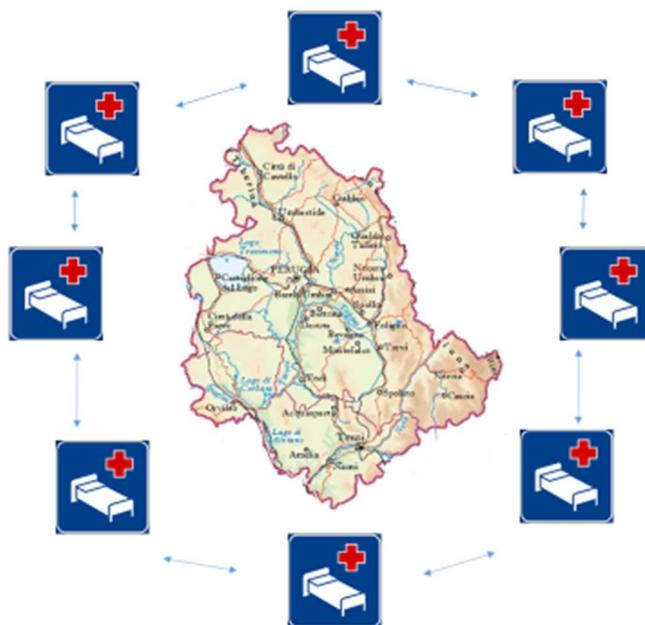


Regione Umbria

Direzione Regionale Salute e Welfare



PROVVEDIMENTO GENERALE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE AI SENSI DEL DM 70/2015

Revisione 2022

Indice

1. Il Contesto demografico umbro.....	4
2. I Livelli Essenziali di Assistenza	8
3. Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 e i nuovi standard.....	13
4. La Metodologia per la programmazione dei posti letto ospedalieri.....	20
4.1 - Parametri utilizzati per il calcolo della dotazione dei posti letto	20
4.2 – Il calcolo della dotazione dei posti letto da DM 70/15	22
4.2.2 - Calcolo della dotazione regionale dei posti letto	24
4.3 – Programmazione dell’offerta	25
4.3.1 - Analisi della mobilità extra-regionale	25
4.3.2 - Analisi della mobilità extra-regionale	26
4.3.3 – Programmazione dei posti letto e delle unità operative per bacino di utenza.....	30
4.3.4 – Calcolo definitivo dei posti letto	30
4.3.5 – Criteri di programmazione delle Unità Operative Complesse (UOC)	31
5. La nuova classificazione degli ospedali da DM 70/2015.....	35
6. I criteri organizzativi e gli standard per la nuova rete ospedaliera	37
6.1 - I criteri organizzativi e modalità operative	37
6.2 - Dotazioni standard dei presidi ospedalieri pubblici.....	37
➤ Ospedali di base sede di pronto soccorso dotati delle discipline di base secondo la seguente configurazione minima:.....	38
➤ Ospedali sede di DEA di I° livello	38
➤ Ospedali sede di DEA II° livello	39
6.2.1 - La configurazione standard dei posti letto	39
6.2.2. - I modelli organizzativi: i dipartimenti ospedalieri, gli accorpamenti funzionali, l’attività ordinaria e diurna	40
6.2.3 - Attività e organizzazioni di valenza regionale	40
6.2.4 - Il potenziamento della rete territoriale	42
6.3 – Le attività di riabilitazione.....	43
6.3.1 – Premessa.....	43
6.3.2 - L’alta specialità neuro-riabilitativa (cod. 75) e la riabilitazione spinale (cod. 28).....	43
6.3.3 - La rete dell’alta specialità riabilitativa	43
6.3.4 - La riabilitazione intensiva (cod. 56).....	44
6.3.5 - La lungodegenza ospedaliera (cod. 60)	44
6.4 - La salute mentale	45
6.4.1. Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura.....	45
6.4.2. Posti letto ad indirizzo neuropsichiatrico.....	46
6.5 - I Punti nascita e assistenza neonatale	46



6.6	- La Sanità Penitenziaria	49
6.7	- L'offerta privata	49
6.8	- Aziende Ospedaliero-Universitarie	53
7.	La nuova programmazione della rete ospedaliera	54
7.1	- Considerazioni generali	54
	I presidi di base sede di Pronto Soccorso individuati dalla nuova programmazione sono n. 5.....	54
7.2	- USL Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia.....	56
	Tabella 47 – Strutture di ricovero programmate nella USL Umbria 1 – Azienda Ospedaliera di Perugia..	59
	Tabella 48 – Strutture di ricovero private programmate nel territorio della USL Umbria 1.....	60
	Tabella 49 – Offerta complessiva nel territorio della USL Umbria 1.....	60
7.3	- USL Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni	60
	Tabella 49 – Strutture di ricovero programmate nella USL Umbria 2 – Azienda Ospedaliera di Terni	62
	Tabella 50 – Strutture di ricovero private programmate nel territorio della USL Umbria 2.....	63
	Tabella 51 – Offerta complessiva nel territorio della USL Umbria 2.....	63
8.	Articolazione della rete dell'emergenza-urgenza	64
9.	Articolazione delle reti ospedaliere	68
9.1	- Articolazione delle reti tempo dipendenti	68
9.2	- Altre reti per patologie	68
10.	Volumi ed esiti.....	69
ALLEGATI	70
	Guida alla lettura.....	70

1. Il Contesto demografico umbro



Figura 1 - Province umbre

Con una superficie pari a 8.456 km² ed una popolazione, nel 2022, di 859.572 abitanti (var. 2022-2021 -0,7%), di cui 643.493 in Provincia di Perugia e 216.079 in Provincia di Terni. L'Umbria è al 17° posto su 20 regioni per dimensione demografica.

La popolazione fa registrare un costante calo dal 2013 per lo squilibrio legato a dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione; nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha accentuato tali dinamiche: dal 1/1/2020 al 01/01/2022 la popolazione umbra è passata da 870.165 a 859.572 abitanti, con un decremento di 5.9 x 1000 residenti.

La distribuzione della popolazione è disomogenea all'interno del territorio regionale, con zone ad alta densità demografica (Perugino) e zone dove la popolazione è molto più distribuita (Valnerina). La media regionale è di 101,6 abitanti per km², con le specifiche per Azienda USL e distretto riportate in Figura 2). I 5 comuni più popolosi sono: Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello e Spoleto.

DISTRETTI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO – PERUGINO	191.689	552	347,26
DISTRETTO – ASSISANO	60.768	385	157,84
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	55.688	782	71,21
DISTRETTO – TRASIMENO	56.317	778	72,39
DISTRETTO - ALTO TEVERE	74.383	988	75,29
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	52.194	817	63,88
AZIENDA USL Umbria n.1	491.039	4.302	114,14
DISTRETTO TERNI	126.950	533,38	238,01
DISTRETTO FOLIGNO	95.643	903,41	105,87
DISTRETTO NARNI-AMELIA	49.742	646,38	76,95
DISTRETTO SPOLETO	45.625	464,82	98,16
DISTRETTO ORVIETO	39.387	778,06	50,62
DISTRETTO VALNERINA	11.186	834,08	13,41
AZIENDA USL Umbria n.2	368.533	4.160,13	88,59
REGIONE	859.572	8.462,13	101,65

Tabella 1: popolazione residente e densità per distretti e Aziende USL .Dati Istat 01.01.2022

PROVINCIA	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
PERUGIA	641.318	6.336,99	101,20
TERNI	218.254	2.127,23	102,60

Tabella 2: popolazione residente e densità per Provincia. Dati Istat 01.01.2022



Figura 2: Densità popolazione al 01.01.2022 per zona sociale/distretto e provincia

Nella Regione Umbria vi è corrispondenza fra Ambiti territoriali e Distretti sanitari come riportato in tabella successiva:

ZONE SOCIALI E COMUNI CAPOFILE	COMUNI (92)	DISTRETTI SANITARI
N. 1 – CITTA' DI CASTELLO	Città di Castello, Citerna, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Umbertide (8)	ALTO TEVERE
N. 2 – PERUGIA	Perugia, Corciano, Torgiano (3)	PERUGINO
N. 3 – ASSISI	Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Valfabbrica (5)	ASSISANO
N. 4 – MARSCIANO	Marsciano, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi (8)	MEDIA VALLE DEL TEVERE
N. 5 – PANICALE	Panicale, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Passignano sul Trasimeno, Piegaro, Tuoro sul Trasimeno (8)	TRASIMENO
N. 6 – NORCIA	Norcia, Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteone di Spoleto, Poggiodomo, Preci, Santa Anatolia di Narco, Scheggino, Vallo di Nera	VALNERINA

	(9)	
N. 7 – GUBBIO	Gubbio, Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Scheggia e Pascelupo, Sigillo (6)	ALTO CHIASCIO
N. 8 – FOLIGNO	Foligno, Bevagna, Gualdo Cattaneo, Montefalco, Nocera Umbra, Sellano, Spello, Trevi, Valtopina (9)	FOLIGNO
N. 9 – SPOLETO	Spoletto, Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria (4)	SPOLETO
N. 10 – TERNI	Terni, Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone (8)	TERNI
N.11 – NARNI	Narni, Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Otricoli, Penna in Teverina (12)	NARNI-AMELIA
N. 12 – ORVIETO	Orvieto, Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monte Leone d'Orvieto, Parrano, Porano (12)	ORVIETO

La Zona Sociale n. 5 si identifica con l'Unione dei Comuni del Trasimeno

San Venanzo è l'unico Comune della Provincia di Terni che afferisce ad una Zona Sociale della Provincia di Perugia.

Tabella 3: corrispondenza Ambiti territoriali e Distretti sanitari

1.1 Demografia e indici strutturali della popolazione:

La contrazione dei residenti umbri è iniziata prima in Italia e nelle regioni centrali e sta mostrando esiti più marcati: la popolazione inizia a diminuire a partire dal 2014 (tale processo comincia nel 2015 in Italia e nel 2016 nel Centro), quando i saldi migratori (soprattutto quello dall'estero) – che avevano sostenuto la crescita della popolazione – si contraggono e non sono più in grado di compensare il saldo naturale strutturalmente negativo (peggiorato nel corso degli ultimi anni a causa dell'incremento dei decessi dovuti alla pandemia). Dal 2014 al 2022, la popolazione della regione subisce una contrazione del 3,7%, superiore a quella osservata mediamente in Italia e nel Centro (-2,3% dal 2015 al 2022 e -1,5% dal 2016 al 2022, rispettivamente). Le previsioni demografiche di Istat, che si spingono fino al 2070, prefigurano un ulteriore impoverimento della popolazione, che continuerà a scendere. La stima per il 2070 vede la regione popolata da poco più di 660mila persone: una diminuzione, rispetto al dato attuale, di quasi 200mila unità (-23%). A mancare all'appello sarebbe una quota di umbri equivalente alla somma degli attuali residenti di Perugia (164mila) e di Spoleto (36mila). L'erosione riguarderebbe anche Centro e Italia che perderebbero rispettivamente - dal 2022 al 2070 - il 17% e il 19% della popolazione¹.

L'altro fenomeno demografico, che caratterizza l'intero Paese e che in Umbria si presenta con caratteristiche più evidenti, è l'invecchiamento della popolazione. Nel 2022 la regione si trova al quinto posto nella classifica delle regioni più vecchie (viene preceduta da Liguria, Sardegna, Molise e Friuli-Venezia Giulia). Il suo indice di vecchiaia è pari a 223,1% (Figura 6): ciò significa che ci sono circa

¹ Fonte: La questione demografica in Umbria: il calo e l'invecchiamento della popolazione - Ottobre/2022 - Direzione Risorse, programmazione, cultura, turismo.

223 over 65 ogni 100 bambini con età inferiore ai 14 anni, dato che divarica da quello del Centro (198 ogni 100) e dalla media nazionale (188 ogni 100).

Di seguito (fig. 5) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia lo spostamento della popolazione verso le classi di età più avanzate. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni per entrambi i sessi.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12,0% del totale, quella di 15-64 anni il 61,8% mentre la popolazione con 65 anni o più è al 26% (dato nazionale 23,5%) con un valore del 27,5% nell'Azienda USL Umbria 2 e 25,2% nella Azienda USL Umbria 1.

L'età media è 47,5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46,0 anni).

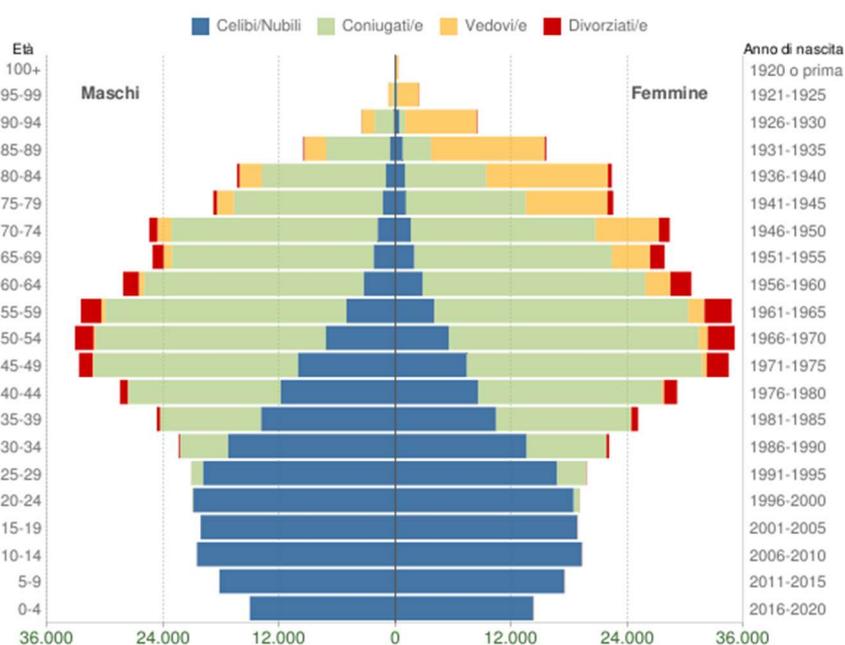


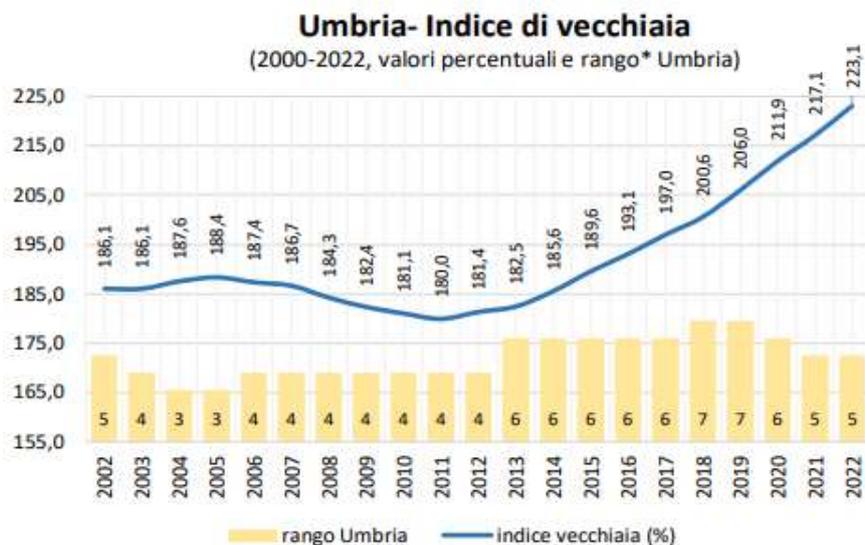
Figura 3 - Piramide delle età gennaio 2022

La popolazione umbra è costituita per il 48,2% da maschi e per il 51,7% da femmine.

Il 61,6% dei residenti è in età attiva (convenzionalmente tra i 15 e i 64 anni; 529.272 persone).

In Umbria vivono 126.100 minori; di questi, 102.218 hanno tra 0 e 14 anni di età e sono nettamente inferiori agli anziani: si contano 223 residenti di 65 anni e oltre, ogni 100 giovani fino a 14 anni.

Gli ultra-sessantacinquenni sono 228.082 unità, oltre un quarto della popolazione (il 26,5%), di questi 79.287 superano gli 80 anni (9,2% dei residenti) e 148.795 hanno età compresa tra 65 e 79 anni (17,3% degli abitanti). I centenari sono 374. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane.



(*) posizione assunta dall'Umbria nella classifica delle regioni italiane ordinate in modo decrescente rispetto all'indice di vecchiaia.

Figura 4 – Umbria - Indice di vecchiaia anni 2002-2022

La percentuale di popolazione di 65 anni e più ha una grande variabilità nel territorio regionale, come comprovato dalla tabella sotto riportata da cui si evince l'andamento che va dal 24,29 % del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (30,28 %).

DISTRETTO	POPOLAZIONE ≥ 65	% ≥ 65	POPOLAZIONE ≥ 75	% ≥ 75	POPOLAZIONE TOTALE
Perugino	46.633	24,33	24.843	12,96	191.689
Assisano	14.760	24,29	7.859	12,93	60.768
MVT	14.777	26,54	7.988	14,34	55.688
Trasimeno	15.198	26,99	7.868	13,97	56.317
Alto Tevere	19.301	25,95	9.846	13,24	74.383
Alto Chiascio	14.380	27,55	7.796	14,94	52.194
USL UMBRIA N. 1	125.049	25,47	66.200	13,48	491.039
Terni	35.139	27,68	19.186	15,11	126.950
Foligno	25.753	26,93	13.832	14,46	95.643
Narni Amelia	14.422	28,99	7.673	15,43	49.742
Spoletto	12.830	28,12	6.926	15,18	45.625
Orvieto	11.925	30,28	6.301	16,00	39.387
Valnerina	2.964	26,50	1.505	13,45	11.186
USL UMBRIA N. 2	103.033	27,96	55.423	15,04	368.533
TOTALE PROV. PG	165.960		88.132		
TOTALE PROV. TR	62122		33491		
TOTALE UMBRIA	228.082		121.623		859.572

Tabella 4: Popolazione 64 anni o più per distretto, Azienda USL e Provincia

2. I Livelli Essenziali di Assistenza

L'attuale provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto

ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento di cui al D.M. 2 Aprile 2015, n. 70 risale al 2016 (DGR 29.02.2016, n. 212), adottato in coerenza a quanto previsto dal DPCM 29.11.2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

L’ anno successivo veniva adottato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, a cui l’attuale provvedimento deve far riferimento.

Il Capo V del Decreto, dedicato all’Assistenza ospedaliera, prevede che il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

- a. pronto soccorso;
- b. ricovero ordinario per acuti;
- c. day surgery;
- d. day hospital;
- e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f. attività trasfusionali;
- g. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h. centri antiveleni (CAV).

Nell'ultimo schema di certificazione 2020 inviato su piattaforma LEA nel 2022, per quanto riguarda l’Assistenza ospedaliera l’istruttoria del Ministero competente ha segnalato criticità, rispetto agli indicatori, di seguito riportati:

1. Presenza, su 8 punti nascita pubblici attivi, di 3 Punti Nascita substandard (meno di 500 parti/anno) relativamente a :

Stab. Ospedaliero Media Valle del Tevere (Todi) con 40 parti nel 2020 e 278 parti nel 2019 – Chiuso;

Ospedale Civile San Matteo Degli Infermi (Spoleto) con 352 parti nel 2020 e 488 parti nel 2019 - Richiesta deroga;

Santa Maria della Stella (Orvieto) con 308 parti nel 2020 e 396 parti nel 2019.

La Regione ha richiesto al CPN parere di deroga per il PN di Spoleto, alla luce relazione trasmessa dalla Direzione Generale della USL Umbria 2 con cui nel dettaglio è stato attestato il possesso di tutti gli standard di sicurezza e tecnologici previsti dall'Accordo 16 dicembre 2010 per le U.O di Ostetricia e Neonatologia identificate come I livello con volumi di parti compresi tra 500 e 1000/anno. Ciò al fine di permettere l'esame di un'ulteriore proroga per tutto il 2022 alla deroga già accordata fino a Dicembre 2021.

