2021-2027 per la politica di coesione.

Nell'ambito di ricerca e innovazione, la UE chiede all'Italia di far crescere il numero e le dimensioni delle imprese innovative nei settori ad alta intensità di conoscenza e con elevato potenziale di crescita; promuovere gli scambi di conoscenze tra enti di ricerca e i settori produttivi, in particolare le Pmi, attraverso partnership e formazione, ma anche di promuovere la digitalizzazione di cittadini, imprese e amministrazioni pubbliche.

In materia di clima ed energia si suggeriscono investimenti volti a migliorare l'efficienza energetica e a promuovere le tecnologie rinnovabili, puntando su una vasta opera di ristrutturazione del patrimonio immobiliare pubblico. Sono inoltre considerati prioritari investimenti volti ad aumentare resilienza idrogeologica e sismica nonché a realizzare infrastrutture verdi finalizzate al ripristino dell'ecosistema nelle aree urbane più vulnerabili a cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico.

In tema di connettività, si insiste sulla necessità di realizzare la rete a banda ultralarga, mentre per i trasporti si sottolinea la necessità di completare le linee ferroviarie che fanno parte della Rete di trasporto trans-europea (Tetn) e di puntare sulla multimodalità.

Prioritari, nel campo dei diritti sociali, sono considerati gli investimenti che migliorino l'accesso al mercato del lavoro (in particolare per donne e giovani) e che aumentino la qualità del sistema di istruzione e formazione.

Inoltre, poiché la percentuale di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale resta tra le più elevate dell'UE, si ritengono indispensabili servizi sociali e infrastrutture di elevata qualità e accessibili. Infine vista l'ampia diversità geografica che contraddistingue l'Italia, si ritengono necessarie "strategie territoriali attuate in sinergia con gli altri obiettivi politici, con il fine primario di promuovere lo sviluppo economico e sociale delle zone più colpite dalla povertà". In ambito territoriale, si sottolinea anche la necessità di investire sul patrimonio culturale e di sostenere le imprese che operano nel settore.

##### **3a2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale**

Con la Riforma del Titolo V, la Regione Umbria, attraverso il rafforzamento della potestà legislativa, può svolgere in maniera più penetrante che in passato, le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione del Servizio Sanitario Regionale. In tale contesto, gli strumenti della programmazione sanitaria regionale, a partire dal PSR, nel pieno rispetto degli indirizzi del Piano Sanitario nazionale e della normativa di riferimento nazionale (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 s.m.i., D.P.C.M.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

29.11.2001 e D.P.C.M. 12.01.2017), si inseriscono nel più ampio sistema di programmazione regionale e nel governo economico e sociale della Regione.

Il Piano Sanitario Regionale mantiene la natura di documento di programmazione strategica, a cui viene affidato il compito di individuare le scelte e le priorità fondamentali e di identificare le esigenze di innovazione della legislazione sanitaria regionale, rinviando alla programmazione attuativa la definizione di standard e di modelli operativi. La soluzione individuata consiste nell'assoggettare l'intero ciclo della programmazione strategica ed attuativa sanitaria, alle procedure e ai tempi previsti per gli atti di programmazione generale della Regione, operando così una forte semplificazione.

Il Piano Sanitario Regionale, a fronte di una impostazione meno prescrittiva, trova annualmente nel Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER), tenuto conto dei risultati effettivamente raggiunti nell'anno precedente e delle eventuali variazioni di contesto economico sociale, nazionale e regionale, lo strumento per l'aggiornamento e le modificazioni dello stesso nonché per la definizione di dettaglio degli obiettivi.

Nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza regionale, la revisione annuale della programmazione sanitaria, con le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa, può utilizzare anche lo strumento del collegato alla legge finanziaria regionale, per intervenire su tematiche quali i livelli essenziali di assistenza, i criteri di accesso alle prestazioni e le regole di gestione del servizio sanitario.

Il presente documento programmatico è coerente con il Piano Sanitario Regionale 2021-2025 preadottato dalla Regione Umbria in quanto lo stesso prevede sia la dismissione di vecchi complessi ospedalieri e/o loro ricostruzione ex novo in siti più idonei, in modo coerente con quanto previsto dalla nuova programmazione delle reti ospedaliere e territoriali, che la finalità relativa all'adeguamento alle norme di sicurezza delle strutture sanitarie ed ospedaliere.

### **3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI**

#### **3b 1 Analisi delle condizioni**

Le variabili esogene che potrebbero influire sul raggiungimento degli obiettivi del presente documento programmatico possono sintetizzarsi come segue:

- misure di politica economica, che possono far variare considerevolmente le priorità su cui una comunità decide di puntare;
- aspetti economici e finanziari sia nazionali che regionali che locali possono mettere in discussione la disponibilità di risorse;
- disponibilità di risorse amministrative e gestionali legate a congiunture politico amministrative o gestionali che possono bloccare o ritardare i lavori;
- aspetti socio/culturali: difficoltà legate alla necessità di far comprendere ai vari stakeholders locali il nuovo ruolo dell'assistenza ospedaliera che deve integrarsi con l'assistenza territoriale;
- evoluzione della tecnologia: i cambiamenti tecnologici che potrebbero intervenire tra la programmazione e la realizzazione dei lavori, potrebbero rendere necessario un aggiornamento della programmazione, con conseguente dilatazione dei tempi di realizzazione.

Risulta pertanto opportuno dar seguito in tempi rapidi alle procedure amministrative necessarie al fine di pervenire alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma e consentire l'utilizzo delle relative risorse.



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

### **3b 2 Sostenibilità economica e finanziaria**

La realizzazione degli interventi compresi nel presente documento programmatico prevede, oltre alla quota statale e regionale, anche l'utilizzo di risorse delle Aziende sanitarie ed ospedaliere.

Con riferimento alla quota regionale prevista, pari ad € 100.000,00, la copertura finanziaria è assicurata da uno specifico stanziamento del Bilancio di previsione regionale.

### **3b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale**

La sostenibilità amministrativa e gestionale del Programma è assicurata dal rispetto delle procedure previste per tali finanziamenti, sia a livello nazionale (D.Lgs. 50/2016, l. 67/88, Accordi Stato-Regioni del 19/12/2002 e del 28/02/2008) che regionale (D.G.R. n. 1395/2018).

### **3b 4 Sostenibilità di risorse umane**

La sostenibilità del Programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/sostituzioni/turn-over accompagnata da percorsi formativi per (ri)qualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a mantenere stabile la spesa complessiva per le risorse umane.

Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione quali-quantitativa dell'offerta sanitaria.

### **3b 5 Sostenibilità ambientale**

L'insieme degli interventi di questo Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

È quindi necessario che le strutture sanitarie promuovano le tecnologie più rispettose dell'ambiente, i consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, ed in generale una gestione del sistema più efficiente dal punto di vista ambientale. Nel dettaglio, il settore sanitario deve impegnarsi a mettere in atto le azioni volte a favorire l'ecosostenibilità degli edifici (ospedali, ambulatori) introducendo sistemi avanzati di ventilazione, climatizzazione e illuminazione, in grado di ridurre al minimo i consumi energetici e di creare un migliore equilibrio termico all'interno; predisporre spazi verdi, gestiti secondo principi biologici per rendere più confortevole la permanenza dei pazienti e dei visitatori all'interno delle strutture, accrescendone il benessere visivo; curare aspetti quali la mobilità a basso impatto ambientale dei dipendenti, la coltivazione e il trasporto delle derrate alimentari, lo smaltimento dei



## Regione Umbria

Giunta Regionale

rifiuti non infettivi (reagenti chimici, farmaci, ecc.), l'eliminazione del consumo di acqua in plastica monouso.

In coerenza a quanto esposto la Regione Umbria ha avviato l'ammodernamento del proprio patrimonio ospedaliero sostituendo immobili vetusti e/o in zone sismiche ad alto rischio.

La definizione dell'identità di un nuovo ospedale può inoltre rappresentare l'occasione per una riqualificazione del territorio favorendo, attraverso le politiche per lo sviluppo delle infrastrutture e di trasporto, l'efficientamento e la semplificazione delle reti socio-sanitarie nell'ottica di una relazione dinamica tra territorio e ospedale.

### 4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

#### 4A SISTEMA DEGLI INDICATORI

(Fonte Libro bianco pag. 108-110)

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare "valore", ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità a tutti i cittadini umbri.

La Regione Umbria ha fissato tra gli obiettivi di programmazione sanitaria la messa a punto sistematica di un efficace sistema di valutazione della performance delle strutture sanitarie finalizzato ad obiettivi di salute, di efficienza nell'erogazione dei servizi, di sostenibilità finanziaria e di equità nell'accesso agli stessi.

Successivamente, con D.G.R. n. 1838/2008, la Regione Umbria ha approvato un Protocollo di Intesa con la Regione Toscana per l'adozione, tenuto conto delle proprie specificità, del sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario Toscano, progettato e sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tale sistema di valutazione della performance, costituisce uno strumento di governo del sistema sanitario regionale mediante il quale gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e che consente di integrare il governo della spesa con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino.

Il Sistema di Valutazione della Performance consente di misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere.

La presentazione dei dati sempre in *benchmarking* tra le realtà aziendali dell'Umbria facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Il sistema di *reporting* multidimensionale dei risultati diventa, quindi, strumento di valutazione ed indirizzo strategico.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### 4a 1 Indicatori di contesto

I risultati del Sistema di Valutazione della Performance descritto sono rappresentati con uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda. Nel bersaglio, un sistema di cerchi concentrici, vanno a posizionarsi tutti gli obiettivi valutati. Il bersaglio è in grado di evidenziare subito lo stato della performance raggiunta dal soggetto analizzato, individuando gli obiettivi positivi collocati al centro del bersaglio in zona verde scura (performance ottimale) e gli obiettivi negativi che si collocano lontano dal centro nelle zone periferiche del bersaglio (zona rossa – performance pessima).

Il valore raggiunto da ogni singolo obiettivo, infatti, viene valutato attraverso uno score che permette la sua collocazione precisa in uno dei cerchi del bersaglio.

La valutazione della performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori da 0 a 5 come riportati in figura.

#### Fasce di valutazione della performance

VERDE	4 - 5	→	Performance ottima
VERDINO	3 - 4	→	Performance buona
GIALLO	2 - 3	→	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	→	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	→	Performance molto scarsa