2. In riferimento alla casistica trattata per Tumore della Mammella:

4 Strutture indicate quali Breast Unit ex DDGR 55/2016 e 1497/2018, n. 2 superano lo standard dei 135 casi trattati in un anno. Il dato si presenta in calo rispetto agli anni precedenti (2018 e 2019), dove le 4 Breast Unit superavano lo standard di riferimento DM 70/2015.

Persiste un numero di Strutture pari a n. 4 con casistica inferiore ai 10 casi/anno.

Infine, si osservano, complessivamente, n. 3 Strutture con casistica compresa tra 11 e 134 casi/anno.

Si chiede alla Regione di relazionare entro il 31 ottobre 2022 sul peggioramento evidenziato rispetto al 2019 che vede il mancato raggiungimento dello standard DM 70/2015 della metà delle Breast Unit (2 su 4)."

La Regione nella relazione trasmessa ha specificato quanto segue:

Dai dati SDO 2020 relativi ai casi di Tumore della mammella trattati nei presidi ospedalieri umbri, utilizzando le Schede tecniche degli indicatori NSG (Scheda Indicatore H02Z), risulta che delle 4 Breast

Unit istituite n. 3 risultano avere eseguito >150 interventi e la restante n. 134 (limite tollerato=135). Tale parametro risulta migliorato nel 2021 ove tutte le 4 Breast Unit hanno effettuato > 150 interventi per tumore della mammella.

PRESIDIO	N. Interventi
10080101 Ospedale di Città di Castello	239
10090101 Ospedale di Perugia	259
10080901 Ospedale di Foligno	176
10090201 Ospedale di Terni	134

Tabella 5: interventi per tumore alla mammella

In merito alla segnalazione di casi di tumore della mammella trattati nel 2020 in presidi NON facenti parte delle 4 Breast Unit deliberate (come da tabella sottoriportata), sono state fornite specifiche giustificazioni che, nella maggior parte dei casi, sono legate alla necessità contingente di eseguire interventi in strutture Covid free.

PRESIDIO	N. Interventi
USL UMBRIA 1	
80102 Ospedale di Umbertide	45
80301 Stabilimento Ospedaliero di Castiglione del Lago	3
80304 Stabilimento Ospedaliero di Assisi	2
810 Presidio Ospedaliero Alto Chiascio (Branca)	10
USL UMBRIA 2	
806 Santa Maria della Stella (Orvieto)	5

Tabella 6: interventi non eseguiti nelle 4 Breast Unit

- In riferimento alla rete dei laboratori la Regione ha dichiarato la presenza di 11 laboratori pubblici, di cui 3 con una produzione inferiore alle 200.000 prestazioni.

La Regione ha evidenziato la volontà di garantire la qualità dei laboratori, rispettando il valore soglia di 200.000 prestazioni attraverso la riqualificazione delle proprie reti e la revisione dei

processi assistenziali e operativi - previsti dalla DGR n. 971 del 10/09/2018 “Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo Modello Organizzativo” - che non avevano fino ad oggi consentito di riconvertire completamente le attività dei piccoli laboratori di Umbertide e Amelia, per i quali si sta completando l'accorpamento ai laboratori HUB dei presidi di Città di Castello e di Narni. In data 06/05/2022 il Comitato LEA ha approvato il cronoprogramma con gli interventi previsti per l'efficientamento della rete laboratoristica entro il 31/12/2022. Inoltre con DGR 25.05.2022, n. 510 è stato approvato il progetto di riorganizzazione della Rete dei Laboratori Analisi della Regione Umbria, la cui attuazione è in corso di definizione.

4. Variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla produzione e al consumo di globuli rossi (i dati trasmessi dalla regione e i dati rilevati dal CNS sono concordanti e si discostano dal range di riferimento + 3%).

La Regione ha specificato che i dati forniti sono concordanti con quelli rilevati dal Centro Nazionale Sangue, mentre i risultati ottenuti in termini di raccolta e consumo di sangue si discostano da quanto indicato nel piano annuale di autosufficienza, in quanto lo stesso è stato formalizzato nel febbraio 2020 e quindi non poteva tener conto delle criticità imprevedibili che sono derivate dalla pandemia covid -19 e che hanno determinato sostanzialmente un minor consumo di sangue ma un ancor più marcato decremento della raccolta.

5. Variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto programmato nel programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla quantità di plasma da conferire al frazionamento industriale (I dati trasmessi dalla regione e i dati rilevati dal CNS sono concordanti e si discostano dal range di riferimento: il valore di riferimento deve essere uguale o superiore rispetto al programmato. Qualora il valore dell'indicatore sia inferiore, esso non deve superare il -5%).

La Regione ha specificato che i dati forniti sono concordanti con quelli rilevati dal Centro Nazionale Sangue mentre i risultati ottenuti in termini di raccolta e consumo di plasma si discostano da quanto indicato nel piano annuale di autosufficienza plasma in quanto lo stesso è stato formalizzato anch'esso nel febbraio 2020 e quindi non poteva tener conto delle criticità imprevedibili che sono derivate dalla pandemia covid -19 e che hanno determinato sostanzialmente un minor consumo di plasma e plasmaderivati ma un ancor più marcato decremento della raccolta.

6. Circa il monitoraggio dello stato di implementazione, ai sensi del DM 70/2015, risulta che relativamente ai PTCA nell' anno 2020, risultano 5 strutture che hanno eseguito più di 10 interventi; di queste, 3 strutture (60% circa) hanno effettuato PTCA nello standard DM 70.

La regione ha specificato che le strutture da cui risulterebbe l'esecuzione di interventi di PTCA (Ospedale Alto Chiascio e Ospedale di Città di Castello) al di sotto dello standard richiesto dal DM 70 in realtà non vanno considerate nel monitoraggio di cui trattasi, in quanto non dispongono di laboratorio di emodinamica e pertanto i pazienti risultanti sono in realtà trasferimenti verso gli HUB regionali che eseguono PTCA. Pertanto la percentuale di strutture che hanno eseguito interventi di PTCA nel 2020 in Umbria secondo lo standard del DM 70 sono il 100% (target \geq 60%).

Con il presente piano si intende superare le citate criticità attraverso una rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015. In particolare il Piano insieme ad altri interventi si pone anche i seguenti obiettivi:

- Rispetto del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione nel triennio 2019-2021 inferiore allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti.
- Controllo dei DRG potenzialmente inappropriati: monitoraggio della percentuale

regionale dei DRG potenzialmente inappropriati per il ricorso al setting assistenziale appropriato.

- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, per il rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità e a tal fine la Regione ha aderito al progetto di ricerca “Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati”, promossa dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, il Ministero della Salute. Tale progetto di ricerca si propone di studiare e applicare le “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020 in tutto il territorio nazionale con l’obiettivo di sviluppare una metodologia condivisa per il governo delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate, in linea con quanto previsto dal PNGLA per garantire equità di accesso a tutti i cittadini e contestualmente di favorire un utilizzo efficiente delle risorse impiegate dal Servizio Sanitario Nazionale sul percorso chirurgico peri-operatorio per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini; attraverso l’applicazione delle Linee di Indirizzo a livello nazionale sarà possibile sviluppare modelli condivisi di monitoraggio e simulazione dell’utilizzo delle risorse impiegate nel percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato dal momento dell’inserimento del paziente in Lista di Attesa fino al termine del suo percorso all’interno delle strutture sanitarie perseguendo obiettivi importanti ovvero: ottimizzare l’impiego delle risorse umane, tecnologiche, strumentali e logistiche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica, armonizzare gli standard operativi atti a garantire la sicurezza e l’efficienza del sistema, applicare specifiche strategie operative per il Governo delle Liste di Attesa nei diversi territori. La Regione Umbria è inoltre in procinto di recepire l’Accordo sopra-citato e di strutturare il modello di governance del progetto
- Allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali;
- Attivazione ed implementazione di nuovi PDTA regionali compresi quelli pediatrici;
- Implementazione del monitoraggio del PDTA delle patologie croniche;
- Ulteriore accelerazione all'accreditamento istituzionale degli erogatori pubblici e privati;
- Conclusione dell'iter di riorganizzazione della rete regionale dei laboratori.

Inoltre per quanto attiene l’Area della Emergenza-Urgenza, si evidenzia la recente adozione della DGR n. 1174 del 09/11/2022, che, con revoca parziale di quanto previsto dalla DGR n. 812 dello 01.09.2021, ha istituito presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia, il DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA al fine di agevolare la definizione del modello organizzativo della relativa rete, riconducendovi la CENTRALE OPERATIVA UNICA REGIONALE 118 (COUR 118).

L'attuale programmazione intende migliorare la propria performance nella griglia di valutazione LEA, coniugando in un discorso unitario i dati epidemiologici regionali, i bisogni di salute della popolazione, la garanzia dei LEA per una delle Regioni più “vecchie” d'Italia.

La revisione della rete ospedaliera qui presentata ha tenuto conto delle criticità e dei rilievi posti dai Tavoli Ministeriali e si è sviluppata attraverso un'analisi dei servizi esistenti, delle realtà in cui sono insediati e di eventuali circostanze locali particolari.

L'analisi della domanda (oltre i bisogni), la corretta ricollocazione dell'assistenza nel setting assistenziale appropriato, la costruzione delle reti ospedaliere e territoriali, la presa in carico

integrata del paziente sono i drivers fondamentali su cui ricollocare l'assistenza umbra. L'inclusione del privato accreditato in nuovi ambiti, un rinforzo più attento alle aree pubbliche della riabilitazione, il contrasto alla mobilità passiva, possono costituire nuove leve per quel cambiamento a cui l'intero piano si ispira.

L'unitarietà della programmazione assistenziale troverà la sua espressione compiuta nel Piano Sanitario Regionale 2022-2026 che avrà, nel presente documento, Provvedimento generale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 uno dei propri elementi strutturali.

3. Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 e i nuovi standard

L'entrata in vigore del DM 70/2015 ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo delle dotazioni dei posti letto.

Questo modello funzionale permette una migliore distribuzione delle risorse secondo criteri di efficienza organizzativa e l'assegnazione di discipline, anche complementari, per il miglioramento globale dell'assistenza per bacino di utenza. L'incremento dei posti letto ottenuto in applicazione del DM 70/15 consente una migliore equità di accesso alle cure sui vari bacini di popolazione ed uno strumento di contrasto alla mobilità regionale.

L'offerta di posti letto prevista dal provvedimento generale di programmazione redatto in applicazione del DM 70/2015 ed approvato con DGR 212/2016 risulta riportato nella tabella seguente:

Tabella 7. Offerta posti letto programmazione DGR 212/2016

Popolazione pesata ISTAT al 1.1.2015		Posti letto per acuti	Posti letto post-acuti	Posti letto totali
Utilizzata per documento di programmazione	988.224	2.776	461	3.237
		Posti letto per acuti X 1.000 abitanti	Posti letto post-acuti X 1.000 abitanti	Posti letto totali X 1.000 abitanti
		2,81	0,47	3,28

Di seguito si riporta la determinazione del fabbisogno di posti letto per la Regione Umbria come indicata nella tabella 1 del file di Monitoraggio inviato dal Ministero sulla base della popolazione pesata alla data dell'1.1.2015 in data 28.03.2022 (prot. in entrata n. 0074749)

Tabella 8. Determinazione fabbisogni posti letto riportata in tabella 1 del monitoraggio ministeriale

Popolazione pesata ISTAT al 1.1.2015	Posti letto per acuti	Posti letto post-acuti	Posti letto totali
	2.792	651	3.443

	Posti letto per acuti X 1.000 abitanti	Posti letto post-acuti X 1.000 abitanti	Posti letto totali X 1.000 abitanti
(attuale tab. 1)	3,03	0,71	3,74

Tabella 9. Determinazione fabbisogni posti letto con incremento posti letto di Terapia intensiva (DL 34/2020) riportata in tabella 1 del monitoraggio ministeriale

Popolazione pesata ISTAT al 1.1.2015		Posti letto per acuti	Posti letto post-acuti	Posti letto totali
(attuale tab. 1)	921.861	2.850	651	3.501
		Posti letto per acuti X 1.000 abitanti	Posti letto post-acuti X 1.000 abitanti	Posti letto totali X 1.000 abitanti
		3,09	0,71	3,80

3.1 Revisione della programmazione dei posti letto dettata dall'applicazione del DL 34/2020 e stato di attuazione.

Dal punto di vista della programmazione dei servizi sanitari ospedalieri, è importante specificare le misure di potenziamento del sistema sanitario nazionale adottate nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 in virtù di quanto previsto dal Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020 [56].

In particolare l'art. 2 del richiamato Decreto ha previsto un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere come segue:

- 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 8.679 posti letto complessivi, di cui 3.500 di nuova attivazione;
- 0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia semintensiva, di cui il 50% dei posti letto dotati di strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio per l'immediata conversione in posti letto di Terapia Intensiva, che porterà a regime 4.225 posti letto complessivi, di cui 2.113 convertibili in posti letto di Terapia Intensiva.

Per la Regione Umbria la programmazione per la definizione di tale dotazione è stata definita con DGR 483/2020, successivamente rimodulata con DGR n. 96 del 09.02.2022 - approvata dal Ministero della Salute con Decreto direttoriale della Direzione generale della programmazione sanitaria n. MDS/DGPROGS/39/14/03/2022 e ammessa alla registrazione della Corte dei Conti con il n. 1033 del 14/04/2022. Tale programmazione ha previsto un aumento di posti letto per acuti pari ai 58 di terapia intensiva (cod. 49), la riconversione di posti letto per acuti in posti di semi-intensiva (cod. 94) come dettagliato nelle tabelle successive:

Tabella 10: Posti letto Terapie Intensive aggiuntivi a quelli della programmazione

Terapia Intensiva (cod.49)	PERUGIA	TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO - GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Dotazione iniziale	21	19	6	6	8	4	5	69
Incremento	12	20	12	6	5	2	1	58
Totale a regime	33	39	18	12	13	6	6	127

Tabella 11: Posti letto Terapie Sub- Intensive in riconversione da quelli già previsti dalla programmazione

DISCIPLINA cod.94	PERUGIA	TERNI	CITTA' DI CASTELLO	GUBBIO - GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Posti letto di sub-intensiva	14	7	14	0	15	6	6	62
di cui trasformabili in T.I.	7	0	14	0	10	0	0	31

Si riporta di seguito una breve sintesi dello stato di attuazione degli interventi previsti dal Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del DL n. 34/2020:

Azienda Ospedaliera di Perugia:

- Ristrutturazione del dismesso reparto di terapia intensiva per la realizzazione di n. 12 posti letto TI : progettazione esecutiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Realizzazione di n. 14 posti letto per terapia semintensiva: completato.
- Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: approvazione del progetto definitivo, data prevista conclusione: 31/12/2025.

Azienda Ospedaliera di Terni:

- Ampliamento della disponibilità di n. 10 + 1 posti letto all'interno dell'area di terapia intensiva e di 1 posto letto in UTIC (2PL completati): approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, data prevista conclusione: 28/02/2024.
- Lavori di ristrutturazione ed ampliamento del reparto di malattie infettive per Covid-19 e altre forme infettive per n. 8 posti letto di terapia intensiva: lavori in corso, data prevista conclusione: 31/01/2023.

- Ristrutturazione del reparto di Malattie dell'Apparato Respiratorio, per la realizzazione di n. 7 posti letto di terapia semintensiva: fase di progettazione terminata, lavori in corso di affidamento, data prevista conclusione: 30/06/2023.
- Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, data prevista conclusione: 31/12/2023.

Azienda USL Umbria n. 1:

- Città di Castello - trasformazione dell'area destinata ad ambulatorio protetto per la realizzazione di n. 6 pl per terapia intensiva: progettazione esecutiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Città di Castello - Realizzazione all'interno della attuale terapia intensiva di n. 6 posti letto di T.I. mediante lavori di ristrutturazione edile e adeguamento impiantistico: progettazione definitiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Città di Castello - Adeguamento di n. 6 posti letto nel reparto di malattie infettive e n. 8 posti letto nel reparto pneumologia per terapia semintensiva: progettazione esecutiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Ospedale Gubbio Gualdo - Ampliamento della disponibilità di n. 2 posti letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato.
- Gubbio Gualdo - Trasformazione dell'ambulatorio di emodinamica allo scopo di realizzare di n. 4 posti letto di terapia intensiva: progettazione definitiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024 .
- Città di Castello - Riorganizzazione e ristrutturazione del PSS: approvazione del progetto definitivo, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Città di Castello - Realizzazione di percorsi separati per oncologia medica e radioterapia: approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, è in fase di redazione la rimodulazione con cui si proporrà l'eliminazione dell'intervento.
- Gubbio Gualdo - Riorganizzazione e ristrutturazione del PS: approvazione del progetto definitivo, data prevista conclusione: 31/12/2024.

Azienda USL Umbria n. 2:

- Foligno - Trasformazione dell'area destinata a Sala Operatoria Piccoli Interventi (SOPI) per la realizzazione di n. 5 pl per terapia intensiva: progettazione esecutiva in corso data prevista conclusione: 31/12/2024; adeguamento di n. 15 posti letto all'attività di semintensiva: progettazione esecutiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Spoleto - Ampliamento della disponibilità di n. 2 posti letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato. Adeguamento di n. 6 posti letto di area medica all'attività di semintensiva: progettazione definitiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Orvieto - Ampliamento della disponibilità di n. 1 posto letto all'interno dell'attuale area di terapia intensiva mediante acquisizione di dotazioni strumentali: completato. Adeguamento di n. 6 posti letto di area medica all'attività di semintensiva: approvazione del progetto esecutivo, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Foligno – Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: progettazione esecutiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Spoleto - Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: progettazione definitiva in corso, data prevista conclusione: 31/12/2024.
- Orvieto - Ampliamento del PS e riorganizzazione dell'intera area: approvazione del progetto esecutivo, data prevista conclusione: 31/12/2024.

3.2 Programmazione dell'offerta dei posti letto anno 2020 e 2021 in relazione alla gestione dell'emergenza Covid-19.

L'attività erogata dalle Strutture ospedaliere regionali nel corso del 2020 e 2021 è stata fortemente condizionata e caratterizzata dalla necessità di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione derivanti dall'epidemia da SARS COV-2. Il rapido diffondersi della stessa, a partire da febbraio 2020, ha imposto di mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19. La Regione Umbria e quindi le Aziende Sanitarie regionali si sono subito mosse in tal senso. Tutte le Strutture Aziendali (Ospedaliere, Territoriali, di Area Centrale e Staff) a seguito dell'alternarsi delle diverse fasi pandemiche, hanno attuato una riconfigurazione ed un riordino che consentisse l'erogazione delle proprie attività basate su percorsi e processi svolti in sicurezza sia per i pazienti/utenti che per gli operatori.

Una tale emergenza sanitaria ha imposto la riconfigurazione della rete ospedaliera che ha richiesto anche la riorganizzazione delle risorse umane interne ed il reclutamento, per quanto possibile, di ulteriori operatori, al fine di consentire una risposta dei Servizi al carico determinatosi per il sovrapporsi dell'epidemia alle altre patologie, sia nei primi periodi pandemici che nelle successive ondate, nonché nel periodo di transizione epidemica per il recupero delle prestazioni sospese o dilazionate nelle fasi di maggiore acuzie.

In relazione all'Emergenza COVID-19, il Ministero della Salute è intervenuto per rivedere la disponibilità dei posti letto. Con le circolari del Ministero della Salute n. 2627 del 01 marzo 2020 avente oggetto: "Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19", n. 7422 16 marzo 2020 e n. 7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19" e integrazioni, venivano fornite alle Regioni indicazioni relative alla necessità di incremento della disponibilità di posti letto per le discipline Terapia Intensiva (cod. disciplina 49), Malattie infettive e Tropicali (cod. disciplina 24) e Pneumologia (cod. disciplina 68). In particolare si specificava la necessità che, nel minor tempo possibile, vi fosse un incremento della disponibilità di posti letto pari al 50% del numero di posti letto in Terapia Intensiva e al 100% del numero di posti letto in Pneumologia e Malattie Infettive isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio (inclusa ventilazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto dalle "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19" del 29 febbraio 2020.

La Regione Umbria con la DGR n. 180 del 19/03/2020, ad oggetto "Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza coronavirus" ha stabilito, vista la straordinarietà dell'emergenza, la riconfigurazione della Rete Ospedaliera Regionale a temporanea e parziale deroga del Provvedimento generale di programmazione (DGR 212/2016).

Tale riconfigurazione è stata quindi modulata nel corso degli anni 2020 e 2021 sulla base delle deliberazioni della Giunta Regionale e specifiche ordinanze regionali che si elencano di seguito:

- Ordinanza n. 5 del 12 marzo 2020 recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Riconversione temporanea dello stabilimento ospedaliero Media Valle del Tevere sito in Pantalla";

- Ordinanza n. 6 del 13 marzo 2020 recante “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Città di Castello”;
- Ordinanza n. 9 del 23/03/2020 “Riconversione parziale e temporanea dell’Ospedale di Foligno”;
- DGR n. 483 del 19.06.2020 “Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 – Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell’art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34);
- DGR n. 924 del 16.10.2020 “Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica” con cui è stato definito il cosiddetto “Piano di Mantenimento”;
- Ordinanza n. 66 del 22 ottobre 2020 recante “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Pantalla in struttura dedicata Covid-19”;
- Ordinanza n. 67 del 22 ottobre 2020 recante “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID19 – Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata covid19”;
- DGR n. 1006 del 2.11.2020 “Piano di contenimento”, che ha previsto la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall’emergenza facendo riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale;
- DGR n. 1096 del 16.11.2020 “Piano di salvaguardia”, che ha previsto l’ampliamento progressivo della dotazione di posti letto, sia i posti letto ordinari sia i posti letto di terapia intensiva dedicati COVID;
- Ordinanza n.11 del 28 gennaio 2021 “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID. Proroga termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 66 del 22 ottobre 2020. Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Pantalla in struttura dedicata covid19”;
- Ordinanza n. 12 del 28 gennaio 2021 “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID. Proroga termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 67 del 22 ottobre 2020. Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata covid19”;
- Ordinanza n. 30 del 28 aprile 2021, “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID. Proroga tecnica termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 11 del 28 gennaio 2021 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID.
- Proroga termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 66 del 22 ottobre 2020. Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Pantalla in struttura dedicata covid19”;
- Ordinanza n. 31 del 28 aprile 2021, “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID. Proroga tecnica termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 12 del 28 gennaio 2021 (Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID.
- Proroga termine Ordinanza della Presidente della Regione Umbria n. 67 del 22 ottobre 2020. Riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata covid19”;
- DGR n. 469 del 20.05.2021 “Piano Assistenza Ospedaliera - Dotazione Posti Letto e Ripresa Attività”, illustra la configurazione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera regionale e della ripresa delle attività, nel contesto epidemico del momento, proseguendo

nella realizzazione di tutti gli interventi necessari alla strutturazione della rete ospedaliera prevista dalla DGR 483 del 19/06/2020;

- DGR n. 1371 del 31.12.2021 “Emergenza COVID-19. Rafforzamento delle misure organizzative per la gestione dell’attuale fase epidemica”;
- DGR n. 96 del 09.02.2022 “Rimodulazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera adottato con deliberazione di Giunta regionale n. 483 del 19.06.2020, ai sensi dell’art. 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34.”

Inoltre con DGR n. 793 dello 01.08.2022 è stato adottato il DDL avente ad oggetto “Piano sanitario regionale 2022-2026”, attualmente all’esame dell’Assemblea Legislativa, che prevede la ridefinizione, riorganizzazione e ammodernamento della rete assistenziale ospedaliera e della rete assistenziale territoriale proprio per promuovere la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure, l’uso appropriato delle risorse, l’integrazione tra i servizi ospedalieri e nel contempo l’integrazione tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali, rendendo più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali declinata alla luce della normativa vigente (DM 70/2015). Tale revisione coinvolge strutture e servizi nell’articolazione sia dei servizi territoriali, che dei servizi ospedalieri adeguandoli alle necessità assistenziali al fine di assicurare la gestione del PDTA specifico del problema clinico nell’integrazione territorio-ospedale e garantendo l’allocazione del paziente presso la struttura che disponga di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso.

Nelle more dell’approvazione del PSR 2022-2026 la Giunta regionale - nel prendere atto della sussistenza di elementi di criticità storica, a carattere strutturale, che determinano un impatto negativo sulla sostenibilità economica del SSR e della conseguente necessità di intervenire attraverso misure specifiche che garantiscano l’efficienza e l’appropriatezza nell’erogazione dei LEA e, al contempo, l’equilibrio della gestione economico-finanziaria - con DGR n. 1024 del 05/10/2022 ha approvato “Piano di Efficientamento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024”.

Tale Piano è coerente con i principi e propedeutico alle azioni previste nel nuovo Piano Sanitario Regionale e nel Piano Operativo regionale della Regione Umbria, comprensivo di Action Plan, che contiene i progetti finanziati dal PNRR Missione 6 Salute.

L’obiettivo dell’allegato Piano è quello di ricondurre in equilibrio la gestione economico-finanziaria dell’esercizio e garantire prioritariamente, in condizioni di efficienza e appropriatezza, l’erogazione dei LEA e la tenuta del SSR nel tempo. Per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera il Piano definisce la funzione dell’ospedale (gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in modo adeguato, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post acute e riabilitative) e sancisce la necessità che i pazienti vengano allocati presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Ciò implica che la gestione dei posti letto avvenga con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggiore dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le attività di emergenza-urgenza e per finalità di incrementare la capacità produttiva degli ospedali, con particolare attenzione ai saldi di mobilità. Il Piano nel riconfigurare e riqualficare la rete ospedaliera definisce la vocazione specifica dei singoli ospedali che compongono la rete. Nello specifico il Piano ha ipotizzato l’unificazione funzionale ed operativa dei P.O. di Foligno-Trevi con il P.O. di Spoleto-Norcia Cascia in quanto

funzionale alla costituzione di un polo unico, DEA I Livello con due sedi, ognuna delle quali con specifica vocazione:

- presso l’Ospedale di Foligno potrebbero concentrarsi tutte le prestazioni di emergenza urgenza;
- presso l’Ospedale di Spoleto l’esecuzione di tutta l’attività programmata, con possibile implementazione di ulteriori progetti assistenziali finalizzati a valorizzare l’attività assistenziale dell’intera regione.

Con DGR n. 1182 del 11/11/2022, avente ad oggetto: “Il terzo polo sanitario regionale - documento programmatico di integrazione funzionale dei presidi ospedalieri “SAN GIOVANNI BATTISTA” di Foligno e “SAN MATTEO DEGLI INFERMI” di Spoleto”. Pre-adozione” la Giunta regionale ha preadottato il documento di sintesi programmatico di integrazione funzionale dei PP.OO. di che trattasi per la creazione del Terzo Polo sanitario della Regione. Il provvedimento verrà trasmesso al Ministero della Salute per il relativo parere unitamente al piano complessivo del fabbisogno dei posti letto.

4. La Metodologia per la programmazione dei posti letto ospedalieri

4.1 - Parametri utilizzati per il calcolo della dotazione dei posti letto

La metodologia utilizzata nella rimodulazione della rete ospedaliera pubblica-privata oggetto del presente Piano ha tenuto conto:

1. del Decreto Ministero della Salute 70/2015;
2. della DGR 212/2016;
3. dei posti letto esistenti così come risultanti dai flussi HSP 12 e HSP 13 al 01.01.2022 e HSP 22bis al 30.06.2022;
4. dei posti letto equivalenti ai posti letto ospedalieri (ovvero dei posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali) come esplicitato dalle circolari inviate dal Ministero della Salute con prot. n. 6174 del 22.02.2016 e con prot. n. 10-P del 05.05.2015 avente per oggetto “*Articolo 1, comma 541, della legge del 28.12.2015, n. 208 Indicazioni operative*”, e dei relativi allegati; sono a tal fine considerati solo quelli per i quali la Regione copre un costo giornaliero a carico del S.S.R. pari o superiore al valore soglia corrispondente alla tariffa regionale corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera cod. 60; non vengono, invece, considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri quelli presso le strutture sanitarie per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di riabilitazione intensiva, le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza;
5. della esclusione dal calcolo dello standard 3,7 PL x 1000 abitanti di tutti i posti letto della disciplina “Nido”, “Osservazione Breve Intensiva” e i posti letto tecnici quali ad esempio la dialisi e la chirurgia ambulatoriale.
6. delle variazioni determinate dal DL 9 maggio 2020, n. 34, recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, che prevede per la Regione Umbria l’incremento di 58 posti letto di terapia intensiva (cod. 49) e a conversione di un numero di posti letto pari a 62 per la disciplina di semintensiva (cod. 94);
7. delle variazioni determinate nella configurazione degli Ospedali per l’emergenza pandemica da SARS-CoV2;
8. delle indicazioni dettate dal DM 77/2022 per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, così

come recepite con DGR 14.12.2022, n. 1329;

9. dalla riconversione di posti letto ospedalieri in pl ospedali di comunità derivanti dalle eccedenze del valore standard per gli acuti o da posti letto di lungodegenza per inserirli nelle stesse strutture ospedaliere al fine di ottimizzare le dimissioni protette e l'utilizzo dei posti letto per acuti.

Tabella 12 – Applicazione art. 1, comma 3, lettera b, D.M. 70/2015

Pop. residente al 01/01/2015	Pop.al 01/01/2015 "pesata"	Distribuzione posti letto standard per popolazione "pesata" al 2015 come trasmessa dal Ministero della Salute				
		PL acuti - 3 x 1.000 ab. (pop. pesata) corretti per mobilità	PL acuti x 1.000 ab.	PL post acuti - 0,7 x 1.000 ab. (pop. pesata) corretti per mobilità	PL post acuti x 1.000 ab.	TOTALE PL acuti e post acuti - 0,7 x 1.000 ab. pop. "pesata" corretti per mobilità
POSTI LETTO PREVISTI DA STANDARD						
894.762	921.861	2.850	3,09	651	0,71	3,80
POSTI LETTO PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE						
894.762	921.861	2.850	3,09	430	0,47	3,56

L'obiettivo del piano è stato quello di:

- assicurare il numero di posti letto per acuti (2.850) per le diverse discipline utilizzando le strutture presenti della rete ospedaliera. Per l'individuazione dei posti letto per acuti, oltre alla valutazione dei tassi di ospedalizzazione e della degenza media anche se influenzati nell'ultimo triennio dall'emergenza pandemica e quindi estremamente variabili, è stata presa in considerazione la mobilità passiva soprattutto per la branca ortopedica e la struttura fisica della rete ospedaliera costituita anche da ospedali di piccole dimensioni che comunque costituiscono le strutture sanitarie che concorrono a garantire il numero di posti letto necessari allo standard. A tal fine negli ospedali DEA di II e di I livello sono state organizzate le discipline per acuti per il livello ospedaliero e nelle strutture di piccole dimensioni è stato previsto un numero contenuto di discipline, al fine di evitare la parcellizzazione di posti letto e dare un'identità alla struttura ospedaliera. Il monitoraggio delle performance e dei volumi ed esiti consentirà di verificare se le strutture operano in maniera efficiente ed efficace, valutazione che porterà eventualmente a rimodulare la distribuzione interna delle discipline negli ospedali sede di DEA e a rivalutare la funzione delle piccole strutture che, qualora non raggiungessero gli standard previsti, potranno essere destinate alla concentrazione delle discipline per post-acuti;
- assicurare per i posti letto post-acuti lo standard per le discipline riabilitative ad eccezione della lungodegenza, In questo caso infatti la programmazione prevede di mantenere attivi i posti letto destinati all'unità spinale (cod. 28) e alla neuroriabilitazione (cod.75) e di potenziare le U.O. di Riabilitazione e Recupero funzionale (cod. 56) anche diversificandole per le tematiche d'organo/apparato.
- Sono stati invece ridotti i posti letto di lungodegenza; la differenza dei PL post-acuti è quasi esclusivamente attribuibile alla lungodegenza (cod.60) che da standard dovrebbe computare 183 pl mentre ne saranno attivi solo 9 per la presenza di Ospedali di Comunità, che come

sopra specificato, sono inseriti nelle stesse strutture ospedaliere al fine di garantire il processo di gestione del paziente nella fase di post acuzie. I posti letto degli Ospedali di Comunità realizzati nelle stesse strutture ospedaliere e i posti letto di lungodegenza presenti sono in continuità con le U.O. di degenza per acuti e svolgono una funzione intermedia tra il ricovero ospedaliero e il domicilio, con la finalità principale di favorire dimissioni protette nel setting assistenziale più idoneo per la stabilizzazione clinica e di recupero funzionale e dell'autonomia nel periodo post-acuto evitando l'utilizzo inappropriato di un posto letto per acuti che viene reso disponibile a nuovi ricoveri, favorendo in tal modo l'efficientamento attraverso un appropriato turnover dei pazienti;

E' necessario sottolineare che l'offerta ospedaliera è determinata sulla popolazione pesata del 2015 anno in cui la popolazione residente era maggiore rispetto a quella attuale (894.762 vs 859.572) quindi lo standard complessivo di 3,80 è il riferimento massimo per la popolazione pesata per il 2015 in riduzione per la popolazione attuale, tale riduzione è stata operata quasi esclusivamente sulla lungodegenza.

Nella tabella successiva i posti letto rilevati dagli HSP 12 e 13 nel 2021.

Tabella 13 – Posti Letto HSP 2021

Posti Letto HSP 2021				
	Pubblico	Privato	Totale	PL x 1.000 ab. (*)
Acuti	2549	251	2800	3,03
Post Acuti	382	31	413	0,44
Totale	2931	282	3213	3,47

(*) calcolata su popolazione pesata pari a 921861

La dotazione rilevata dai Modelli HSP 12 anno 2021 è da considerare straordinaria in relazione alle modifiche nell'offerta sanitaria dei posti letto in relazione all'andamento epidemico e quindi alle necessità di ricovero.

La dotazione dei posti letto è stata infatti rimodulata nel corso del 2020 e 2021 a seguito delle riorganizzazioni funzionali alla gestione della pandemia che ha determinato delle fluttuazioni dei posti letto resisi necessarie, nel corso di tutto il 2021, per meglio rispondere alle esigenze assistenziali dei pazienti Covid e Non Covid. Tali fluttuazioni non vengono messe bene in evidenza dal modello HSP 12 - che per sua natura non consente la storicizzazione del dato (ovvero registra solo le attivazioni dei posti letto ma non le chiusure) - e pertanto possono essere meglio colte nel modello HSP 22bis che rende conto dei posti realmente utilizzati. I posti letto che maggiormente hanno risentito di queste fluttuazioni sono quelli ordinari acuti delle strutture pubbliche e, a fronte dei 2.275 posti letto progressivamente attivati nel corso dell'anno, ne sono stati utilizzati mediamente 1.940.

4.2 – Il calcolo della dotazione dei posti letto da DM 70/15

4.2.1 - Analisi dei posti letti territoriali equivalenti

L'articolo 1, comma 3 lettera c) del D.M 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto nel rispetto di un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto

per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza, considera equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le Regioni e le Province Autonome coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, con alcune eccezioni.

Ai fini del calcolo, le Regioni e le Province Autonome dovranno indicare le seguenti informazioni:

- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico del SSN almeno uguale alla tariffa giornaliera della lungodegenza ospedaliera;
- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico del SSN inferiore alla tariffa giornaliera della lungodegenza ospedaliera;
- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico del SSN almeno uguale alla tariffa giornaliera della lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore;
- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN almeno uguale alla tariffa giornaliera di lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale;
- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN almeno uguale alla tariffa giornaliera di lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo “Riabilitazione intensiva” del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all’Accordo della Conferenza Stato-Regioni sancito il 10 febbraio 2011 (repertorio 30/CSR-2011);
- Posti letto di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN almeno uguale alla tariffa giornaliera di lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all’Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU- 2011).

Nella tabella successiva si riportano tutte le informazioni richieste

Tabella 14 – Determinazione pl territoriali equivalenti oltre soglia tariffaria al 1.1.2016

P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri	1.1.2016	Note
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	86	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	2.889	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	26	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 “Assistenza malati terminali”)

P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)	129	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 "Assistenza psichiatrica")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)	0	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	20	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	261*	
Per 1.000 ab.	0,28	

*Il calcolo dei PL di residenzialità da considerare equivalenti ai PL ospedalieri è stato corretto rispetto al dato riportato nel Provvedimento approvato con DGR 212/2016, comprensivo dei PL con codice A2.

Per quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 1329 del 14/12/2022, recante: "Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022" con la realizzazione degli ospedali di Comunità e l'ampliamento dei posti letto di Hospice.

4.2.2 - Calcolo della dotazione regionale dei posti letto

La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati del SSR prevista dalla DGR 212 del 2016 è di 3.237 posti letto (pari a 3,51 PL x 1.000 ab su pop. "pesata" 1.1.2015 come trasmessa dal Ministero), di cui 2.766 posti letto per gli acuti (pari a 3,01 PL x 1.000 ab. su pop. "pesata" e 461 posti letto per i post acuti (pari a 0,50 PL x 1.000 ab. su pop. "pesata") comprensiva della lungodegenza.

Ai fini della applicazione della normativa, tenendo conto dell'attuale offerta dei posti letto e delle evoluzioni necessarie post-covid, tenendo conto delle indicazioni delle indicazioni del DL 34/2020 e facendo sempre riferimento alla popolazione pesata alla data del 1.1.2015 parametro da utilizzare per il DM 70, si procede alla determinazione del numero finale considerando anche la quota di posti letto territoriali equivalenti (come calcolati in tabella n 14). In tabella successiva il computo dei posti letto minimo per rispettare gli standard da DM 70.

Tabella 15 – Determinazione pl attivabili da DM 70/2015

Totale PL	
	A
Acuti	2.850
Post Acuti	430
Totale	3.280

* il numero di p.l. per acuti è stato determinato 2792 già previsti dal DM 70/2015 più i 58 del DL 34/2020 di terapia intensiva che porta il totale a 2850 p.l. pari al $3.09 * 1000$ ab. come previsto dagli standard aggiornati dal DL 34/2020. Il numero di p.l. post acuti da standard dovrebbe essere pari a 651 e tali posti sono coperti dai 430 attivati nelle strutture ospedaliere a cui si aggiungono i p.l. equivalenti e i p.l. degli ospedali di comunità.

Nelle tabelle sopra riportate non sono distinti i posti letto per acuti tra ordinari e diurni. In ogni caso, alla luce dei suddetti dati, gli stessi vanno di norma rapportati, in termini complessivi, in misura pari a circa il 90 % ordinari e 10% diurni da individuare in relazione alla specificità delle singole discipline, anche al fine di garantire la massima flessibilità possibile come, peraltro, richiesto dal DM 70/2015.