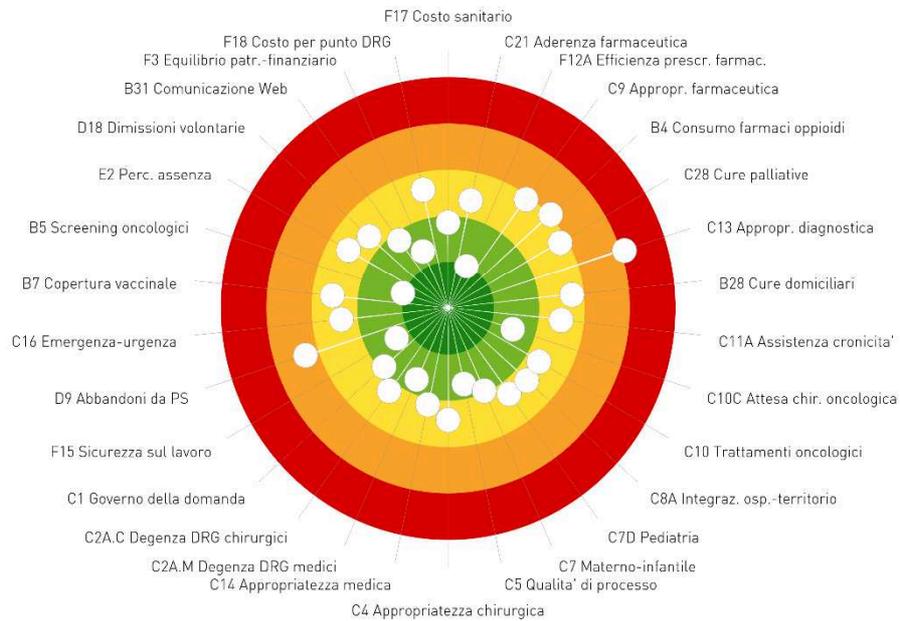
Più è alto lo score, più si centra il bersaglio e si finisce nel cerchio più interno (zona verde scura); più è basso il punteggio dello score ottenuto rispetto all'obiettivo prefissato e meno si centra il bersaglio, collocandosi di fatto nel cerchio rosso, cerchio più esterno. La valutazione di tutti gli obiettivi determina una visione di insieme delle performance della struttura che ha possibilità di rilevare immediatamente le performance/situazioni più critiche (punti di debolezza) e le performance/situazioni più favorevoli (punti di forza). Nel bersaglio vengono misurate 6 dimensioni di valutazione delle performance sanitarie. In particolare il sistema conta più di 600 indicatori di analisi, di questi circa la metà sono di osservazione e tutti gli indicatori del sistema sono raggruppati in 60 indicatori di sintesi che convogliano nelle 6 dimensioni e rappresentati dai pallini nel bersaglio.

Si riportano di seguito i bersagli della Regione Umbria anno 2018 e anno 2019:

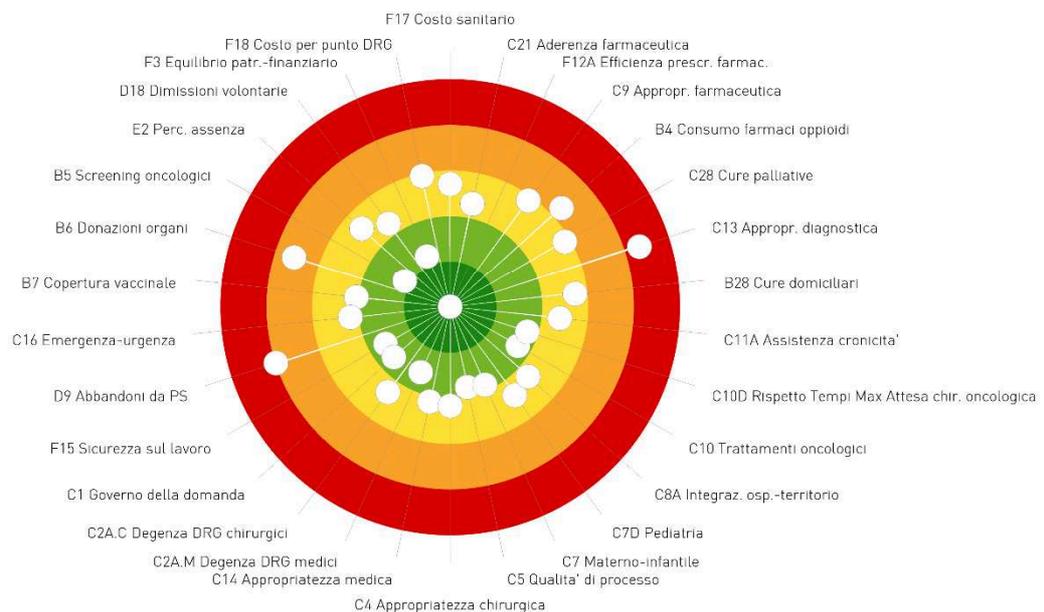
#### Bersagli della Regione Umbria anno 2018 e anno 2019



**Bersaglio 2018  
Umbria**



**Bersaglio 2019  
Umbria**



Fonte: sito web Sistema di Valutazione delle Performance – Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

**4a 2 Indicatori di programma**

Per la disamina del sistema di indicatori specifici del presente programma si fa rinvio alla tabella 3C.



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

#### **4a 3 Indicatori di efficacia ed efficienza**

Sempre all'interno del processo strutturato di valutazione delle Aziende Sanitarie umbre vengono utilizzati indicatori per la valutazione socio-sanitaria che consentono di valutare i risultati ottenuti in termini di qualità clinica, efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'efficienza, viene valutata sia in ambito ospedaliero che territoriale, mirando ad evidenziare la capacità del territorio di integrarsi efficacemente con l'assistenza ospedaliera.

#### **4a 4 Definizione del Sistema di Indicatori**

Il sistema di indicatori utilizzato classifica i risultati di output in quattro ambiti:

- La soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti;
- La qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- L'appropriatezza e la continuità di cura dei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- La capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Le dimensioni della valutazione sono:

- La valutazione dei livelli di salute della popolazione
- La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale
- La valutazione socio-sanitaria
- La valutazione esterna
- La valutazione interna
- La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

#### **4a 5 Fonti di verifica**

Il sistema è alimentato con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali, da indagini sistematiche con significatività statistica che garantiscono l'omogeneità delle metodologie adottate.

### **4B IMPATTI DEL PROGRAMMA**

#### **4b 1 Accettabilità sociale del programma**



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Il programma, per ciò che concerne gli interventi di adeguamento alla normativa relativa alla sicurezza delle strutture ed alla sostituzione delle apparecchiature obsolete, non presenta problemi di accettabilità sociale.

Con riferimento alla realizzazione dell'ospedale di Narni Amelia, il progetto è stato approvato con apposito Accordo di Programma sottoscritto dalla Regione Umbria, dall'Azienda U.S.L. Umbria n. 2, dalla Provincia di Terni, dal Comune di Narni e dal Comune di Amelia.

Pertanto, il progetto è stato condiviso con le comunità locali come strategia di riorganizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza dell'offerta sanitaria.