Il totale della dotazione di posti letto, a seguito degli aggiustamenti sopra descritti, da prevedersi come da regolamento DM 70/15 in regione Umbria è **quindi pari a 3.578 posti letto (pari a 3,80 PL per 1000 abitanti – popolazione “pesata”), di cui 2.850 per acuti (pari a 3,09 PL x 1.000 abitanti), 430 di posti letto post-acuzie di cui solo 9 di lungodegenza (cod.60) (pari a 0,47 PL x 1.000 abitanti), cui si aggiungono i posti letto degli ospedali di comunità pari a 338 (pari a 0,37 PL x 1.000 abitanti), di cui 138 operativi all’interno delle strutture ospedaliere, e i posti letto equivalenti. Tale dotazione corrisponde alla nuova programmazione con rivisitazione della configurazione degli Ospedali.**

4.3 – Programmazione dell’offerta

Oltre i parametri tecnici sopra descritti, per una corretta allocazione di risorse, si è proceduto anche ad una analisi qualitativa dei flussi di mobilità e della produzione di ricoveri.

4.3.1 - Analisi della mobilità extra-regionale

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alla produzione ospedaliera dell’offerta pubblica, dell’offerta privata accreditata e la produzione totale regionale suddivisa in acuti e post-acuti.

Tabella 16 – Produzione ricoveri 2021 da Offerta Pubblica

	Ordinari	DH/DS	%DH/DS	Totale	%
Acuti	79.409	16.919	17%	96.328	95%
Post Acuti	4.571	239	4%	4.810	5%
Totale	83.980	17.158	21%	101.138	
	83%	17%			

Tabella 17 – Produzione ricoveri 2021 da Offerta Privata

	Ordinari	DH/DS	%DH/DS	Totale	%
Acuti	4.353	4.058	48%	8.411	89%
Post Acuti	1.020	0	0%	1.020	11%
Totale	5.373	4.058	50%	9.431	
	55%	45%			

Tabella 18 – Produzione ricoveri 2021 – Offerta Totale

Ricoveri	Ordinari	DH/DS	%DH/DS	Totale	%	Ricoveri x
----------	----------	-------	--------	--------	---	------------

						1.000 ab.
Acuti	83.762	20.977	20%	104.739	94%	87,7
Post Acuti	5.591	239	4%	5.830	6%	23,54
Totale	89.353	21.216	24%	110.569	100%	111,24
	80%	20%				

Dall'analisi della produzione totale di ricoveri a livello regionale, si evince che:

- il tasso di ospedalizzazione ogni 1000 abitanti è inferiore allo standard del 160 ricoveri/1000 ab. (pari a 111,24 x 1.000 ab.);
- la percentuale di ricoveri in ospedali per acuti in DH/DS è pari al 20%.

4.3.2 - Analisi della mobilità extra-regionale

Nelle tabelle successive è riportata l'analisi della mobilità attiva e passiva extra regione in termini di numero di ricoveri.

In prima battuta viene riportata la valutazione della mobilità attiva:

Tabella 19 – Ricoveri in mobilità attiva - Anno 2021

	DO	DH/DS	%DH/DS	Totale
Acuti	9.409	3.467	26,92%	12.876
Post Acuti	1.058	13	1,21%	1.071
Totale	10.467	3.480	24,95%	13.947

Tabella 20 – Ricoveri mobilità attiva per regione di residenza – Anno 2021

Regione	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
LAZIO	6.510	46,68	6.510	46,68
MARCHE	2.145	15,38	8.655	62,06
TOSCANA	2.027	14,53	10.682	76,59
PUGLIA	812	5,82	11.494	82,41
CAMPANIA	477	3,42	11.971	85,83
CALABRIA	409	2,93	12.380	88,76
EMILIA ROMAGNA	294	2,11	12.674	90,87
ABRUZZO	275	1,97	12.949	92,84
Totale	12.949	92,84		

La tabella sopra riportata mostra come quasi il 93% dei ricoveri in mobilità attiva sia riconducibile a 8 regioni.

Tabella 21 – Ricoveri mobilità attiva per MDC

TIPO MDC	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
MDC 8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	4.656	33,38	4.656	33,38
MDC 6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	982	7,04	5.638	40,42
MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	979	7,02	6.617	47,44
MDC 14 Gravidanza, parto, puerperio	927	6,65	7.544	54,09
MDC 1 Malattie e disturbi del sistema nervoso	742	5,32	8.286	59,41
MDC 15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	654	4,69	8.940	64,10
MDC 4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	650	4,66	9.590	68,76
MDC 17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	595	4,27	10.185	73,03
MDC 11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	519	3,72	10.704	76,75
MDC 3 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	469	3,36	11.173	80,11
MDC 7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	449	3,22	11.622	83,33
MDC 13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	440	3,15	12.062	86,48
MDC 9 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	425	3,05	12.487	89,53
MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	293	2,10	12.780	91,63
MDC 23 Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai Servizi Sanitari	211	1,51	12991	93,15
MDC 18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	195	1,40	13.186	94,54
MDC 2 Malattie e disturbi dell'occhio	193	1,38	13.379	95,93
MDC 10 Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	180	1,29	13559	97,22
MDC 16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	124	0,89	13.683	98,11
MDC 19 Malattie e disturbi mentali	86	0,62	13.769	98,72
MDC 0 Non attribuibile ad alcuna MDC	76	0,54	13.845	99,27
MDC 21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	68	0,49	13.913	99,76
MDC 24 Traumi multipli	13	0,09	13.926	99,85
MDC 20 Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	9	0,06	13.935	99,91
MDC 25 Infezioni da HIV	8	0,06	13.943	99,97
MDC 22 Ustioni	4	0,03	13.947	100,00
Totale	13.947			

Viene ora riportata la sintesi delle informazioni sulla mobilità passiva.

Un approfondimento maggiore, infatti, va fornito sui dati di mobilità passiva, che di seguito si rappresenta in termini di ricoveri raggruppati per MDC maggiormente erogati ai cittadini umbri, e di Regioni maggiormente attive in termini di erogazione a cittadini umbri.

Tabella 22 – Ricoveri in mobilità passiva Anno 2021

	DO	DH/DS	%DH/DS	Totale
Acuti	10.493	4.459	29,82%	14.952
Post Acuti	641	78	10,85%	719
Totale	11.134	4.537	28,95%	15.671

Tabella 23 – Ricoveri mobilità passiva per regione di residenza Anno 2021

Regione/Sruttura	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
TOSCANA	5.121	32,68	5.121	32,68
LAZIO	2.755	17,58	7.876	50,26
EMILIA ROMAGNA	2.370	15,12	10.246	65,38
BAMBINO GESU'	1.508	9,62	11.754	75,00
MARCHE	1.453	9,27	13.207	84,28
LOMBARDIA	1.005	6,41	14.212	90,69
VENETO	393	2,51	14.605	93,20
CAMPANIA	281	1,79	14.886	94,99
Totale	14.886	95		

Tabella 24 – Ricoveri mobilità passiva 2021 per MDC

TIPO MDC	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
MDC 8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	4.519	28,84	4.519	28,84
MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.451	9,26	5.970	38,10
MDC 1 Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.203	7,68	7.173	45,77
MDC 6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	903	5,76	8.076	51,53
MDC 3 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	667	4,26	8.743	55,79
MDC 10 Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	661	4,22	9.404	60,01
MDC 11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	653	4,17	10.057	64,18

TIPO MDC	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
MDC 19 Malattie e disturbi mentali	596	3,80	10.653	67,98
MDC 4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	568	3,62	11.221	71,60
MDC 13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	476	3,04	11.697	74,64
MDC 7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	468	2,99	12.165	77,63
MDC 14 Gravidanza, parto, puerperio	462	2,95	12.627	80,58
MDC 23 Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai Servizi Sanitari	455	2,90	13.082	83,48
MDC 2 Malattie e disturbi dell'occhio	438	2,79	13.520	86,27
MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	432	2,76	13.952	89,03
MDC 9 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	410	2,62	14.362	91,65
MDC 17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	406	2,59	14.768	94,24
MDC 15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	271	1,73	15.039	95,97
MDC 18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	141	0,90	15.180	96,87
MDC 16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	134	0,86	15.314	97,72
MDC 21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	124	0,79	15.438	98,51
MDC 0 Non attribuibile ad alcuna MDC	98	0,63	15.536	99,14
MDC 20 Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	91	0,58	15.627	99,72
MDC 22 Ustioni	23	0,15	15.650	99,87
MDC 25 Infezioni da HIV	17	0,11	15.667	99,97
MDC 24 Traumi multipli	4	0,03	15.671	100,00
Totale	15.671			

Tabella 25 – Saldo mobilità Ricoveri Anno 2021

	DO	DH/DS	Totale
Acuti	-1084	-992	-2.076
Post Acuti	417	-65	352
Totale	-667	-1057	-1.724

Relativamente al numero di ricoveri risulta un saldo di mobilità negativo per 1.724 ricoveri. In relazione alla mobilità sanitaria la Regione sta avviando le negoziazioni con le singole regioni per

sottoscrivere accordi di confine al fine di governare il fenomeno sia sotto l'aspetto assistenziale che economico.

Sulla mobilità passiva la Regione intende esercitare una azione di governo anche attraverso l'utilizzo degli strumenti informatici necessari a regolarizzare il fenomeno sia dal punto di vista quantitativo, che dell'appropriatezza delle prestazioni rese.

4.3.3 – Programmazione dei posti letto e delle unità operative per bacino di utenza

Il piano, come già evidenziato sopra, sarà implementato a regime entro sei mesi dall'approvazione ministeriale, ad esclusione dei presidi interessati da interventi edilizi per i quali non è garantito il completamento entro il termine suindicato.

Nelle tabelle allegate al piano, è riportata:

- la programmazione attesa dei Posti letto per disciplina (a livello regionale, a livello di macroarea e di singola azienda);
- la programmazione attesa delle Unità operative massime (unità operative complesse per le strutture pubbliche e i punti erogazione per le strutture private accreditate) per bacino di utenza. Alcune linee di configurazione dei presidi ospedalieri vengono descritte nel testo.

In merito alle Unità operative per bacino di utenza si evidenzia per alcune una eccedenza e per altre, invece, una sofferenza. Le eccedenze saranno riassorbite a regime.

Alcune eccedenze sono solo apparenti in quanto per alcune discipline va considerata la titolarità della Unità Operativa Complessa che raggruppa più attività ma sono attribuite tutte alla prima in relazione al concorso effettuato, quali:

- Cardiologia (cod.08), UTIC (cod. 50) e Emodinamica;
- Pediatria (cod.39), Neonatologia (cod. 62) e TIN (cod. 73);
- Nefrologia (cod.29) e Emodialisi (cod. 54)

Inoltre, le caratteristiche orografiche di taluni territori umbri (come ad esempio quelli connotate come Aree Interne: Valnerina anche zona sismica, Orvietano, Gubbio e Lago Trasimeno) hanno richiesto la necessità, nel breve periodo, di preservare la dotazione per alcune discipline a larga diffusione, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, senza penalizzare l'erogazione degli erogatori in ambito pubblico.

In aggiunta a quanto sopra, l'attuale connotazione strutturale degli ospedali umbri per la maggior parte di piccole/medie dimensioni (fonte inevitabile di frazionamento delle unità operative), unitamente all'incremento di posti letto programmati dal piano ai sensi del D.M. 70/2015 e all'impossibilità di realizzare nel breve termine grandi strutture ospedaliere, rappresenta un ulteriore elemento che non permette a breve termine di limitare la parcellizzazione dei posti letto per disciplina.

4.3.4 – Calcolo definitivo dei posti letto

Tenuto conto di quanto realizzabile con i posti letto equivalenti a livello territoriale e di quanto necessario per i posti letto per acuti e post acuti si delinea la configurazione da raggiungere a livello regionale.

Nell'ottica di razionalizzazione e redistribuzione che il piano impone, date le evidenze di cui sopra, sarà necessario a livello regionale operare:

- una rivalutazione dei posti letto di DH/DS;
- un potenziamento dei posti letto per post acuti per la riabilitazione codice 56;
- un incremento dei posti letto per acuti in specifiche discipline, e contestuale ridimensionamento per altre discipline in relazione alla tipologia di ospedale;

- una rivisitazione dell'offerta privata con l'obiettivo di pervenire allo standard per bacino di utenza per singole aree e discipline, con conseguente riequilibrio tra i posti letto acuti e post acuti.

4.3.5 – Criteri di programmazione delle Unità Operative Complesse (UOC)

Il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), ha approvato, nella seduta del 26 marzo 2012, un documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, così come previsto dall'art. 12 comma 1 lettera b) del Patto per la Salute 2010-2012.

I parametri standard definiti dal documento sono:

- 17,5 posti letto per struttura complessa in ambito ospedaliero;
- 9.158 residenti per struttura complessa in ambito non ospedaliero per le Regioni con meno di 2.500.000 abitanti;
- 1,31 strutture semplici per struttura complessa, sia in ambito ospedaliero che non ospedaliero.

La Regione Umbria, in applicazione di tali criteri, con DGR 1777 del 27.12.2012 disponeva che le Aziende Sanitarie regionali, tenendo conto delle specifiche esigenze assistenziali risultanti anche dal processo di riassetto istituzionale delle Aziende stesse, allora in atto, adottassero un piano triennale (2013/2015) di riduzione delle proprie strutture semplici e complesse, sia previste che assegnate, in quanto superiori ai livelli massimi stabiliti in base a quanto sopra richiamato, per adeguarsi agli standard.

Inoltre con DGR n. 1084 del 22/09/2015 veniva dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali di adottare, entro il 31 ottobre 2015, il piano triennale di riduzione delle strutture semplici e delle strutture complesse, da attuare entro il 31 dicembre 2016.

Preso atto dei piani triennali di riduzione delle strutture semplici e delle strutture complesse adottati dalle Aziende sanitarie regionali, come previsto dalle DDGR n.1777/2012 e n. 1084/2015, **con DGR n. 136 del 15/02/2016 si dava atto che le strutture complesse rispettavano gli standard definiti sia a livello statale, sia a livello regionale (pari a n. 256 SC totali, di cui n. 76 per la USL UMBRIA 1, 73 per l'USL UMBRIA 2, 58 per l'AO PG E 49 per l'AO TR)**, mentre relativamente alle strutture semplici, pur essendo stato avviato un processo di riorganizzazione, i dati risultavano ancora parzialmente disallineati rispetto allo standard. In ragione di ciò si stabiliva di superare detto disallineamento entro il 2016, dando attuazione al Provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri previsto dall'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, nonché al comma 541 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2016.

Con il Provvedimento generale di programmazione e di adeguamento della dotazione dei posti letto agli standard di cui al DM 70/2015 approvato con DGR 212 del 29/02/2016 si evince che il numero delle SC fosse ricompreso nel range previsto dai parametri del DM 70, dando atto che il dato delle strutture programmate in passato ed in alcuni casi non ricoperte avrebbe consentito di riallineare agli standard alcune situazioni apparentemente non conformi.

Il quadro delle SS e SC previste dalla predetta DGR 212/2016 risulta il seguente:

Il totale regionale previsto dalla programmazione è pari a n. 186 strutture semplici e n. 176 strutture complesse come di seguito articolate a livello aziendale:

- per la USL Umbria 1: n. 57 SS e n. 45 SC;
- per la USL Umbria 2: n. 36 SS e n. 43 SC;
- per l'Azienda Ospedaliera di Perugia: n. 30 SS e n. 48 SC;
- per l'Azienda Ospedaliera di Terni: n. 63 SS e n. 40 SC.

Il monitoraggio del DM 70/2015, al 01/01/2022 riporta quanto rappresentato nella tabella successiva:

Tabella 26: Dotazione Strutture Complesse programmata e attuale al 01/01/2022

	Presidio Osp.	Struttura Osp.	S.C. Programmate (DGR 212)	S.C. Situazione al 01/01/2022
901 AO PG	Perugia	AO PG	48	52
902 AO TR	Terni	AO TR	40	39
201 AUSL UMBRIA 1	Alto Tevere	Città di Castello	18	17
		Umbertide	2	1
	Alto Chiascio	Gubbio Gualdo Tadino	9	10
	Presidio Ospedaliero Unificato	Castiglione del Lago	3	2
		Passignano	1	1
		Città della Pieve	0	0
		Assisi	3	1
		Media Valle del Tevere	8	8
		AZIENDALI	1	1
	TOTALE AUSL UMBRIA 1		45	41
202 AUSL UMBRIA 2	Foligno	Foligno	21	21
		Trevi	1	1
	Spoleto	Spoleto	9	9
		Norcia	0	0
		Cascia	0	0
	Narni	Narni	1	0

	Presidio Osp.	Struttura Osp.	S.C. Programmate (DGR 212)	S.C. Situazione al 01/01/2022
	Amelia	Amelia	0	1
		Domus Gratie	0	0
	Orvieto	Orvieto	11	11
	SPDC	SPDC Terni	0	0
TOTALE AUSL UMBRIA 2			43	43
TOTALE REGIONE			176	175

La Relazione di monitoraggio rileva che il numero delle **Strutture Complesse** al 1.1.2022 rispetto alla situazione programmata prevista dalla DGR 212/2016 è **inferiore di 1 unità**, mentre il numero delle **Strutture Semplici** rispetto alla situazione programmata ex DGR 212/2016 è **superiore di 5 unità**.

Nello specifico si evidenziano per Azienda i seguenti scostamenti:

Tabella 27 – Scostamenti Strutture complesse

AZIENDA SANITARIA	SC: Differenza situazione programmata e rilevata allo 01.01.2022
AO PG	+4
AO TR	-1
Azienda USL Umbria n. 1	-4
Azienda USL Umbria n. 1	0
TOTALE	-1

Lo standard in ambito ospedaliero rappresentato, come già detto, da una struttura complessa ogni 17,5 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio, ferma restando la necessità di non superare in ogni caso la media aziendale suindicata.

Per i Presidi ospedalieri delle Aziende territoriali il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo dei servizi centrali sanitari (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.).

Per le Aziende Ospedaliere non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (servizio tecnico, gestione del personale, ecc.).

Inoltre rispetto ai bacini di popolazione il massimo di SC per l'offerta ospedaliera è pari a 193.

In ragione dei sopra citati parametri disposti dalla normativa in materia la situazione delle SC è

riepilogata nella tabella che di seguito si riporta:

Tabella 28 – Strutture complesse ex DGR 212/2016, ex DGR 136/2016 ed al 01.01.2022

AZIENDA SANITARIA	SC ex DGR 212/2016	SC ex DGR 136/2016 (MAX per AZIENDA)	S.C. al 01.01.2022
AO PG	48	58	52
AO TR	40	49	39
USL UMBRIA 1	45	76	41
USL UMBRIA 2	43	73	43
TOTALI	176	256	175

Il numero massimo di SC per azienda, che non potrà comunque oltrepassare i tetti dichiarati conformi ai parametri ex DGR 136/2016, comprende per le Aziende Ospedaliere quelle relative ai servizi amministrativi e per le Aziende territoriali quelle relative ai servizi amministrativi e le SC di territorio. Il DM 70/2015 nel definire i bacini di utenza per singola disciplina assicura implicitamente il rispetto di quanto sopra descritto e quindi, nel presente Piano (vedi allegati), viene programmata da un lato, la corretta determinazione numerica massima delle UOC rispetto agli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale sopra citata, dall'altro, il rispetto dei bacini di utenza minimi e massimi previsti dal DM 70/2015.

Le singole Aziende, nell'ambito della riorganizzazione successiva all'approvazione del Piano, attraverso i propri Atti Aziendali, dovranno individuare e definire la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina con e senza posti letto. In particolare, fermo restando il pieno rispetto del numero totale delle UOC a livello aziendale, gli Atti aziendali dovranno contenere le specifiche azioni che, articolate nel periodo temporale di vigenza del presente piano, porteranno alla risoluzione delle eccedenze e delle carenze attualmente presenti per singola disciplina.

A tal fine si chiarisce che nelle tabelle allegate (allegato A) è riportato, quale supporto alla pianificazione aziendale, un riferimento per la programmazione delle strutture complesse che tiene conto sia del numero totale di strutture complesse individuabili sulla base degli standard, sia del rispetto dei bacini minimi e massimi previsti dal DM 70/2015.