### **4b 2 Valore aggiunto del programma**

Come risulta evidente dal presente DP la proposta di accordo di programma si inserisce nel contesto di una programmazione di settore attiva ed operante dalla metà degli anni '90, costituendone uno dei passaggi nel processo generale di riorganizzazione della rete dei servizi, risulta pertanto evidente come il valore aggiunto risieda nella continuità delle strategie generali condivise con le comunità locali e nel monitoraggio periodico dell'avanzamento attraverso la verifica degli standard di dotazione e di ospedalizzazione.

### **4b 3 Health Technology Assessment**

(Fonte Libro bianco pag. 76-77)

Negli ultimi 30 anni l'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti: l'avanzare delle biotecnologie, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica, accompagnandosi, purtroppo, ad un consistente incremento dei costi. Per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. L'Health Technology Assessment (HTA) risponde a questa pressante esigenza.

L' HTA è pertanto il processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. In particolare, con il termine "Assessment" (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di:

- qualità e sicurezza: intesa come capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto a una precisa problematica, considerandone i rischi legati all'utilizzo e valutandone conseguentemente l'accettabilità;
- appropriatezza: sia in termini clinici che organizzativi, mediante la promozione e l'elaborazione di protocolli;
- produttività: intesa sia come valutazione delle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi sanitari, che come valutazione dell'effetto dell'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari;



## Regione Umbria

Giunta Regionale

- iniziativa: intesa come capacità dei decisori di qualsiasi livello di non lasciarsi “travolgere” passivamente dall’innovazione, ma al contrario di indirizzarla verso le priorità individuate, in un contesto in cui esiste un divario tra ampliamento delle possibilità di scelta, legate all’accelerato progresso biomedico e indebolimento delle capacità di scelta.

Attualmente il Ministero della Salute e le Regioni, con il supporto di AGENAS, sono impegnate nell’attuazione del Programma nazionale HTA dei dispositivi medici, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017.

La Regione Umbria ha aderito alla Rete Italiana HTA (RIHTA) (DGR n. 816/2012). Inoltre con DGR n.58/2016 è stata istituita la Struttura regionale per la Valutazione HTA (Nucleo di Valutazione regionale per l’Health Technology Assessment – Nucleo HTA), in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 1, cc. 551, 552 e 570 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di Stabilità 2016).

La DGR 58/2016 disciplina le modalità inerenti il procedimento autorizzativo per l’acquisizione, da parte delle Aziende Sanitarie regionali, di quelle apparecchiature che necessitano di controllo preventivo di congruità da parte della Giunta regionale ai sensi del art. 83, c. 2 della LR 11/2015, elencate nella DGR 1226/2017.

La valutazione HTA viene effettuata avvalendosi del supporto del Centro regionale integrato per la Ricerca biomedica e dei servizi sanitari e per la Valutazione delle Tecnologie sanitarie (CRIVAT), per le apparecchiature acquisite quale potenziamento dell’attività, che rientrano nell’elenco di cui alla DGR 1226 del 2017. Il tutto si evolverà in maniera più strutturata grazie al Comitato Regionale di Valutazione (C.RE.VA), istituito con D.G.R. n. 606 del 30/06/2021, con il compito di verificare la sostenibilità economica e amministrativa di azioni attuative della programmazione regionale.

## 5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

### **5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA**

#### **5.a.1. Presupposti organizzativi e finanziari**

La gestione del programma segue quanto previsto nell’Accordo sulle procedure del 28/02/2008 sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Le attività di gestione del programma vengono svolte istituzionalmente dalla Direzione regionale Salute e Welfare dell’Assessorato alla Salute ed alle Politiche sociali della Regione Umbria.

In riferimento ai presupposti finanziari si rimanda a quanto esposto nel capitolo 3.b relativo alla sostenibilità degli interventi.

#### **5.a.2. Presupposti economici e sociali**

Le proposte di intervento contemplate dal presente Accordo derivano dalla valutazione dello stato di delle attuali strutture, raffrontato con la capacità delle medesime di rispondere con efficacia e efficienza alla domanda di servizi, nonché di supportare e favorire processi di innovazione e sviluppo in ambito sanitario.



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Al fine della definizione degli interventi sono stati coinvolti i diversi soggetti attuatori interessati nella realizzazione dei programmi di intervento, al fine di valutare e definire le azioni da intraprendere per il successo delle iniziative.

### **5.a.3. Qualità e intensità delle relazioni con il partenariato**

Il presente documento programmatico non prevede interventi da realizzare attraverso l'apporto di capitale privato.

### **5B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA**

La Regione Umbria ha attivato, tramite la piattaforma Google Workspace, accessibile alle Aziende sanitarie regionali e al personale regionale competente, attività di monitoraggio intermedio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, al fine di ridurre i tempi di istruttoria.

#### **5.b.1. Monitoraggio finanziario**

Il monitoraggio finanziario degli interventi previsti nel programma di investimenti art.20 Legge 67/1988 viene realizzato attraverso i dati trasmessi annualmente dagli Enti attuatori, secondo il modello esemplificativo di cui al MODULO C) dell'Accordo Stato-Regioni del 19/12/2002. La ricognizione dello stato di attuazione così effettuata costituisce la base per le attività di monitoraggio, di modifica e di aggiornamento prevista dall'art. 5 bis del D. L.vo 502/1992.

Il Legale rappresentante dell'Ente attuatore approva con propria Delibera il Modulo C aggiornato con i dati al 31/12 e lo trasmette alla Regione entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, corredato da una relazione sulle cause che possono aver determinato eventuali scostamenti o ritardi nella realizzazione degli interventi rispetto all'originario cronoprogramma, con la rideterminazione della nuova tempistica.

Successivamente la Regione trasmette sia in forma cartacea che tramite il sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" di N.S.I.S., i moduli al Ministero della Salute.