Gli atti aziendali, da adottare entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano, dovranno altresì contenere una chiara e precisa individuazione delle SC, semplici e semplice dipartimentali, nonché un cronoprogramma contenente le azioni utili al raggiungimento degli obiettivi di adeguamento alla dotazione di strutture nonché ai tempi di realizzazione.

Per garantire, inoltre, l'adeguamento anche agli standard sui bacini minimi e massimi stabiliti dal D.M. n. 70/2015, le Aziende Sanitarie con gli atti aziendali s'impegnano, altresì, ad attivare prontamente processi di adeguamento, razionalizzazione ed efficientamento durante tutto il periodo di vigenza del presente Piano, tenendo conto anche delle indicazioni centrali e regionali in ordine alla riorganizzazione dei punti di erogazione della rete del privato accreditato e del completamento della definizione dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti.

A tal fine, si elencano di seguito, le principali direttrici di riferimento che dovranno essere seguite per raggiungere la piena conformità del numero di unità operative complesse agli standard fissati dal DM 70/2015:

- 1) efficientamento razionalizzazione della rete ospedaliera a seguito della verifica delle performance di attività e dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti;
- 2) potenziamento e miglioramento delle attività di integrazione ospedale-territorio attraverso la messa in atto da parte di ogni ASL, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di riferimento, di modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) con sviluppo del day service e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero;
- 3) chiara identificazione della mission degli Ospedali ai fini del loro efficientamento;
- 4) utilizzo appropriato del setting assistenziale per acuti, per post-acuti e per le strutture intermedie al fine di garantire l'intensità assistenziale e la presa in carico ottimale per il caso clinico. Si sottolinea che il monitoraggio delle performance di utilizzo dei posti letto e della valutazione dei volumi ed esiti determinerà l'evoluzione della programmazione con rivalutazione dell'offerta per disciplina negli Ospedali sede di DEA di I e di II livello e rivalutazione dell'ospedale per acuti in una struttura di piccole dimensioni che se non in linea con i parametri di efficienza ed efficacia dovrà essere riconvertito verso la post-acutia;
- 5) controllo dei DRG potenzialmente inappropriati di cui all'allegato 6A del DPCM LEA del 2017;
- 6) potenziamento della chirurgia ambulatoriale, anche con attivazione posti letto tecnici, anche per la piena trasferibilità delle prestazioni di cui all'allegato 6B del DPCM dei LEA del 2017, all'atto dell'adozione dei criteri e dei requisiti a cura della Regione Umbria.

5. La nuova classificazione degli ospedali da DM 70/2015

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone 3 diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello.

Di seguito si riportano le diverse tipologie previste e gli standard da rispettare per procedere alla classificazione del singolo presidio:

a. **Presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Rianimazione e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di "Osservazione Breve Intensiva";

b. **Presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. E' prevista la presenza attiva o disponibilità in rete H24 dei Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Sono dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a

carattere multidisciplinare);

c. **Presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello (Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e terapia intensiva cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità). E' prevista la presenza H24 dei Servizi di Radiologia con almeno T.A.C ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Ognuno di questi presidi potrà essere costituito da uno o più stabilimenti, accorpati secondo un criterio di efficienza e di complementarità di discipline, dotati o meno di Pronto Soccorso, in relazione ai bacini di utenza serviti.

A completamento della rete ospedaliera pubblica, rispondente alla classificazione sopra descritta, viene inserita nella presente programmazione l'offerta ospedaliera esistente non pubblica, costituita dal Privato accreditato che completa la rete dei punti di offerta, nel rispetto dei bacini di utenza, per territorio e per Discipline.

Sono previsti:

- La ricostruzione degli Ospedali della Valnerina a seguito della inagibilità determinata dal sisma del 2016
- La costruzione del nuovo Ospedale di Narni-Amelia con 140 posti letto di cui 65 acuti, 55 post-acuti e 20 si struttura extraospedaliera con accorpamento dei 3 stabilimenti oggi esistenti di Narni, Amelia e Domus Gratiae
- L'ampliamento dei posti letto dell'Ospedale di Terni
- La eventuale configurazione di uno o più IRCSS

Nel successivo periodo di valutazione di efficacia di tale modello teso ad assicurare la risposta attesa in area emergenza urgenza, si provvederà ad una revisione del modello, anche in funzione delle performance raggiunte e del risultato relativo alla valutazione volumi/esiti previsti dal PNE.

6. I criteri organizzativi e gli standard per la nuova rete ospedaliera

6.1 - I criteri organizzativi e modalità operative

La presente programmazione della Rete Ospedaliera ha come obiettivo principale quello di garantire all'utenza della Regione Umbria un livello di assistenza in regime ospedaliero che sia garante del soddisfacimento dei LEA.

Tale obiettivo sarà raggiunto anche attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, che prevedano:

- equità di accesso;
- appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa per una gestione efficace ed efficiente delle strutture
- integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera
- procedure interne di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficienza ed economicità.
- processi di riorganizzazione dei singoli presidi per discipline affini

Il numero totale dei posti letto calcolati sulla base di quanto previsto dal DM 70/2015 risulta in linea con la programmazione della DGR 212/2016, ma da rivalutare rispetto all'attuale dotazione di posti letto.

La presente programmazione, con la definizione di posti letto determinato dagli standard ministeriali, prevede nel triennio di applicazione un possibile perfezionamento, derivante dall'aggiornamento di protocolli di intesa con le Università, l'eventuale strutturazione di IRCCS, dalla rivalutazione della mobilità passiva che si attende in riduzione, dalla complementarità già prevista delle strutture private.

Rientrano nella rete ospedaliera alcuni stabilimenti, seppure di piccole dimensioni, che riprendono un'attività di degenza in collegamento al presidio principale di riferimento e per migliorarne la performance con vocazione specialistica.

L'attuale dotazione patrimoniale delle Aziende va di pari passo con il Piano di programmazione in termini di Edilizia Sanitaria a sostegno della Rete Ospedaliera qui progettata. Analogamente è predisposto un Piano di ammodernamento delle dotazioni tecnologiche, anche grazie al PNRR, per garantire l'efficacia dei percorsi diagnostico/terapeutici, migliorare i risultati in termini di volume/esiti, ridurre la mobilità passiva. Infine, una adeguata programmazione della Dotazione Organica per il rafforzamento delle Risorse Umane è propedeutica alla effettiva implementazione della Rete ed è già in fase di elaborazione.

L'obiettivo finale a termine del triennio di applicazione del piano è quello di costruire una rete ospedaliera efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista, dotati di un potenziale tecnologico avanzato ed adeguato, con un'appropriata dotazione di risorse umane qualificate.

È di rilievo ai fini dell'efficacia dell'attività un modello organizzativo ad integrazione funzionale nello stesso presidio, o l'accorpamento con altra struttura in altro presidio funzionalmente collegato, nella costituzione di unica UOC. In tal modo saranno garantiti criteri organizzativi volti all'efficienza ed alla razionalizzazione delle risorse. Tale modello verrà applicato anche alle discipline senza posti letto, per i servizi diagnostici e direzionali.

6.2 - Dotazioni standard dei presidi ospedalieri pubblici

La configurazione dei singoli presidi ospedalieri come riportata nel dettaglio delle schede facenti parte degli Allegati alla fine del piano rispetta le dotazioni previste dal DM 70/15 in riferimento al livello di complessità del singolo presidio ed evidenzia i punti di accesso alla rete, come richiesto dallo stesso

decreto.

Come in parte anticipato nel capitolo n. 5, i presidi ospedalieri pubblici vengono classificati come si seguito:

➤ **Ospedali di base sede di pronto soccorso dotati delle discipline di base secondo la seguente configurazione minima:**

A) Discipline con posti letto:

- Medicina interna;
- Chirurgia generale;
- Ortopedia e traumatologia;

B) Discipline senza posti letto:

- Anestesia e rianimazione;
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza con letti tecnici di osservazione breve intensiva;
- Patologia clinica come previsto dalla futura riorganizzazione della rete dei laboratori in fase di completamento;
- Radiodiagnostica;
- Emoteca;

In questa tipologia di presidio può essere prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia per le sole attività di ginecologia e la disciplina di Oncologia anche con posti letti tecnici per i trattamenti medici nel rispetto dei requisiti previsti o in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

➤ **Ospedali sede di DEA di I° livello**

Con l'aumento della complessità il presidio si configura a maggior numero di specialità, incluse quelle di base e quelle senza posti letto, già descritte nella configurazione di ospedale con Pronto Soccorso. Dato il bacino di utenza accolgono inoltre discipline intermedie per acuti

A) Discipline con posti letto: secondo fabbisogno, una o più delle seguenti oltre alle specialità di base (e comunque, necessariamente, rianimazione, cardiologia con UTIC e pediatria):

- Terapia intensiva;
- Pediatria;
- Psichiatria;
- Cardiologia con UTIC;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Otorinolaringoiatria;
- Urologia;
- Oncologia;
- Neonatologia se presente punto parto con requisito soglia.

B) Discipline senza posti letto

Oltre alle specialità previste per l'ospedale di base sede di pronto soccorso, dovranno essere presenti anche:

- Anatomia patologica;
- Direzione Sanitaria;
- Farmacia ospedaliera;

- Medicina trasfusionale;
- TAC ed ecografia;

Compatibilmente con i bacini di utenza, nonché in relazione alle caratteristiche delle strutture sono, altresì, prevedibili discipline ulteriori, non previste quale requisito essenziale negli ospedali DEA di I° livello al fine di garantire la risposta alla domanda a valenza regionale, quali Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Endocrinologia, Dermatologia, Odontoiatria-Odontostomatologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Radioterapia

➤ **Ospedali sede di DEA II° livello**

Data l'elevata complessità della struttura, sono previste in questa tipologia di presidio anche le discipline a bassa diffusione e ad elevata specializzazione: qui possono essere presenti anche più unità operative della stessa disciplina. In alcuni casi specifici, come descritto singolarmente, alcune discipline non vengono previste in quanto i bisogni assistenziali di Macroarea sono garantiti da altre strutture a rilevanza regionale, insistenti sullo stesso bacino di utenza.

A) Discipline con posti letto

- Oltre le specialità di base ed intermedie:
- Cardiologia con emodinamica interventistica;
- Cardiochirurgia e terapia intensiva;
- Chirurgia maxillofacciale;
- Chirurgia plastica;
- Chirurgia toracica;
- Chirurgia vascolare;
- Neonatologia con UTIN;
- Neurochirurgia.

B) Discipline senza posti letto

Oltre le specialità previste per i DEA di I° livello si aggiungono:

- Neuroradiologia;
- Microbiologia e virologia;
- Radioterapia;
- Scienze dell'alimentazione e dietetica;
- Medicina nucleare.

Le reti cliniche sono già configurate e confermate nella loro organizzazione HUB e SPOKE sono da rivedere alla luce della nuova programmazione e del nuovo assetto ospedaliero.

Entro il primo semestre 2023, sulla base dei dati di attività dell'anno 2022, in presenza di quanto previsto dal DM 70/2015, si procederà alla valutazione delle attività svolte confrontandole con i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori e soglie per rischi di esito. Al fine di dare piena valorizzazione alla valutazione degli esiti nell'ambito del Programma Nazionale Esiti, gestito da AGENAS per conto del Ministero della Salute, presso la Direzione Generale Salute e Welfare, attraverso la propria struttura di staff tecnico-operativo, viene attivata una funzione di coordinamento dedicata al monitoraggio e al miglioramento dell'analisi e dell'utilizzo dei dati sanitari che avvierà programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati a valutare la qualità dei dati e dei risultati, oltre che a fornire importanti elementi conoscitivi per supportare i processi decisionali di miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSR. A tal fine la Direzione regionale Salute e Welfare si deve dotare di idoneo cruscotto di monitoraggio.

6.2.1 - La configurazione standard dei posti letto

Il Ministero della Salute indica la necessità del rispetto delle soglie massime di UOC.

Le dotazioni standard di posti letto rappresentano uno strumento efficace per il governo del sistema, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, per una necessaria flessibilità gestionale: in una condizione di offerta già strutturata si dovrà necessariamente procedere ad una riorganizzazione funzionale al nuovo assetto.

Nel rispetto dei principi di equità di accesso, ogni provincia dovrà disporre di almeno un Presidio Ospedaliero, classificato come DEA di II Livello.

6.2.2. - I modelli organizzativi: i dipartimenti ospedalieri, gli accorpamenti funzionali, l'attività ordinaria e diurna

Uno dei più forti modelli organizzativi previsti nelle strutture sanitarie è quello Dipartimentale. Il dipartimento, quali quelli previsti nell'assistenza ospedaliera, ha come obiettivi principali quelli di garantire:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento ed in integrazione con l'assistenza territoriale;
- miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità Operative omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono.

Tale modello è esplicitamente previsto quale riferimento organizzativo per la costituzione degli Atti Aziendali. Il modello Dipartimentale dovrà, a regime, costituire volano di sviluppo e qualità del sistema sanitario regionale.

Di seguito si forniscono alcune indicazioni operative di dettaglio per una omogeneità applicativa del presente Piano.

La suddivisione nelle strutture pubbliche dei posti letto fra ordinari e diurni può essere motivatamente disposta dalle aziende in relazione all'obiettivo di promozione della deospedalizzazione e la promozione delle attività ambulatoriali per garantire la massima flessibilità possibile.

6.2.3 - Attività e organizzazioni di valenza regionale

I Centri di riferimento sono strutture tecnico-scientifiche che hanno il fine di realizzare, gestire e sviluppare attività di ricerca, controllo, consulenza e formazione anche interdipartimentale, nell'ambito di specifici settori di competenza caratterizzati da particolare rilevanza tecnica e/o scientifica.

In Umbria i Centri attivi a livello regionale sono riassunti nella Tabella di seguito riportata:

Tabella 29 – Centri di riferimento regionale

DENOMINAZIONE CENTRO REGIONALE	AO PG	AO TR	USL UMBRIA 1	USL UMBRIA 2
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE EMERGENZA URGENZA	X			
SERVIZIO DI TRASPORTO PER L'EMERGENZA NEONATALE (STEN)	X			
PRODUZIONE RADIOFARMACO	X			
COMITATO ETICO REGIONALE	X			
CENTRO REGIONALE SANGUE E CENTRO COMPENSAZIONE				
CENTRO REGIONALE TRAPIANTI				
CENTRO RIFERIMENTO DIABETE E PIEDE DIABETICO				
CENTRO DI RIFERIMENTO GENETICA MEDICA				
CENTRO PMA	X			
CENTRO SLA	X			
CENTRO EPILESSIA	X			
CENTRO EPATOPATIA E PZ CANDIDATI TRAPIANTO	X			
CENTRO IMPIANTI COCLEARI	X			
METODICA HCV-NAT	X	X		
SORVEGLIANZA HIV	X			
LABORATORIO VIROLOGIA SEQUENZIAMENTO (PAN-FLU)	X			
Test di Next – Generation Sequencing (NGS) – articolo 1, comma 684, 685, 686 della legge 30 dicembre 2021, n.234.	X	X		
BIOBANCA	X			
CENTRO CHIRURGIA DELLA MANO		DA RIVEDERE CON RETI		
FIBROSI CISTICA			X	
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA GASTROENTEROLOGIA, L'EPATOLOGIA E L'ENDOSCOPIA DIGESTIVA	X			

Sono elencati esclusivamente i centri di riferimento già attivati con atti precedenti a livello ospedaliero, altri centri di riferimento regionale potranno essere individuati nel Protocollo d'intesa con l'Università.

Potenziamento delle dotazioni tecnologiche

Per garantire l'efficacia del processo di riorganizzazione oggetto del presente atto non si può prescindere dalla valutazione della qualità delle dotazioni tecnologiche attualmente in dote alle

Aziende, specie quelle territoriali. La garanzia di dotazioni tecnologiche moderne ed efficienti coniugata all'ammodernamento dei sistemi informativi che consentano in tempo reale la trasmissione dei dati sanitari necessari anche a supporto di una corretta diagnostica specie per quei presidi dislocati in zone disagiate o con attività in deroga, consentirà di elevare la parità di accesso ai servizi sanitari, al momento fortemente disattesa.

È in corso l'ammodernamento con i fondi del PNRR e nel corso del triennio la Regione procederà ad una nuova ricognizione del fabbisogno in linea con le disposizioni relative all'HTA (Health Technology Assessment), al fine di adeguare il parco tecnologico alle nuove tecnologie anche per la riduzione del rischio clinico.

6.2.4 - Il potenziamento della rete territoriale

Il potenziamento dell'assistenza territoriale rappresenta una variabile ineludibile per garantire appropriatezza e qualità delle cure anche in ambito ospedaliero. La dimensione sanitaria territoriale adeguatamente riconfigurata e potenziata nei suoi setting assistenziali permette infatti di rispondere alla domanda di salute nell'ambito delle Cure Primarie e nelle Cure Domiciliari.

Ricollocare nell'offerta territoriale la domanda corrispondente consente di soddisfare con maggiore intensità e qualità l'istanza di garanzia dei LEA in Regione Umbria.

La Riforma di settore del PNRR Missione 6 Component 1 recante "Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale", volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale del PNRR", è stata di recente realizzata dal Decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77, avente ad oggetto "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", adottato di concerto fra il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze. In data 30 maggio 2022 il Ministro della Salute e la Presidente della Giunta Regionale hanno sottoscritto il Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi del PNRR, Missione 6 ed il Piano Operativo Regionale allegato prevede la definizione, con apposito atto normativo entro dicembre 2022 della programmazione della rete di assistenza territoriale in coerenza con gli standard ed i modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'assistenza territoriale.

In ottemperanza a quanto disposto nel CIS con DGR 14.12.2022, n. 1329 è stato adottato il piano della rete di assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Il documento descrive l'analisi di contesto della Regione Umbria, definisce, in ossequio agli standard stabiliti dal suindicato DM, la riorganizzazione della rete territoriale, i fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi ed i piani di formazione ed una sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività.

Vengono definiti infine le modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, rinviando la concertazione con gli stakeholders alla successiva fase di implementazione e attuazione dei modelli organizzativi e degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi.

In un'ottica di riorganizzazione, per sviluppare un linguaggio uniforme a garanzia di equità di accesso e omogeneità di presa in carico, diventa cogente e contingente l'adozione di un modello di stratificazione comune sul territorio regionale. Il modello di stratificazione, con lo strumento informatico di cui la regione si è dotata, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che poi devono essere definiti nel Progetto di Salute. Con il sistema adottato dalla regione Umbria sono previsti sei livelli di stratificazione del rischio, sulla base dei bisogni socioassistenziali: dalla persona in salute a quella in fase terminale, passando per differenti gradi di complessità clinico-assistenziale.

6.3 – Le attività di riabilitazione

6.3.1 – Premessa

Nel complesso nel presente piano vengono assegnati 355 posti letto di riabilitazione (cod.56) che rappresenta lo 0,38 per 1.000 abitanti e che amplia la dotazione prevista dalla DGR 212/2016 di 25 posti letto, mentre la lungodegenza ospedaliera rappresenta una quota residuale.

Vengono confermate l'offerta dei posti letto per l'Unità Spinale e la Neuroriabilitazione.

6.3.2 - L'alta specialità neuro-riabilitativa (cod. 75) e la riabilitazione spinale (cod. 28)

Considerati i dati epidemiologici ed il miglioramento di efficacia delle attività riabilitative, specie nell'area dell'alta specialità, il piano riprogramma una assistenza postacuti nell'immediato, anche per pazienti con gravi disabilità, alto livello di dipendenza, ma elevato potenziale di recupero funzionale. Per questa attività ad elevata valenza riabilitativa si confermano i fabbisogni in area neuro riabilitazione (cod. 75) e unità spinale (cod. 28) già aderenti agli standard definiti dal DM 70/2015, calcolati all'interno dello standard complessivo previsto per la riabilitazione intensiva ospedaliera.