#### **5.b.2. Monitoraggio fisico**

Il monitoraggio fisico degli interventi previsti nel programma di investimenti art.20 Legge 67/1988 viene realizzato attraverso i dati trasmessi annualmente dagli Enti attuatori, secondo il modello esemplificativo di cui al MODULO C) dell'Accordo Stato-Regioni del 19/12/2002. La ricognizione dello stato di attuazione così effettuata costituisce la base per le attività di monitoraggio, di modifica e di aggiornamento prevista dall'art. 5 bis del D. L.vo 502/1992.

Il Legale rappresentante dell'Ente attuatore approva con propria Delibera il Modulo C aggiornato con i dati al 31/12 e lo trasmette alla Regione entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, corredato da una relazione sulle cause che possono aver determinato eventuali scostamenti o ritardi nella realizzazione degli interventi rispetto all'originario cronoprogramma, con la rideterminazione della nuova tempistica.

Successivamente la Regione trasmette sia in forma cartacea che tramite il sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" di N.S.I.S., i moduli al Ministero della Salute.



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

### **5.b.3. Monitoraggio procedurale**

Il monitoraggio procedurale viene previsto al fine di verificare lo stato di attuazione con riferimento ad interventi di una certa complessità e rilevanza strategico-finanziaria, che, coinvolgendo più amministrazioni, necessitano di momenti di raccordo, concertazione e verifica. A tal fine la Regione Umbria prevede la costituzione di appositi collegi di vigilanza sullo stato di attuazione degli Accordi interistituzionali. Infatti, con D.G.R. n. 976/2020, la Giunta Regionale ha provveduto ad aggiornare il Collegio di Vigilanza sull'esecuzione degli Accordi di programma del 13/03/2012, del 10/10/2014 e del 13/10/2017 tra la Regione Umbria, l'Azienda U.S.L Umbria n. 2, la Provincia di Terni, il Comune di Narni ed il Comune di Amelia per la realizzazione dell'Ospedale di Narni Amelia. A tale riguardo, con D.G.R. n. 70/2021 la Giunta Regionale ha, tra l'altro, approvato lo schema di un nuovo Accordo di programma per la realizzazione dell'ospedale Narni Amelia che è stato sottoscritto in data 8/02/2021 dai sopra citati enti. Con tale atto viene anche confermata la composizione del Collegio di vigilanza di cui alla citata D.G.R. n. 976/2020.

Il Collegio svolge i seguenti compiti e funzioni:

- vigila sulla puntuale esecuzione ed attuazione del presente accordo;
- dirime le eventuali controversie, insorte tra le parti, relative all'interpretazione o all'esecuzione dello stesso accordo;
- decide, adottando gli opportuni provvedimenti, qualora si verificano situazioni impreviste o non disciplinate dall'accordo, che comportino comunque, modeste modifiche o variazioni.



**ALLEGATO N. 1 SCHEDE DI RIFERIMENTO**

**SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE**

**CORRELAZIONE DELL'ADP CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

**Tabella 1**

<b>ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO</b>	<b>NOTE</b>
Il Piano Sanitario Regionale vigente è il P.S.R. 2009-2011, approvato con D.C.R. n. 298/2009	Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 prevede la realizzazione degli ospedali di territorio che andranno a sostituire ed accorpate i presidi già esistenti consentendo alla Regione Umbria la completa attuazione delle proprie linee programmatiche attinenti la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Tra gli ospedali previsti figura anche l'Ospedale Narni-Amelia. Inoltre il Piano prevede, tenuto conto delle esigenze delle aziende sanitarie, la messa a norma delle strutture ed il potenziamento tecnologico.
Riorganizzazione Servizio Sanitario Regionale umbro (Fonte D.G.R. n. 635/2019 Preadozione Piano Sanitario Regionale 2019-2021 pag. 10-12)	I principali provvedimenti e le linee guida approvati dalla Regione Umbria per la riforma del sistema sono stati i seguenti: <ul style="list-style-type: none"><li>– D.C.R. n. 298/2009 di adozione del P.S.R. 2009-2011;</li><li>– D.G.R. N. 97 del 11.02.2013 "Procedure operative per la gestione della nuova terapia dell'Epatite cronica C (DAA)";</li><li>– D.G.R. N. 978 09.09.2013 "Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con soprallivellamento del tratto ST (STEMI);</li><li>– DGR N. 41 del 28.01.2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)";</li><li>– D.G.R. N. 158 24.02.2014 del "Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con Ictus. Approvazione";</li><li>– D.G.R. N. 159 del 24.02.2014 "Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione";</li><li>– D.G.R. N. 933 del 28.07.2014 "Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano sulla Malattia Diabete" (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)";</li><li>– D.G.R. N. 1796 del 29.12.2014 "Interventi finalizzati alla riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria alle persone con disabilità complessa cognitivo-relazionale";</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- D.G.R. N. 364 del 27.03.2015 "Indirizzi sulle attività di Psicologia nel SSR";</li><li>- D.G.R. N. 1799 del 29.12.2014 "Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 13 novembre 2014 e approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 - Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica"</li><li>- D.G.R. N. 746 del 28.05.2015, approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, Parte 2 – I progetti: approvazione"</li><li>- D.G.R. N. 1411 del 30.11.2015 "Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore";</li><li>- D.G.R. N. 1627 del 29.12.2015 "Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio";</li><li>- D.G.R. N. 53 del 25.01.2016 "DGR n. 1772 del 27 dicembre 2012 "legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" - attività del Coordinamento regionale per le cure palliative - approvazione schema di convenzione per le cure palliative con le organizzazioni di volontariato e requisiti di accreditamento";</li><li>- D.G.R. N. 212 del 29.2.2016 "Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del SSR" attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione";</li><li>- D.G.R. N. 389 del 11.04.2016 "Misure relative all'appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012";</li><li>- D.G.R. n. 498 del 9.05.2016 "Aggiornamento ed integrazione del Piano Straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 4 agosto 2014). Obiettivi per il biennio 2016-2018";</li><li>- D.G.R. N. 569 del 23.05.2016 "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi del comportamento";</li><li>- D.G.R. N. 626 del 07.06.2016 approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Umbria, Regione Marche e Regione Toscana, sottoscritto in data 15 giugno 2016 con cui i Governatori delle tre regioni che hanno concordato di istituire sedi e momenti di collaborazione e di coordinamento, linee di azione comuni e progetti di collaborazione in diversi ambiti tematici, tra cui quello della salute e welfare (quali ad es. la gestione dell'emergenza-urgenza, trapianti e sangue,</li></ul>
--	---



	<p>mobilità sanitaria H.T.A. e ricerca, centralizzazione acquisti in sanità);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– D.G.R. N. 705 del 27.06.2016 “Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.”</li><li>– D.G.R. N. 729 del 29.06.2016 “Linee d'indirizzo relative a "Percorsi riabilitativi per le gravi cerebrolesioni e i traumi cranici nella Regione Umbria";</li><li>– D.G.R. N. 889 del 01.08.2016 “Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018. Approvazione”;</li><li>– D.G.R. N. 1019 del 12.09.2016 “Recepimento del ‘Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;</li><li>– D.G.R. N. 1191 del 24.10.2016 “Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del ‘Paziente con Dolore toracico in Pronto Soccorso’ e del ‘Paziente con sospetta tromboembolia polmonare in Pronto Soccorso’. Approvazione”;</li><li>– D.G.R. N. 1330 del 21.11.2016 “Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”. Fondo regionale per la non autosufficienza – Programmazione delle risorse Anno 2016” con cui, in attuazione del P.R.I.N.A. (Piano Regionale Integrativo Non Autosufficienza) vigente, è stata recepita l’Intesa Rep. Atti n. 101/CU del 3 agosto 2016, sullo schema di Decreto interministeriale, successivamente confermato nei contenuti, concernente il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, per l’anno 2016”;</li><li>– D.G.R. N. 1411 del 05.12.2016 “Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito”;</li><li>– D.G.R. N.207 del 06.03.2017 con cui è stata dichiarata conclusa la fase sperimentale di cui alla DGR 909 del 29 luglio 2011 con la quale era stata attivata l’erogazione di un assegno di sollievo mensile articolato in tre fasce a favore di persone residenti in Umbria e assistite presso il proprio domicilio affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da SLA in fase avanzata;</li><li>– Nuovo Piano Sociale Regionale, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 7 marzo 2017, n. 156, atto di programmazione strettamente integrato con il Piano sanitario regionale (art. 12 comma 3 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali);</li><li>– D.G.R. N. 274 del 20.03.2017 “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019” (PNPV) di cui all’intesa sottoscritta in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017(Rep. atti n. 10/CSR);</li><li>– D.G.R. N.902 del 28.07.2017 “Piano Nazionale della Cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni”;</li></ul>
--	---



## Regione Umbria

Giunta Regionale

	<ul style="list-style-type: none"><li>– D.G.R. N.903 del 28.07.2017 “Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)”;</li><li>– D.G.R. N. 344 del 16/04/2018 “Indicazioni operative per l'attuazione in Umbria del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017/2019: aggiornamento "Protocollo regionale vaccinazioni”</li><li>– D.G.R. del 02.07.2018, n. 736, “Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 – rimodulazione per l’anno 2018 e proroga al 31 dicembre 2019”</li><li>– D.G.R. N. 971 del 10.09.2018 “Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo Modello Organizzativo”;</li><li>– D.G.R. N. 1170 del 22/10/2018 “Riorganizzazione dei centri di formazione aziendale. Nomina Gruppo di lavoro”;</li><li>– D.G.R. N. 134/2021 Libro Bianco Sanità e sociale 2019, Linee Strategiche del nuovo Piano Sanitario Regionale;</li><li>– D.G.R. n. 635/2019 Preadozione Piano Sanitario Regionale 2019-2021;</li><li>– D.G.R. n. 1308/2020 “Recepimento Piano Nazionale della Prevenzione di cui all’Intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 6 agosto 2020 e nomina Coordinatore del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025”;</li><li>– D.G.R. n. 1138/2021 Piano Sanitario Regionale 2021-2025. Preadozione;</li></ul>
--	--



**CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI**

**Tabella 2**

<b>PROGRAMMA</b>	<b>PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO</b>	<b>NOTE</b>
Accordo di programma precedente: Accordo di programma del 5 marzo 2003 ed integrativo del 16 dicembre 2016	<b>Programma completato al 100%</b>	
Programma AIDS e malattie infettive	<b>Programma completato al 100%</b>	
Programma libera professione	<b>Programma completato al 100%</b>	
Programma materno infantile	<b>Programma completato al 100%</b>	
Programma radioterapia	<b>Programma completato al 100%</b>	
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	<b>Non riguarda il Sistema Sanitario Umbro</b>	Non riguarda il Sistema Sanitario Umbro

**OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'A D P**

**Tabella 3a**

**OBIETTIVI GENERALI DELL'A D P**

<b>G1 OBIETTIVO</b>
Contribuire all'attuazione delle linee strategiche del Nuovo Piano Sanitario Regionale attraverso un Servizio sanitario regionale equo, efficace ed efficiente in tutto il territorio umbro.



**Tabella 3b**

**OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A D P**

<b>OBIETTIVI</b>	
<b>S1</b>	<b>Riorganizzazione della rete ospedaliera</b> L'obiettivo specifico è quello di diversificare la risposta ospedaliera in base ai bisogni di salute ed aumentare l'appropriatezza nell'offerta
<b>S2</b>	<b>Ammodernamento tecnologico</b> L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare le capacità di diagnosi ai progressi scientifici e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.
<b>S3</b>	<b>Adeguamento normativo e ristrutturazione</b> L'obiettivo specifico è garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.