La distribuzione tiene conto di:

- la definizione del setting assistenziale destinato ad assicurare l'assistenza al paziente con grave cerebropatia acquisita (GCA);
- i criteri di individuazione del fabbisogno neuro-riabilitativo;
- i criteri di appropriatezza dei ricoveri;
- la provenienza e tipologia del paziente;
- l'adeguatezza dell'allocazione al codice 75;
- l'intervento riabilitativo;
- il piano annuale dei controlli esterni e gli indicatori di audit;
- il fabbisogno di posti letto cod. 28;
- i criteri di appropriatezza dei ricoveri in unità di riabilitazione cod. 28;
- il piano annuale dei controlli esterni e gli indicatori di audit.

6.3.3 - La rete dell'alta specialità riabilitativa

La presente programmazione in funzione dei nuovi criteri declinati nel DM 70/2015, e conferma la rete dell'alta specialità riabilitativa prevedendo la collocazione dei posti letto in presidi ospedalieri sede di DEA di I o II livello ovvero nei presidi ospedalieri ad indirizzo riabilitativo pubblici già individuati e che hanno già acquisito professionalità e skill per queste discipline.

In relazione a quanto sopra, i posti letto per provincia sono programmati secondo la seguente distribuzione.

Tabella 30 – Distribuzione regionale programmata posti letto cod.75 e cod. 28

AZIENDA	Cod. 75	Cod.28
AO PERUGIA	0	13
AO TERNI	12	0
AUSL n.2	30	0
Totale	42	13

6.3.4 - La riabilitazione intensiva (cod. 56)

La Regione Umbria, con DGR 212/2016 aveva programmato un'offerta di riabilitazione intensiva, che alla luce delle necessità emerse dal post-covid e quanto previsto dal nuovo decreto per la SDO della riabilitazione ospedaliera (Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri) che entra in vigore il 1.1.2024 e che dal 1.1.2023 si avvia in maniera sperimentale con 3 livelli di riabilitazione intensiva cod. 56: 56a, 56b, 56c la programmazione prevista dalla DGR 212/2016 viene aumentata passando dai precedenti 330 posti letto ai futuri 355 posti letto.

Tabella 31 – Distribuzione regionale posti letto cod.56

AZIENDA	Cod. 56 DGR 212/2016	Cod.56 programmato
AO PG	0	0
AO TR	3	0
AUSL n. 2	135	140
AUSL n.1	192	215
Totale	330	355

Per la riabilitazione intensiva vengono assegnati 355 posti letto.

6.3.5 - La lungodegenza ospedaliera (cod. 60)

La Regione Umbria, con DGR 212/2016 aveva programmato un'offerta di lungodegenza, che alla luce delle necessità emerse dal post-covid e dalla strutturazione degli Ospedali di Comunità viene riprogrammata.

Tabella 32 – Distribuzione regionale posti letto cod.60

Macro-area	Cod. 60 DGR 212/2016	Cod.60 programmato
AO PERUGIA	12	0
AO TERNI	12	0
AUSL n. 2	42	0
AUSL n. 1	10	9
Totale	76	9

Con Deliberazione del Direttore Generale 30.11.2022, n. 434 - vista la revisione operata in base al DM 77/2022, con cui sono stati istituiti tra l'altro gli Ospedali di Comunità, che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero facendo recuperare alle Aziende Ospedaliere il ruolo di strutture che erogano prestazioni essenzialmente per acuti - è stata dismessa a far data dal 1 dicembre 2022 la pregressa Unità di Degenza Infermieristica (U.D.I.) istituita con DDG 770/2015 e riconvertiti i relativi PL, pari a 12 (Cod. Min. 60), in PL di Medicina Generale, assegnandoli temporaneamente alla SC di Medicina Interna (Cod. Min. 26).

Per la lungodegenza vengono assegnati 9 posti letto in quanto gli altri sono resi disponibili per gli Ospedali di Comunità.

6.4 - La salute mentale

Il presente piano si occupa della Salute Mentale per le articolazioni ospedaliere - strutturali e funzionali - del Dipartimento di Salute Mentale, costituite dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dalle attività di Consulenza ospedaliera.

Nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura viene effettuato il ricovero breve, di norma volontario o, quando necessario, obbligatorio, di persone con disturbi psichiatrici, garantendo la continuità terapeutica con i presidi e i servizi territoriali attraverso il massimo livello possibile di integrazione funzionale.

Per raggiungere questo obiettivo le caratteristiche, le funzioni e le attività del SPDC – tipologia delle strutture, organizzazione, rapporti con gli altri servizi, modalità di invio dei pazienti, trattamenti e loro durata, dimissioni ecc. – devono essere ispirate agli stessi modelli concettuali previsti per le attività dei presidi e dei servizi territoriali ed essere congruenti con le prassi operative in essi attuate, nonché con i principi contenuti nella legislazione vigente in materia di tutela della salute mentale.

Le attività di Salute Mentale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei disturbi psichiatrici sono fondamentalmente territoriali e sono svolte dal Dipartimento di Salute Mentale.

In questa visione il ricovero di breve durata in ambito ospedaliero nei SPDC assume significato terapeutico esclusivamente in quanto segmento di un percorso di cura e di presa in carico caratterizzato da una continuità di interventi anche differenziati.

Sulla base dei quadri normativi nazionali e regionali l'accesso ai servizi ospedalieri è garantito dal collegamento dei posti letto ospedalieri con la rete dei servizi territoriali di Salute Mentale, che restano responsabili dei percorsi di cura, anche in integrazione con il 118.

Per questo motivo, l'allocazione dei posti letto e la loro distribuzione prevede una articolazione che distingue i Plessi Ospedalieri sede di SS.PP.DD.CC forniti di PL ordinari più PL di DH, da altri plessi ospedalieri dove non sono presenti posti letto, ma in cui vengono comunque gestite le urgenze-emergenze psichiatriche in Pronto Soccorso con la collaborazione del CSM del territorio e le necessità di ricovero vengono gestite nell'ambito della rete.

6.4.1. Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), istituito ai sensi degli artt. 33-34-35 della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dagli atti della Regione Umbria, è l'esclusivo servizio ospedaliero deputato al ricovero breve per disturbi psichiatrici, di norma volontario (TSV) ovvero per Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) da realizzarsi in degenza ospedaliera, qualora sia ritenuta clinicamente necessaria tale modalità.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è parte integrante del Dipartimento strutturale di Salute Mentale. Esso è di pertinenza delle Aziende Sanitarie Locali anche se a Perugia e Terni è ubicato negli Ospedali delle Aziende Ospedaliere.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve garantire:

- la tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- la formulazione/riformulazione della diagnosi;
- l'impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- la riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- l'effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- l'osservazione e monitoraggio clinico;
- la riconnessione dei rapporti di rete familiare.
- le connessioni con l'Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del

paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dovranno essere programmati per soddisfare le esigenze dell'ASL di riferimento verificando costantemente l'appropriatezza dei ricoveri posti in essere.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico, ma garantisce le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso, alla Terapia Intensiva e alle altre Unità Operative del P.O.

La Consulenza psichiatrica a strutture ospedaliere non sede di SPDC, laddove non garantita da autonoma organizzazione promossa dalle strutture ospedaliere stesse, è assicurata da personale delle Unità Operative di Salute Mentale competenti per territorio, secondo le afferenze e con le modalità stabilite dal DSM.

Tabella 33 – Riepilogo degli SPDC programmati dal Piano

Macro-area	PI ordinari	PI DH	PI TOTALI
SPDC PERUGIA	17	0	17
SPDC TERNI	10	1	11
SPDC FOLIGNO	10	2	12
Totale	37	3	40

La rete dell'emergenza psichiatrica viene gestita dai Dipartimenti di Salute Mentale in integrazione funzionale con il Servizio 118.

6.4.2. Posti letto ad indirizzo neuropsichiatrico

Per quanto attiene alle necessità di tipo neuropsichiatrico con la strutturazione della rete di Neuropsichiatria Infantile e le necessità di ricovero per esigenze neuropsichiatriche/psichiatriche dei giovani adulti si definisce il fabbisogno di posto letto specifici.

Tabella 34 – Posti letto ad indirizzo neuropsichiatrico

OSPEDALE	PL
PERUGIA (Cod. 33)	2
FOLIGNO (Cod. 40)	3
TOTALE	5

Al momento della redazione del presente piano il processo non è ancora completato, e se ne programma la messa a regime entro il 31.03.2023.

6.5 - I Punti nascita e assistenza neonatale

La Regione Umbria con Legge regionale 12 novembre 2012 n. 18 ha intrapreso azioni volte alla razionalizzazione dell'assetto istituzionale della rete ospedaliera, ivi compresa l'articolazione territoriale dei Punti Nascita (PN), sulla spinta anche dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" di dicembre 2010.

Successivamente con provvedimenti attuativi disposti dalla Giunta regionale: DGR 970/2012 "Misure

di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti” e con la DGR 1344/2013 “Riorganizzazione area materno-infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della Regione Umbria” – è stato realizzato l’assetto attuale.

Più nello specifico i provvedimenti hanno definito un modello operativo di tipo HUB e SPOKE dei PN. Con DGR 1344/2013 è stato dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di riorganizzare i PN dei Presidi Ospedalieri Territoriali in forma integrata con le Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, attraverso 2 protocolli operativi, uno tra l’Azienda ospedaliera di Perugia e la USL 1 e il secondo tra l’Azienda ospedaliera di Terni e la USL 2; tali protocolli individuano le necessarie azioni di integrazione implementando un modello operativo a rete dei PN di 1° e di 2° livello del tipo HUB & SPOKE. Gli HUB (PN di 2° livello delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni) e gli SPOKE (PN di 1° livello di Città di Castello, Branca, Pantalla (MVT), Foligno, Spoleto, Orvieto) costituiscono le strutture integrate denominate “Area Funzionale Omogenea interaziendale materno infantile” (AFOI-MI), rispettivamente per l’Area Nord e per l’Area Sud.

Infine la riorganizzazione della rete materno-infantile si completa con lo STEN (Servizio di trasporto per l’emergenza neonatale) a garanzia della sicurezza del trasporto neonatale di emergenza e con lo STAM (Servizio di trasporto assistito materno).

La DGR 1040/2014 ha infine preso atto dei processi di riordino realizzati dalle Aziende Sanitarie regionali ed approvato di conseguenza la riorganizzazione dell’area materno infantile.

La DGR 1591 del 21.12.2015 “Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell’Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione relazioni delle Aziende sanitarie territoriali sullo stato di avanzamento degli adempimenti” dava fra l’altro mandato alle Aziende Sanitarie di ultimare, in aderenza a quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni del 2010 quanto necessario all’implementazione del percorso nascita.

Nel Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) adottato con DGR 212/2016 la Giunta ha confermato la Rete Neonatologica e Punti Nascita definita con le richiamate DDGR.

Con l’Accordo raggiunto in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 gennaio 2018, ai sensi del punto 8.1 del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, è stato approvato il documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”.

Allo stato attuale la Rete neonatologica prevista dall’atto di programmazione, confermata nel modello HUB e SPOKE e le AFOI, ha subito delle evoluzioni in relazione al rispetto degli standard del numero di parti per sede, nonché all’emergenza COVID che ha influenzato due sedi ospedaliere di I livello ovvero i Presidi Ospedalieri di Spoleto e Media Valle del Tevere che, convertite in COVID HOSPITAL nel 2021, hanno interrotto l’attività neonatologica.

Al 1° gennaio 2022 la rete HUB e SPOKE infatti era così articolata:

Tabella 35 – Rete neonatologica e Punti nascita al 1° gennaio 2022

Azienda Sanitaria	Codice Ospedale	Struttura ospedaliera	Tipologia Struttura per la rete	Codice Rete	Codice disciplina	Disciplina
AO Perugia	100901	Ospedale Perugia	HUB	II	37	Ostetricia e Ginecologia
					62	Neonatologia
					73	TIN

Azienda Sanitaria	Codice Ospedale	Struttura ospedaliera	Tipologia Struttura per la rete	Codice Rete	Codice disciplina	Disciplina
AO Terni	100902	Ospedale Terni	HUB	II	37	Ostetricia e Ginecologia
					62	Neonatologia
					73	TIN
AUSL Umbria 1	10080101	Ospedale Città di Castello	SPOKE	I	37	Ostetricia e Ginecologia
AUSL Umbria 1	1008010	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	SPOKE	I	37	Ostetricia e Ginecologia
AUSL Umbria 1	10080307	Ospedale Media Valle del Tevere (*)				
AUSL Umbria 2	10080901	Ospedale Foligno	SPOKE	I	37	Ostetricia e Ginecologia
					62	Neonatologia
AUSL Umbria 2	10080501	Ospedale Spoleto (**)	SPOKE	I	37	Ostetricia e Ginecologia
AUSL Umbria 2	100806	Ospedale Orvieto	SPOKE	I	37	Ostetricia e Ginecologia

Legenda:

- HUB – Punti Nascita di II livello – Hub della rete con n. di parti > 1.000 con unità neonatologica e TIN (in tabella C tali UU.OO. sono classificate “II”)
- SPOKE - Punti di Nascita I livello – Spoke della rete con n. di parti > 500 (in tabella C tali UU.OO. sono classificate “I”)

Note

(*) = l’Ospedale della Media Valle del Tevere– stabilimento 10080307- nella tabella C (indicazione ministeriale) non è individuata la divisione di Ostetricia e Ginecologia in quanto completamente sospesa nel 2021 per la conversione dell’Ospedale in Covid Hospital. Le attività non sono riprese anche in relazione al parere del “Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)” per la verifica dei requisiti minimi strutturali e funzionali del PN di cui all’accordo Stato-Regioni del 2010.

(**) = l’Ospedale di Spoleto– stabilimento 10080501 - Ostetricia e Ginecologia disciplina 37, divisione 01. Come detto in premessa il 2021 tale PN non è stato operativo per la trasformazione dell’Ospedale in Covid Hospital.

Allo stato attuale la rete risulta operativa con le seguenti strutture:

Tabella 36 - Strutture di II livello

Denominazione struttura/stabilimento	Codice struttura	Codice stabilimento	Ruolo nella rete
Azienda Ospedaliera “S. Maria della Misericordia” - Perugia	100901	00	Punto Nascita di II livello
Azienda Ospedaliera “S. Maria” – Terni	100902	00	Punti Nascita di II livello

Tabella 37 - Strutture di I livello

Denominazione struttura/stabilimento	Codice struttura	Codice stabilimento	Ruolo nella rete
Ospedale Alto Chiascio - Branca	100810	00	Punto Nascita di I livello
Ospedale di Città di Castello	100801	01	Punto Nascita di I livello
Ospedale San Giovanni Battista – Foligno	100809	01	Punto Nascita di I livello
Ospedale S. Maria della Stella – Orvieto	100806	00	Punto Nascita di I livello

6.6 - La Sanità Penitenziaria

La Regione Umbria ospita sull'intero territorio n. 4 strutture penitenziarie, di cui 3 maschili (Spoleto, Terni e Orvieto) e 1 femminile e maschile (Perugia). Sotto l'aspetto sanitario il cittadino ristretto è considerato detentore di diritti sanitari pari a quelli del soggetto libero. Di fatto però le particolari condizioni carcerarie non permettono l'esercizio del diritto alla salute con le stesse "libertà", determinandosi una sovrapposizione delle norme di restrizione con le procedure sanitarie, talvolta condizionanti i tempi e le modalità per l'erogazione delle prestazioni.

In ambito ospedaliero sono attualmente già previsti posti letto dedicati nell' Ospedali di Spoleto, di Perugia e di Terni.

Nelle 4 strutture insistono le strutture di Sanità Penitenziaria con la presenza di branche specialistiche e anche prestazioni di Diagnostica per Immagini. Ciò che non è erogabile direttamente nella struttura viene programmato nelle sedi ospedaliere e/o territoriali di riferimento.

Nella Casa di reclusione di Spoleto è presente una struttura con 6 posti letto di residenzialità del relativo Presidio Sanitario.

6.7 - L'offerta privata

Per integrare a pieno il settore privato nella rete ospedaliera pubblica, il piano prevede che vengano definiti i posti letto per acuti e post-acuti necessari per raggiungere lo standard di offerta x 1.000 abitanti, confermando che le strutture private in Regione Umbria non contribuiscono all'offerta di posti letto per la rete emergenza-urgenza e per le reti tempo-dipendenti.

Le attuali Case di Cura presenti nel territorio umbro sono di 2 tipi: polispecialistiche e monospecialistiche, come da tabella sotto riportata contenuta nella Relazione di monitoraggio del maggio 2022:

Tabella 38 – Case di cura private umbre

Azienda Sanitaria	Struttura ospedaliera	Tipologia iniziale struttura	Tipologia struttura programmazione ai sensi DGR 212/2016	Situazione attuale all'1.1.2022
201 AUSL UMBRIA 1	Casa di Cura Villa Fiorita	Polispecialistica	Monospecialistica ortopedica e riabilitazione	Monospecialistica ortopedica e riabilitazione
	Casa di Cura Porta Sole	Polispecialistica	Polispecialistica	Polispecialistica
	Casa di Cura Clinica Lami	Polispecialistica	Monospecialistica ortopedica e riabilitazione	Monospecialistica ortopedica e riabilitazione
	Casa di Cura Liotti	Polispecialistica	Polispecialistica	Polispecialistica
202 AUSL UMBRIA 2	Casa di Cura Villa Aurora	Polispecialistica	Monospecialistica ortopedica	Monospecialistica Ortopedica
	Santo Stefano	Lungodegenza SV e SMC	Lungodegenza SV e SMC	Disattivata

Le 2 strutture polispecialistiche (Casa di cura Porta Sole e Liotti) hanno un numero di posti letto per acuti non inferiore a 60 e quindi rispettano i requisiti del DM 70/2015.

Le strutture monospecialistiche a vocazione ortopedica solo in 3 casi soddisfano il requisito di un numero di posti letto non inferiore a 40. Per quanto concerne la Casa di Cura Villa Aurora (30 pl) che, in seguito all'entrata in vigore del DM 70/2015 aveva inoltrato alla Amministrazione regionale istanza di conversione in struttura monospecialistica, si richiama la DGR 06.07.2015, n. 829, adottata in coerenza con un parere ad hoc formulato dall'Avvocatura regionale.

Infatti il punto 2.5 dell'Allegato 1 al DM citato stabiliva che, a partire dal 1° gennaio 2015, entrasse in vigore e fosse operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali veniva fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità definite nello stesso punto. Dal 1° luglio 2015 si stabiliva che non fosse possibile sottoscrivere contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Inoltre con specifica Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del DM, avrebbero dovuto essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti. Pertanto la DGR 829/2015 disponeva di dare atto che, a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more della summenzionata Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni – avessero facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR.

Risulta che ad oggi l'Intesa di che trattasi, nelle more della quale è stata garantita la possibilità di "convenzionare" la Casa di cura Villa Aurora, non sia stata mai raggiunta.

Si rende tuttavia necessario garantire gli standard fissati dal DM 70/2015 e pertanto si assegna un termine congruo di 6 mesi dalla data di adozione del presente Provvedimento generale per

l'adeguamento agli standard minimi fissati dal DM 70/2015.

La dotazione dei posti letto, come risulta dai decreti di accreditamento, è evidenziata nella tabella che segue.

Tabella 39 – Dotazione Posti Letto Case di Cura private accreditate

ASL	Case di Cura	PL acuti	PI Post acuti	PI Totali
USL UMBRIA 1	Liotti	60	6	66
	Porta Sole	71	0	71
	Lami	50	15	65
	Villa Fiorita	40	10	50
USL UMBRIA 2	Villa Aurora	30	0	30
Totale		251	31	282

Dalla integrazione dell'offerta pubblica e privata deriva un complessivo soddisfacimento del fabbisogno assistenziale ospedaliero.