**Tabella 3c**

**OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI</b>
<b>Riorganizzazione della rete ospedaliera</b>	SI	Perseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione in termini di dotazione di posti letto	SI
<b>Ammodernamento tecnologico</b>	SI	Garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente	SI
<b>Adeguamento normativo e ristrutturazione</b>	SI	Perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle strutture fissati dalla normativa nazionale	SI



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A D P (IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)

Tabella 4

<b>ESERCIZIO FINANZIARIO</b>	<b>STATO</b>	<b>REGIONE</b>	<b>AZIENDE</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ANNO 2022</b>	123 525.188,49	100.000,00	8.597.645,61	<b>132.222.834,10</b>

### PRESENZA NELL'A D P DI QUOTE DI FINANZIAMENTO PER SPECIFICHE FINALITÀ

Tabella 5

<b>LINEE DI FINANZIAMENTO CORRELATE</b>	<b>NUMERO INTERVENTI INTERESSATI</b>	<b>IMPORTO FINANZIAMENTI</b>	<b>NOTE</b>
Programma art. 71 L 448 /98	0	0	
Programma AIDS e malattie infettive	0	0	
Programma libera professione	0	0	
Programma materno infantile	0	0	
Programma radioterapia	0	0	
Programma cure palliative	0	0	
Programma INAIL	0	0	
Altro (es. Fondi Aree Sottoutilizzate)	0	0	

### ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE

Tabella 6

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>N° INTERVENTI PER CATEGORIA</b>	<b>LIVELLO DI PROGETTAZIONE</b>				
		<b>Studio di fattibilità</b>	<b>Documento preliminare alla progettazione</b>	<b>Progetto preliminare</b>	<b>Progetto definitivo</b>	<b>Progetto esecutivo</b>
Nuova costruzione	1					1
Ristrutturazione	24	23		1		
Restauro						
Manutenzione	2	2				
Completamento	4	2				2
<b>TOTALE</b>	<b>31</b>	<b>27</b>		<b>1</b>		<b>3</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI F.NTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Riorganizzazione della rete ospedaliera	1	61.053.499,02		4.870.282,58	65.923.781,60	49,86
Ammodernamento tecnologico	17	14.579.433,76	100.000,00	667.338,62	15.346.772,38	11,61
Adeguamento normativo e ristrutturazione	30	47.892.255,71		3.060.024,41	50.952.280,12	38,54
<b>TOTALE</b>	<b>48</b>	<b>123.525.188,49</b>	<b>100.000,00</b>	<b>8.597.645,61</b>	<b>132.222.834,10</b>	<b>100,00</b>

### FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

CATEGORIA	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZ.TI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	14	78.351.348,99		6.320.075,11	84.671.424,10	64,04
Assistenza territoriale	9	17.327.952,50		911.997,50	18.239.950,00	13,79
Assistenza residenziale	2	1.429.750,00		75.250,00	1.505.000,00	1,14
Sistemi informatici	2	792.300,00		41.700,00	834.000,00	0,63
Apparecchiature	15	13.787.133,76	100.000,00	625.638,62	14.512.772,38	10,98
Altro	6	11.836.703,24		622.984,38	12.459.687,62	9,42
<b>TOTALE</b>	<b>48</b>	<b>123.525.188,49</b>	<b>100.000,00</b>	<b>8.597.645,61</b>	<b>132.222.834,10</b>	<b>100,00</b>



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZ.TI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Nuova costruzione	1	61.053.499,02		4.870.282,58	65.923.781,60	49,86
Ristrutturazione	24	41.167.511,54		2.706.090,50	43.873.602,04	33,18
Restauro						
Manutenzione	2	1.900.000,00		100.000,00	2.000.000,00	1,51
Completamento	4	4.824.744,18		253.933,90	5.078.678,08	3,84
Acquisto di Immobili						
Acquisto di attrezzature	17	14.579.433,76	100.000,00	667.338,62	15.346.772,38	11,61
<b>TOTALE</b>	<b>48</b>	<b>123.525.188,49</b>	<b>100.000,00</b>	<b>8.597.645,61</b>	<b>132.222.834,10</b>	<b>100,00</b>

### VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
	P - A	
A1-Quadro demografico della Regione	P	
A2 -Quadro epidemiologico della Regione	P	
A3 -Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	
A4-Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	
A5 -Analisi dell'offerta	P	
A6 -Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	P	



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

**ALLEGATO N. 2 ELENCO INTERVENTI PROGRAMMA INVESTIMENTI IN EDILIZIA E  
TECNOLOGIE SANITARIE REGIONE UMBRIA**



# Regione Umbria

Giunta Regionale

AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1				
INTERVENTO	IMPORTO TOTALE	QUOTA STATALE DELIBERA CIPE N. 51/2019 E L.N. 178/2020	COFINANZ. REGIONALE	COFINANZ. AZIENDALE
Intervento di miglioramento sismico Centro Ospedaliero Riabilitazione Intensiva (CORI) di Passignano	1.120.000,00	1.064.000,00		56.000,00
Intervento di adeguamento antincendio Ospedale di Città di Castello	2.500.000,00	2.375.000,00		125.000,00
Intervento di miglioramento sismico Casa della Salute Città della Pieve - blocchi A, B e D	1.141.000,00	1.083.950,00		57.050,00
Intervento di miglioramento sismico Casa della salute di Marsciano	809.200,00	768.740,00		40.460,00
Intervento di miglioramento sismico Centro servizi Grocco - corpo A	1.190.000,00	1.130.500,00		59.500,00
Intervento di miglioramento sismico R.S.A. Brancaloni di Panicale	805.000,00	764.750,00		40.250,00
Intervento di miglioramento sismico Hospice di Perugia	672.000,00	638.400,00		33.600,00
Intervento di miglioramento sismico, riqualificazione, adeguamento antincendio ed impiantistico Immobile Madonna Alta	2.400.000,00	2.280.000,00		120.000,00
Intervento di miglioramento sismico, riqualificazione, adeguamento antincendio ed impiantistico ex Ospedale di Gubbio - blocchi C e D	2.200.000,00	2.090.000,00		110.000,00
Intervento di mitigazione acustica Ospedale di Città di Castello	750.000,00	712.500,00		37.500,00
Intervento di riqualificazione facciate e area esterna RSA S.Margherita	700.000,00	665.000,00		35.000,00
Sostituzione apparecchiature radiologiche analogiche e obsolete in dotazione dei servizi di Diagnostica per immagini dell'Azienda U.S.L. Umbria n. 1 ai sensi del D.Lgs. n. 101/2020 - Radioprotezione contro le radiazioni ionizzanti	2.500.000,00	2.375.000,00		125.000,00
Sostituzione apparecchiature ed attrezzature sanitarie obsolete in dotazione al blocco Operatorio dell'ospedale di Branca	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione TC Ospedale Media Valle del Tevere	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Sostituzione ed integrazione apparecchiature per diagnosi e trattamento per oculistica aziendale ospedali di CdC, Branca, MVT, Assisi e Casa della salute di CdP	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Intervento di miglioramento sismico e riqualificazione ex Ospedale Calai di Gualdo Tadino	6.581.009,54	6.251.959,06		329.050,48
Intervento di miglioramento sismico Poliambulatorio P.zzale Europa	3.281.250,00	3.117.187,50		164.062,50
Intervento di miglioramento sismico Centro salute di Todì	3.712.500,00	3.526.875,00		185.625,00
Intervento di miglioramento sismico e riqualificazione Padiglione Neri (Dipartimento di prevenzione - Centro formazione)	1.200.000,00	1.140.000,00		60.000,00
Opere edili ed impiantistiche per adeguamento antincendio Ospedale di Umbertide	400.000,00	380.000,00		20.000,00
Attrezzature elettromedicali da sostituire o integrare	1.529.452,38	1.452.979,76		76.472,62
Acquisti apparecchiature per servizi aziendali vari	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
<b>TOTALE AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1</b>	<b>37.491.411,92</b>	<b>35.616.841,32</b>	<b>100.000,00</b>	<b>1.774.570,60</b>
<b>AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2</b>				
Intervento di miglioramento sismico Unità organica riabilitativa neuromotoria di Trevi	3.840.000,00	3.648.000,00		192.000,00
Intervento di miglioramento sismico Hospice di Spoleto	1.194.000,00	1.134.300,00		59.700,00
Intervento di miglioramento sismico Ospedale di Spoleto	2.840.000,00	2.698.000,00		142.000,00
Realizzazione Ospedale Narni Amelia*	65.923.781,60	61.053.499,02		4.870.282,58
Acquisto dispositivi e applicativi informatici per la refertazione a distanza	334.000,00	317.300,00		16.700,00
TC Radiologia Orvieto	530.000,00	503.500,00		26.500,00
Ortopantomografo digitale diretto Radiologia P.O Orvieto	55.000,00	52.250,00		2.750,00
Upgrade colonna videoendoscopia Pentax - Endoscopia Digestiva P.O. Narni	191.720,00	182.134,00		9.586,00
<b>TOTALE AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2</b>	<b>74.908.501,60</b>	<b>69.588.983,02</b>	<b>-</b>	<b>5.319.518,58</b>
<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>				
Sostituzione impianto di chiamata	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione UTA e torri evaporative	1.000.000,00	950.000,00		50.000,00
Sostituzione acceleratore lineare	2.295.000,00	2.180.250,00		114.750,00
Sostituzione sistema digitale diretto polifunzionale	219.600,00	208.620,00		10.980,00
Sostituzione n. 6 ecotomografi	492.000,00	467.400,00		24.600,00
Sostituzione Risonanza Magnetica 1,5 tesla comprensiva di lavori strutturali ed impiantistici	1.500.000,00	1.425.000,00		75.000,00
Acquisto TAC comprensiva di lavori strutturali ed impiantistici	700.000,00	665.000,00		35.000,00
Implementazione infrastruttura informatica	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Ristrutturazione e ampliamento laboratorio di galenica e acquisto di relative attrezzature (camera bianca)	500.000,00	475.000,00		25.000,00
Rifacimento sale operatorie	4.000.000,00	3.800.000,00		200.000,00
<b>TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	<b>12.206.600,00</b>	<b>11.596.270,00</b>	<b>-</b>	<b>610.330,00</b>
<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI</b>				
Adeguamento impianti ai fini della sicurezza antincendio Il stralcio	2.561.113,13	2.433.057,47		128.055,66
Adeguamento viabilità interna e isola ecologica	1.673.678,08	1.589.994,18		83.683,90
Adeguamento funzionale e antincendio Cappella	300.000,00	285.000,00		15.000,00
Ristrutturazione degenza Ginecologia e Ostetricia	600.000,00	570.000,00		30.000,00
Ristrutturazione sala conferenze	750.000,00	712.500,00		37.500,00
Palazzina Riabilitazione	300.000,00	285.000,00		15.000,00
Proseguimento intervento di messa in sicurezza Colle Obito	505.000,00	479.750,00		25.250,00
Realizzazione nuovo reparto pediatria, neonatologia e T.I.N.	926.529,37	367.792,50		558.736,87
<b>TOTALE AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI</b>	<b>7.616.320,58</b>	<b>6.723.094,15</b>	<b>-</b>	<b>893.226,43</b>
<b>TOTALE REGIONE UMBRIA</b>	<b>132.222.834,10</b>	<b>123.525.188,49</b>	<b>100.000,00</b>	<b>8.597.645,61</b>



## **Regione Umbria**

Giunta Regionale

Note: \* Il costo complessivo dell'intervento è pari ad € 84.502.728,97, all'importo indicato nella tabella deve aggiungersi il finanziamento pari ad € 18.578.947,37 relativo alle risorse ex art. 20 l. 67/88 di cui all'Accordo di programma del 05/03/2013 (Intervento n. 21).