Tema fondamentale da affrontare nei rapporti con il settore privato delle case di cura è infatti quello dei limiti previsti per l'accreditabilità ed i contratti in relazione al requisito dimensionale e delle discipline specialistiche, come già in precedenza riportato, secondo le previsioni del DM 70/2015. L'offerta privata come quella pubblica deve tener conto anche del bacino di riferimento e allo stato attuale l'offerta per i due bacini di residenza provinciali non è lo stesso per cui si rende necessario allineare l'offerta.

Allo stato attuale le strutture private sono presenti solo nella Provincia di Perugia come riportata in tabella successiva:

Tabella 40 - Programmazione dei Posti letto privati accreditati attuale

Regione Umbria	posti letto		
	p.l. programmati		
	N. p.l.	N. p.l. per 1000 ab pop regionale	% su totale p.l.
Acuti	251	0,27	8,86%
post acuti	31	0,03	7,97%
Totale	282	0,31	8,08%

Il numero di posti letto per 1.000 abitanti è calcolato sulla popolazione attualmente residente. Se viene calcolato sulla popolazione regionale della Provincia di Perugia si determina il tasso per 1.000 abitanti.

Tabella 41- Programmazione dei Posti letto privati accreditati x 1.000 abitanti

Regione Umbria	posti letto
	p.l. programmati

	N. p.l.	N. p.l. per 1000 ab pop residente regionale	N. p.l. per 1000 ab pop residente provincia PG
Acuti	251	0,27	0,39
post acuti	31	0,03	0,05
Totale	282	0,31	0,44

Stimando lo stesso tasso per la Provincia di Terni si determina il fabbisogno di posti letto privati per la Provincia di Terni

Tabella 42 - Programmazione dei Posti letto privati accreditati e accreditabili

Regione Umbria	p.l. programmati		
	N. p.l. Provincia PG	N. p.l. Provincia TR	N. p.l. Totali
	Acuti	251	84
post acuti	31	11	42
Totale	282	95	377

Con gli stessi criteri si stima l'offerta privata:

Tabella 43 - Programmazione dei Posti letto privati

Regione Umbria	posti letto		
	p.l. programmati		
	N. p.l. Provincia PG	N. p.l. Provincia TR	N. p.l. Totali
Acuti	14	5	19
post acuti	27	9	36
Totale	41	14	55

Va tenuto presente, in proposito, che, in attuazione delle disposizioni regionali previgenti la Regione ha proceduto all'accreditamento delle case di cura private e la programmazione della rete ospedaliera privata si articola in due livelli: il fabbisogno di posti letto necessari per soddisfare lo standard e la quota di posti letto utilizzabili esclusivamente a fini privati con equilibrio territoriale.

E' importante sottolineare che la programmazione dei posti letto privati accreditati e accreditabili definisce l'equilibrio territoriale degli stessi su base provinciale, il convenzionamento successivo è determinato dai reali fabbisogni di periodo per disciplina anche in base ai dati di attività e alla mobilità passiva nonché compatibilmente con i vincoli di spesa e delle disponibilità economico-finanziarie della Regione.



6.8 - Aziende Ospedaliero-Universitarie

Secondo le previsioni del D. L.gs. 517/99, l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è determinata nel quadro della programmazione regionale secondo specifici protocolli d'intesa tra Regione e Università, in modo da assicurare la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.

Resta fermo che le attività assistenziali delle aziende ospedaliero-universitarie, fatte salve le esigenze di carattere didattico e di ricerca, devono, comunque, uniformarsi ai criteri e ai parametri di appropriatezza che hanno ispirato la complessa riorganizzazione della rete ospedaliera, anche assicurando la coerenza con lo standard previsto per le strutture complesse e semplici, e dovranno integrarsi nelle grandi reti, in primo luogo quelle per patologie tempo-dipendenti.

Nella Regione Umbria sono previste due aziende ospedaliero-universitarie e precisamente l'A.O.U. di Perugia e l'A.O.U. di Terni.

Per le due aziende presenti è in itinere un percorso per il rinnovo dei protocolli d'intesa Università-Regione, che devono ridefinire le dotazioni di strutture compatibili con i vincoli del presente piano e le esigenze della didattica e ricerca delle università da assicurare attraverso la funzione assistenziale, nonché le esigenze del sistema emergenza urgenza.

7. La nuova programmazione della rete ospedaliera

7.1 – Considerazioni generali

La variabile fondamentale prevista dal DM 70/15 per la classificazione e l'individuazione dei presidi ospedalieri è rappresentata dai bacini di utenza di riferimento. In tal modo vengono definiti, per ciascun livello di complessità nella rete, i seguenti bacini di utenza:

- Presidio di base: 80.000-150.000 abitanti
- DEA di I livello: 150.000-300.000 abitanti
- DEA di II livello: 600.000-1.200.000

In ogni caso, quale che sia il livello di complessità di presidio, esso costituisce comunque un punto di accesso alla rete nel bacino di riferimento. I DEA, ovviamente, ricomprendono anche funzioni proprie del Pronto Soccorso.

In relazione alla popolazione residente, verificati i bacini di utenza minimi e massimi, si possono programmare in Regione Umbria i seguenti presidi come numero minimo/massimo prevedibile:

- Presidio di base: da 5/6 a 11
- DEA di I livello: da 3 a 6
- DEA di II° livello: da 1 a 2

per un totale massimo di 19 punti di accesso alla rete per i 3 livelli, compresi i presidi di Pronto Soccorso.

La configurazione esistente permette di identificare già attivabili **n. 2 DEA di II livello**, uno per ciascuna provincia: Perugia e Terni.

Con le stesse considerazioni legate alle potenzialità strutturali dei presidi esistenti, oggi possiamo identificare **5 DEA di I livello**, di cui 4 nella Provincia di Perugia ed 1 nella Provincia di Terni, prevedendo per alcuni di essi adeguamenti di posti letto di discipline ed interventi di razionalizzazione.

I presidi di base sede di Pronto Soccorso individuati dalla nuova programmazione **sono n. 5**.

In totale vengono identificati 12 punti di accesso alla rete ospedaliera, con un rapporto medio di 1 ogni 71.631 abitanti rispetto alla popolazione attualmente residente. Di seguito il dettaglio dei singoli presidi, la collocazione nella rete e le relazioni organizzative.

L'attuale distribuzione delle discipline per bacini di utenza, come risulta dai flussi HSP fa rilevare una disomogenea distribuzione con eccessi/carenze di offerta e presenza diffusa di piccole Unità Operative. L'attuale programmazione tende a ridurre questi estremi di offerta in eccesso o in difetto, anche attraverso una compensazione geografica tra aree confinanti tenendo conto anche di particolari tematiche epidemiologiche e di fenomeni di mobilità passiva che si tende a contrastare. La configurazione definitiva tiene quindi conto della struttura fisica e della possibile logistica distributiva dei posti letto all'interno delle strutture soprattutto quelle di piccole dimensioni che vanno a configurare la rete per attendere allo standard dei posti letto in primis quello per acuti.

La valutazione del tasso di ospedalizzazione, del tasso di utilizzo dei posti letto, delle degenze medie e della mobilità passiva ha orientato la programmazione dell'offerta dei posti letto che avrà bisogno di monitoraggio anche in relazione ai volumi ed esiti per eventuali riallineamenti delle dotazioni attualmente prevedibili in un contesto ancora influenzato dall'evoluzione post-pandemica.

Tralasciando i DEA di II livello che sono strutture con un numero di posti letto maggiore di 500, gli altri ospedali hanno un numero di posti letto nettamente inferiore e sono tati configurati in modo tale che nessun DEA di I livello abbia un numero di posti letto inferiore a 120, mentre negli ospedali sede di Pronto Soccorso essendo strutture di piccole dimensioni si è cercato di concentrare le discipline riducendo la variabilità interna per dare specifiche connotazioni.

Nei DEA di I livello i posti letto vanno integrati funzionalmente per aree omogenee mediche e chirurgiche anche per la finalità di copertura dei turni di continuità assistenziale notturna e festiva che devono essere interdivisionali e interdisciplinari, fatta eccezione per quanto previsto nella strutturazione delle reti cliniche.

Negli ospedali sede di PS i posti letto vanno integrati funzionalmente per aree omogenee medica compresa la lungodegenza ove prevista e chirurgica. La continuità assistenziale notturna e festiva deve essere unica con possibilità di reperibilità per eventuali urgenze.

È da tenere presente che nell'ambito di una stessa Azienda posti letto di una disciplina distribuiti fra più strutture ospedaliere possono far riferimento ad un'unica Struttura Complessa o Semplice (preferibilmente di livello dipartimentale) prevista nell'organizzazione aziendale.

Le tabelle successive riportano una sintesi regionale, confrontando i posti letto esistenti, come da flussi HSP 2022, la potenziale dotazione come da DM 70/15, e la reale programmazione che tiene conto dei fenomeni sopra dettagliati (contrasto alla mobilità passiva e situazioni epidemiologiche locali).

Di seguito le tabelle con le indicazioni derivanti dalla nuova programmazione ed il confronto con lo stato attuale (HSP 2022).

Tabella 44 - Programmazione dei Posti letto ex DM 70 (Totale Regionale)

Area	POSTI LETTO						Δ PL Programmati - PL ex DM 70
	PL ex DM 70 (DGR 212/2016)		PL HSP 2022		PL Programmati		
Regione Umbria	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	
Acuti	2.776	3,01	2.800	3,03	2.850	3,09	+ 74
Post-acuti	461	0,50	413	0,44	430	0,47	- 31
Totale offerta ospedaliera	3237	3,51	3213	3,47	3.618	3,92	
Ospedali di comunità	0	0	0	0	338	0,37	

(*) calcolata su popolazione pesata pari a 921.861

Tabella 45 - Programmazione dei Posti letto ex DM 70 (Totale AUSL 1 + AOPG)

Area	POSTI LETTO						Δ PL Programmati - PL ex DM 70
	PL ex DM 70 (DGR 212/2016)		PL HSP 2022		PL Programmati		
AUSL 1 + AZ. OSP. PERUGIA	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	
Acuti	1.513	3,02	1.545	3,08	1.535	3,07	+ 22
Post-acuti	227	0,45	242	0,48	237	0,47	+ 10
Totale offerta ospedaliera	1.740	3,47	1.787	3,56	1.972	3,93	232
Ospedali di comunità	0	0	0	0	200	0,39	

(*) calcolata su popolazione pesata pari a 500.044

Tabella 46 - Programmazione dei Posti letto ex DM 70 (Totale AUSL 2 + AOTR)

Area	POSTI LETTO						
	PL ex DM 70 (DGR 212/2016)		PL HSP 2022		PL Programmati		Δ PL Programmati - PL ex DM 70
AUSL 2 + AZ. OSP. TERNI	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati (*)	
Acuti	1.275	3,02	1.255	2,97	1.315	3,12	+ 40
post-acuti	222	0,52	171	0,40	193	0,46	- 29
Totale offerta ospedaliera	1.497	3,54	1.426	3,37	3.578	3,91	
Ospedali di comunità	0		0		138	0,33	

(*) calcolata su popolazione pesata pari a 421.817

Viene riportata l'intera offerta dei posti degli Ospedali di Comunità tenendo presente che dei 338 previsti dalla programmazione regionale Nr. 138 sono inseriti nelle stesse strutture ospedaliere.

Di seguito la configurazione degli ospedali con gli elementi strategici di riconfigurazione, riqualificazione della rete ospedaliera e valorizzazione delle strutture per garantire l'appropriatezza e la sicurezza delle cure:

- La configurazione dei DEA di II livello è orientata a determinare l'aumento della produttività in particolare quella relativa all'alta specialità regionale contrastando la mobilità passiva e incremento della mobilità attiva anche extra-regionale;
- La configurazione dei DEA di I livello è orientata a determinare l'aumento della produttività con contrasto alla mobilità passiva e con incremento della mobilità attiva anche extra-regionale;
- La configurazione degli Ospedali con PS con un numero contenuto di discipline è orientata ad una specifica mission e va posto in integrazione funzionale con gli ospedali DEA per un efficientamento della rete e l'ottimizzazione dei percorsi di cura e della scelta del setting assistenziale appropriato, secondo i principi del modello HUB e SPOKE.

7.2 – USL Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia

La Usl Umbria 1 comprende i territori dell'Alto Tevere, Alto Chiascio, dell'Assisano, del Perugino, del Trasimeno e della Media Valle del Tevere.

In riferimento al bacino di utenza il presente piano prevede le seguenti strutture così classificate:

- **1 DEA di II° livello di Perugia** nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello.

L'ospedale funge da Hub nella rete Trauma con Centro Traumi Specializzato, Hub di I° livello nella rete cardiologica con Laboratorio di Emodinamica, Hub nella rete Ictus con Stroke Unit di II livello, Hub nella Rete PN e Neonatologica con PN di II° livello con Neonatologia e UTIN, Hub nella Rete Oncologica medica e chirurgica e sede di Breast Unit.

Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 33 e

riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 14. Sono inoltre strutturati 2 posti letto di Neuropsichiatria Infantile (cod.33) per quanto previsto dalla specifica rete, mentre l'SPDC (cod. 40) pur restando attivo dentro l'Ospedale come flussi (HSP e SDO) viene trasferito alla USL Umbria 1 al pari di quanto previsto per l'SPDC di Terni.

L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 809 di cui 13 di post-acuti del codice 28 (Unità Spinale).

- **2 DEA di I° livello:**

- **L'Ospedale di Città di Castello** nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello ad eccezione del SDPC ma è previsto il collegamento funzionale con il CSM territoriale. L'ospedale funge da Spoke nella rete Trauma con Centro Trauma di Zona, Spoke di I° livello nella rete cardiologica, Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello, Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello, Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Breast Unit. Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 18 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 14.

L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 185 cui si aggiungono 15 posti letto di Ospedale di Comunità.

- **L'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino** nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello ad eccezione del SDPC ma è previsto il collegamento funzionale con il CSM territoriale.

L'ospedale funge da Spoke di I° livello nella rete cardiologica, Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello, Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello, Spoke nella Rete Oncologica medica. Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 12. In questo ospedale vengono attivati anche 4 posti letto di terapia semintensiva cod. 94 non finanziati dal DL 34/2020 ma strutturati nel periodo covid e da mantenere per le necessità di un DEA di avere posti letto di semintensiva. In questo Ospedale la Chirurgia Plastica opera in integrazione con la chirurgia generale utilizzando gli stessi posti letto. L'attività di chirurgia plastica e ricostruttiva sarebbe da ricondurre in forma pressoché esclusiva all'alta complessità di cura e pertanto dovranno essere garantite forme di integrazione funzionale.

L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 137 cui si aggiungono 15 posti letto di Ospedale di Comunità.

- **4 Ospedali sede di Pronto Soccorso:**

- **L'Ospedale di Umbertide** è uno stabilimento del Presidio Ospedaliero di Città di Castello con Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 168 posti letto comprensivi di posti letto per acuti (28), posti letto di riabilitazione (120) e posti letto per l'ospedale di comunità (20).

Essendo ospedale con PS devono essere strutturate le discipline di Medicina, Chirurgia e Ortopedia e in considerazione della mobilità passiva di natura ortopedica l'Ospedale viene connotato dal punto di vista chirurgico a vocazione ortopedica in integrazione con l'Ospedale di Città di Castello. I 28 posti letto per acuti sono distribuiti fra le discipline di Medicina (15), Ortopedia (9), Chirurgia (3) e Ginecologia (1 per le prestazioni di DS).

Viene confermato anche come struttura di Riabilitazione in quanto all'interno del presidio opera l'Istituto Prosperius Tiberino di recente a maggioranza pubblica che gestisce l'attività di riabilitazione intensiva con 120 posti letto di riabilitazione cod. 56.

L'Ospedale di Umbertide è a disposizione dell'intera rete ortopedica regionale per lo

svolgimento dell'attività programmata protesica.

- **L'Ospedale di Assisi** è uno stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico con Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 60 posti letto comprensivi di posti letto per acuti (43), posti letto di lungodegenza (2) e posti letto per l'ospedale di comunità (15).

Essendo ospedale con PS devono essere strutturate le discipline di Medicina, Chirurgia e Ortopedia e in considerazione delle relazioni funzionali che si possono attivare con l'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino e dell'attivazione dei percorsi di diagnosi e cura delle disabilità in collaborazione con l'Istituto Serafico di Assisi. Nell'Ospedale infatti potrebbe trovare attuazione un percorso di qualificazione per la gestione dei percorsi di cura delle disabilità, al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate come struttura ospedaliera per la gestione delle disabilità collegata con l'Istituto Serafico di Assisi che viene connotato dal punto di vista medico/chirurgico per la gestione di percorsi dedicati. I 43 posti letto per acuti sono distribuiti fra le discipline di Medicina (23), Ortopedia (5), Chirurgia (7) e Chirurgia Plastica (8). I 2 posti letto di lungodegenza (cod. 60) in questo ospedale sono in gestione funzionale con l'area medica.

- **L'Ospedale di Castiglione del Lago** è uno stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico con Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 54 posti letto comprensivi di posti letto per acuti (28), posti letto di riabilitazione e recupero funzionale (6) e posti letto per l'ospedale di comunità (20).

Essendo ospedale con PS devono essere strutturate le discipline di Medicina, Chirurgia e Ortopedia e in considerazione della mobilità passiva e delle attuali performance l'Ospedale viene connotato dal punto di vista chirurgico a vocazione chirurgica/ortopedica in integrazione con l'Ospedale di Passignano sul Trasimeno per le necessità riabilitative. I 28 posti letto per acuti sono distribuiti fra le discipline di Medicina (12), Ortopedia (8) e Chirurgia (8). Per le necessità riabilitative si attivano anche 6 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56). Per questo ospedale si attiverà una sperimentazione gestionale di cui alla legge regionale 10/2021 che lo configurerà in via definitiva come ospedale monospecialistico ortopedico riabilitativo, con attività chirurgica ambulatoriale e sviluppo della medicina dei servizi.

- **L'Ospedale della Media Valle del Tevere** è uno stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico con Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 100 posti letto comprensivi di posti letto per acuti (58), posti letto post-acuti (27) e posti letto per l'ospedale di comunità (15).

Essendo ospedale con PS devono essere strutturate le discipline di Medicina, Chirurgia e Ortopedia e in considerazione della mobilità passiva e delle attuali performance nell'Ospedale i posti letto per acuti sono distribuiti fra le discipline di Medicina (30), Ortopedia (6), Chirurgia (10), Chirurgia Plastica (7), Ginecologia (4) e Urologia (1). Per le necessità post-acuti si attivano anche 20 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) e 7 posti letto di lungodegenza (cod. 60). L'Ospedale dovrà essere in collegamento funzionale (specifica convenzione) con la AOPG per favorire l'integrazione funzionale della rete a sostegno dei percorsi di cura.

Ciò garantisce un efficientamento del numero e della distribuzione dei posti letto con conseguente riduzione del fenomeno del sovraffollamento nell'Azienda Ospedaliera, in particolare per patologie di interesse medico e chirurgico a più bassa intensità assistenziale, l'erogazione appropriata dell'attività assistenziale e l'incremento delle prestazioni di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera stessa.

L'offerta si completa con le seguenti strutture:

- **1 Ospedale riabilitativo: l'Ospedale di Passignano sul Trasimeno** che è uno stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico di tipo riabilitativo senza Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 38 posti letto tutti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).
- **1 Ospedale di Zona Disagiata di Città della Pieve**, dalle considerazioni fatte sulla mobilità passiva e la distanza da uno Ospedale Spoke o Hub e in considerazione dell'evoluzione prevista per l'Ospedale di Castiglion del Lago al fine di evitare per questo territorio di confine di superare i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace viene attivato un'Ospedale di Zona disagiata con PS e con 22 posti letto di cui 20 di Medicina e 2 di Chirurgia con la possibilità di appoggio anche nei letti di medicina. Nella stessa struttura previsto Ospedale di Comunità con 20 posti letto.
- **Ospedali di Comunità ubicati al di fuori delle strutture ospedaliere:**
 - Ospedale di Comunità a Perugia con 20 posti letto;
 - Ospedale di Comunità a Marsciano con 20 posti letto;
 - Ospedale di Comunità a Gualdo Tadino con 40 posti letto.

Il Piano prevede complessivamente una programmazione di 1.538 posti letto per acuti e 237 posti letto post-acuti, con la revisione dei posti letto per disciplina per meglio classificare le strutture e individuare la loro mission, oltre che 200 posti letto di ospedali di comunità e i post letto equivalenti già attivi o da attivare nel territorio in base al DM 77/2022 di cui alla DGR 1329/2022.

Tabella 47 – Strutture di ricovero programmate nella USL Umbria 1 – Azienda Ospedaliera di Perugia

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
Ospedale di Perugia	DEA di II livello	Perugia	796	13	0
SPDC Perugia	In DEA II livello	Perugia	17	0	0
Ospedale di Città di Castello	DEA di I livello	Città di Castello	185	0	15
Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino	DEA di I livello	Gubbio	137	0	15
Ospedale di Umbertide	PS	Umbertide	28	120	20
Ospedale di Assisi	PS	Assisi	43	2	15
Ospedale di Castiglion del Lago	PS	Castiglion del Lago	28	6	20
Ospedale della Media Valle del Tevere	PS	Todi	58	27	15
Ospedale di Passignano	Riabilitativo	Passignano sul Trasimeno	0	38	0
Ospedale di Città della Pieve	Zona Disagiata	Città della Pieve	22	0	20
Ospedale di Comunità	OdC	Perugia	0	0	20
Ospedale di Comunità	OdC	Marsciano	0	0	20
Ospedale di Comunità	OdC	Gualdo Tadino	0	0	40
Totale			1314	206	200

Nel territorio di riferimento è poi presente l'offerta privata così articolata:

Tabella 48 – Strutture di ricovero private programmate nel territorio della USL Umbria 1

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
Liotti		Perugia	60	6	0
Villa Fiorita		Perugia	40	10	0
Lami		Perugia	50	15	0
Porta Sole		Perugia	71	0	0
Totale			221	31	0

Nel territorio di riferimento l'offerta totale è così articolata:

Tabella 49 – Offerta complessiva nel territorio della USL Umbria 1

OFFERTA	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
PUBBLICA	1314	206	200
PRIVATA	221	31	0
TOTALE	1535	237	200

7.3 – USL Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni

La Usl Umbria 1 comprende i territori di Foligno, Spoleto, Valnerina, Terni, Narni Amelia e Orvieto.

In riferimento al bacino di utenza il presente piano prevede le seguenti strutture così classificate:

- **1 DEA di II° livello di Terni** nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello. L'ospedale funge da Hub nella rete Trauma con Centro Traumi Specializzato, Hub di I° livello nella rete cardiologica con Laboratorio di Emodinamica, Hub nella rete Ictus con Stroke Unit di II livello, Hub nella Rete PN e Neonatologica con PN di II° livello con Neonatologia e UTIN, Hub nella Rete Oncologica medica e chirurgica e sede di Breast Unit.

Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 39 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 7. E' presente l'SPDC (cod. 40) pur restando attivo dentro l'Ospedale come flussi (HSP e SDO) è di pertinenza della USL Umbria 2.

L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 562 di cui 12 di post-acuti del codice 75 (Neuroriabilitazione).

- **3 DEA di I° livello:**
 - **2 con sede negli Ospedali di Foligno e di Spoleto integrati fra loro ma operativi in due sedi come previsto dalla ipotesi di strutturazione del Terzo Polo (DGR n. 1182/2022)** nei quali vengono strutturate le discipline previste per questo livello con SDPC presente nella sede di Foligno.

In relazione alla realizzazione del Terzo Polo e alla mission che si vuole dare ai due stabilimenti ovvero Foligno più orientato verso l'emergenza urgenza e Spoleto verso il programmato sono definite le sedi delle reti patologie tempo dipendenti e le sedi per la presa in carico dei percorsi definiti per specifiche patologie.

L'ospedale di Foligno funge da Spoke nella rete Trauma con Centro Trauma di Zona, Hub nella rete cardiologica con Laboratorio di Emodinamica, Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I

livello, Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello con Neonatologia, Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Breast Unit. Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 13 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 15. L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 321 di cui 20 di Riabilitazione ed in particolare 14 dedicati alla Neuroriabilitazione (cod.75).

L'ospedale di Spoleto converte la funzione Spoke nella rete cardiologica in struttura dedicata allo scempenso con unità di riabilitazione cardiologica, Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Radioterapia, sede di Medicina interna a vocazione geriatrica per la gestione delle patologie dell'anziano (sia croniche che nelle loro riacutizzazioni) anche in collaborazione con la scuola di specializzazione di geriatria dell'UniPg, sede di Chirurgia Robotica per le patologie di interesse. Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 6 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 6. L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 143 di cui 111 acuti, 14 post-acuti e 18 di Ospedale di Comunità.

- **L'Ospedale di Orvieto** nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello ad eccezione del SDPC ma è previsto il collegamento funzionale con il CSM territoriale.

L'ospedale funge da Spoke di I° livello nella rete cardiologica, Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello, Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello, Spoke nella Rete Oncologica medica. Nell'ospedale, per quanto previsto dalla programmazione del DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 6 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 6. L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 176 di cui 152 acuti, 24 di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) di cui 10 attualmente di lungodegenza (cod. 60) che verranno progressivamente riconvertiti in codice 56 anche con l'attivazione dell'Ospedale di Comunità nella Città di Orvieto.

- **1 Ospedali sede di Pronto Soccorso:**

- **L'Ospedale di Narni** è uno dei 3 attuali stabilimenti del Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia con Pronto Soccorso. Sono previsti 66 posti letto di cui 54 per acuti e 12 di riabilitazione.

Essendo ospedale con PS devono essere strutturate le discipline di Medicina, Chirurgia e Ortopedia e in considerazione della mobilità passiva di natura ortopedica l'Ospedale viene strutturato nelle discipline mediche/chirurgiche per l'integrazione con l'Ospedale di Terni. I 54 posti letto per acuti sono distribuiti fra le discipline di Medicina (14), Oncologia (4), Ortopedia (18), Chirurgia (12) e Ginecologia (6). L'Ospedale dovrà essere in collegamento funzionale (specifica convenzione) con la AOTR per favorire l'integrazione funzionale della rete a sostegno dei percorsi di cura.

Ciò garantisce un efficientamento del numero e della distribuzione dei posti letto con conseguente riduzione del fenomeno del sovraffollamento nell'Azienda Ospedaliera, in particolare per patologie di interesse medico e chirurgico a più bassa intensità assistenziale, l'erogazione appropriata dell'attività assistenziale e l'incremento delle prestazioni di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera stessa.

Va tenuto presente che l'attuale presidio di Narni Amelia composto dall'Ospedale di Narni che viene configurato con 66 posti letto, l'Ospedale Domus con 32 posti letto e l'Ospedale di Amelia riconvertito in Ospedale di Comunità confluirà nell'unico ospedale di Narni Amelia con 120 posti letto ospedalieri di cui 65 per acuti e 55 per post-acuti, oltre ai 20 per struttura intermedia e i posti letto tecnici.

L'offerta si completa con le seguenti strutture:

- **3 Ospedale riabilitativi:**
 - **l'Ospedale di Trevi** che è uno stabilimento del Presidio di Foligno di tipo riabilitativo senza Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 48 posti letto di cui 16 di Neuroriabilitazione (cod. 75) e 32 di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).
 - **l'Ospedale di Cascia** che è uno stabilimento del Presidio di Spoleto di tipo riabilitativo senza Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 40 posti letto di cui 20 di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) e 20 per l'ospedale di Comunità.
 - **l'Ospedale Domus a Terni** che è uno stabilimento del Presidio di Narni Amelia di tipo riabilitativo senza Pronto Soccorso. L'Ospedale ha capienza massima per 32 posti letto tutti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).
- **1 Ospedale di Zona Disagiata di Norcia**, dalle considerazioni fatte sulla mobilità passiva e la distanza da uno Ospedale Spoke o Hub, in considerazione che trattasi di area interna e zona altamente sismica, al fine di evitare per questo territorio di confine di superare i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace viene attivato un'Ospedale di Zona disagiata con PS e con 22 posti letto di cui 20 di Medicina e 2 di Chirurgia con la possibilità di appoggio anche nei letti di medicina.
- **Ospedali di Comunità ubicati al di fuori delle strutture ospedaliere:**
 - Ospedale di Comunità a Montefalco con 20 posti letto
 - Ospedale di Comunità ad Amelia con 40 posti letto
 - Ospedale di Comunità a Terni con 20 posti letto
 - Ospedale di Comunità ad Orvieto con 20 posti letto

Il Piano prevede complessivamente una programmazione di 1.317 posti letto per acuti e 193 posti letto post-acuti, con la revisione dei posti letto per disciplina per meglio classificare le strutture e individuare la loro mission, oltre che i posti letto degli ospedali di comunità e i post letto equivalenti già attivi o da attivare nel territorio in base al DM 77/2022 di cui alla DGR n. 1329/2022-

Tabella 49 – Strutture di ricovero programmate nella USL Umbria 2 – Azienda Ospedaliera di Terni

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
Ospedale di Terni	DEA di II livello	Terni	550	12	0
SPDC Terni	In DEA II livello	Terni	11	0	0
Ospedale di Foligno	DEA di I livello	Foligno	301	20	0
Ospedale di Spoleto	DEA di I livello	Spoleto	111	14	18
Ospedale di Orvieto	DEA di I livello	Orvieto	152	24	0
Ospedale di Narni	PS	Narni	54	12	0
Ospedale di Trevi	Riabilitativo	Trevi	0	48	0
Ospedale di Cascia	Riabilitativo	Cascia	0	20	20
Ospedale Domus	Riabilitativo	Terni	0	32	0
Ospedale di Norcia	Zona Disagiata	Norcia	22	0	0

Ospedale di Comunità	OdC	Montefalco	0	0	20
Ospedale di Comunità	OdC	Amelia	0	0	40
Ospedale di Comunità	OdC	Terni	0	0	20
Ospedale di Comunità	OdC	Orvieto	0	0	20
Totale			1201	182	138

Nel territorio di riferimento è poi presente l'offerta privata così articolata:

Tabella 50 – Strutture di ricovero private programmate nel territorio della USL Umbria 2

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
Villa Aurora		Foligno	30	0	0
Altro Privato		Provincia di Terni	84	11	0
			114	11	0

Nel territorio di riferimento l'offerta totale è così articolata:

Tabella 51 – Offerta complessiva nel territorio della USL Umbria 2

OFFERTA	ACUTI	POST-ACUTI	OSPEDALI DI COMUNITA'
PUBBLICA	1201	182	138
PRIVATA	114	11	0
TOTALE	1315	193	138

Tabella 52 – Offerta complessiva regionale

OFFERTA	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALI	OSPEDALI DI COMUNITA'*
PUBBLICA	2.515	388	2.903	338
PRIVATA	335	42	377	0
TOTALE	2.850	430	3.280	338

** Il totale dei Posti letto degli Ospedali di Comunità deriva dalle nuove attivazioni, compresa la trasformazione dei posti letto ospedalieri, e in parte dai posti letto attualmente operativi nelle RSA (circa 110).*

Costituisce elemento attuativo vincolante l'attivazione, entro 15 giorni dall'approvazione del presente atto, del collegamento funzionale tra l'Azienda Ospedaliera di Perugia e gli Ospedali di Assisi e della Media valle del Tevere nonché tra l'Azienda Ospedaliera di Terni e l'Ospedale di Narni-Amelia. Quanto detto mediante atti amministrativi che consentano di garantire la gestione integrata e funzionale dei presidi ospedalieri secondo i principi di appropriatezza ed efficientamento nonché secondo il modello HUB e SPOKE.

8. Articolazione della rete dell'emergenza-urgenza

Il Decreto Interministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” ha previsto (punto 8 “Reti ospedaliere” dell’Allegato 1) che all’interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l’articolazione delle reti per patologia, che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale con specifico riferimento, tra l’altro, alle reti per patologie tempo-dipendenti (infarto, ictus, traumatologica e neonatologica con i punti nascita). Ai sensi del citato punto 8, relativamente alle reti sopra elencate è stato istituito uno specifico tavolo tecnico presso Agenas, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell’Agenas stessa, Regioni e Province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di entrata in vigore del DM 70, le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite accordi raggiunti in sede di Conferenza Stato Regioni. Con l’Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 gennaio 2018 è stato approvato il documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”. AGENAS ha in seguito condotto la Seconda Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti tempo dipendenti nel periodo compreso tra il 15 settembre 2020 e il 18 gennaio 2021, mediante l’utilizzo di questionari resi disponibili sul proprio sito istituzionale e predisposto una griglia di valutazione descrivendo la metodologia usata. La Griglia individua i requisiti generali di riferimento per il monitoraggio dell’efficacia delle azioni e degli interventi previsti nell’Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018 ed è costituita da 41 requisiti (item) distribuiti in 3 aree tematiche (Struttura di base, Meccanismi operativi e processi sociali, Risultati). Nel ridefinire l’articolazione regionale delle reti si deve pertanto far riferimento, oltre che ai requisiti del DM 70/2015, anche alle linee guida organizzative previste nel citato Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018.

All’interno del quadro riportato nel presente documento è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli.

Nei capitoli successivi viene riportata l’articolazione della rete emergenza-urgenza, alla base della costruzione della rete ospedaliera, e le reti tempo-dipendenti che saranno affiancate in prosieguo on successivi atti dalle altre reti di specialità.

Le risorse del territorio, inoltre, vanno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico.

In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolti richiede:

- un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- la creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- l'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati.

Il Sistema Sanitario per l'emergenza–urgenza è costituito da una componente “territoriale” e da una “ospedaliera”. La prima è costituita dal sistema di allarme sanitario della Centrale Operativa del 118 e dalle Attività Territoriali di Soccorso. La seconda è costituita dai Servizi e dai presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e organizzati in maniera gerarchica. Le due componenti operano in conformità ai contenuti del D.P.R. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.

Il DM 70/2015 prevede al paragrafo 9 l'organizzazione della Rete dell'emergenza urgenza. Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera. La rete deve prevedere la seguente articolazione:

9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

9.1.1 Centrale operativa

9.1.2 Rete territoriale di soccorso

9.1.3 Le postazioni territoriali

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

9.2 Rete ospedaliera dell'emergenza

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

9.2.3 Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke)

9.2.4 Ospedale D.E.A. di II Livello (hub)

9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La DGR 29/02/2016, n. 212 dichiarava il sistema regionale dell'Emergenza Urgenza, costituito da un'unica **C.O. regionale 118**, in linea con gli standard previsti dal Regolamento di cui al DM 70/2015 e individuava le **sedì di PS** e le **postazioni mobili** di 118.

Con DGR 30/09/2020, n. 865 veniva dato mandato al Direttore Salute e Welfare, in accordo con il Direttore Governo del Territorio, Ambiente e Protezione Civile, di individuare le modalità organizzative ritenute adeguate per la gestione delle attività previste in ambito **Numero Unico di Emergenza NUE 112** (con successiva DGR 132 del 23/02/2022 è stato approvato lo “Schema di Protocollo d'Intesa per la gestione a regime del servizio 1-1-2 NUE - Numero Unico di Emergenza Europeo a seguito della

realizzazione di una Centrale Unica di Risposta per le Regioni Marche e Regione Umbria”.

Con DGR 07/07/2021, n. 649 la Giunta regionale, preso atto del **“Progetto di fattibilità per la realizzazione del Servizio di Elisoccorso regionale in Umbria: Linee di indirizzo”** elaborato dal gruppo lavoro, dava mandato agli uffici competenti della Direzione Salute e Welfare di adottare tutti gli atti e le azioni necessarie all’attuazione del progetto per la realizzazione del Servizio di Elisoccorso regionale, disponendo che venisse incardinato in una delle Aziende Sanitarie territoriali.

Nelle more dell’attività amministrativa necessaria alla realizzazione di un autonomo Servizio di Elisoccorso, con DGR del 16/02/2022, n. 111 avente ad oggetto: “Rinnovo convenzione tra la Regione Marche, la Regione Umbria, l’Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi–G. Salesi di Ancona, Azienda Ospedaliera di Perugia, per la gestione in Umbria del Servizio di eliambulanza veniva rinnovata per un’ulteriore annualità, prorogabile di ulteriori 6 mesi, la convenzione stipulata con la Regione Marche per l’attivazione tramite la centrale operativa di Ancona dell’eliambulanza stazionante a Fabriano in attività diurna (con sostituzione in caso di indisponibilità degli elicotteri delle Regioni Toscana e Lazio).

Allo stato attuale è in corso la gara attivata da CRAS per l’acquisizione del sistema di elisoccorso regionale e con DGR 09/11/2022 n. 1175 la Giunta regionale ha approvato lo schema di convenzione tra ENAC, Regione Umbria e Azienda Ospedaliera di Perugia per l’affidamento in concessione di Aree e infrastrutture presso l’aeroporto di Foligno per l’attivazione del servizio regionale di elisoccorso 118. Un passaggio, quello dell’elisoccorso, fondamentale per garantire interventi tempestivi in tutto il territorio regionale e fondamentale per prendere in carico pazienti con patologie tempo dipendenti.

Con DGR 01/09/2021, n. 812, recante “CENTRALE OPERATIVA UNICA REGIONALE 118 (COUR 118) veniva previsto il trasferimento della COUR 118 dall’Azienda ospedaliera di Perugia alla USL Umbria 1 e con **DGR 09/11/2022, n. 1174** “ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA - NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA RETE REGIONALE DELL’EMERGENZA- URGENZA. DETERMINAZIONI” la Giunta regionale ha previsto l’istituzione di un Dipartimento interaziendale funzionale, istituito presso l’Azienda ospedaliera di Perugia in quanto soggetto capofila della sperimentazione fin dal 2017 e Dea di II livello con il maggior numero di accessi al pronto soccorso. Il Dipartimento Interaziendale, primo passo del nuovo assetto organizzativo della rete regionale dell’emergenza- urgenza coinvolge le 2 Aziende Ospedaliere, Ospedali D.E.A di secondo livello, e le 2 Aziende territoriali che gestiscono le altre tipologie di Pronto Soccorso in relazione alla tipologia di Ospedale, nonché le postazioni territoriali di soccorso. Al Dipartimento afferiscono tutte le strutture che concorrono alla gestione della rete dell’emergenza- urgenza tra cui la Centrale operativa 118, i Pronto soccorso delle 4 Aziende sanitarie regionali, Anestesia e rianimazione delle 4 Aziende al fine di regolare tutte le attività di emergenza-urgenza per assicurare le giuste sinergie attraverso la centralizzazione delle funzioni unitarie ed il coordinamento delle stesse in rapporto alle funzioni capillari e distribuite nel territorio, al fine di garantire un sistema omogeneo, efficiente, efficace, appropriato e sicuro

Nel primo trimestre dell’anno 2023 sarà effettuata una valutazione dell’operatività di tutti i punti di accesso, con riferimento all’anno 2022, al fine di verificare il numero di accessi e valutarne la compatibilità con gli standard pari a 20.000 accessi per il pronto soccorso, 45.000 per il DEA di I° livello e 70.000 per il DEA di II° livello. Le tabelle e le figure che seguono riportano gli ospedali rientranti nella rete emergenza urgenza.

In sintesi le strutture previste dalla rete dell’emergenza-urgenza sono riportate in tabella successiva ad eccezione delle postazioni mobili e delle piazzole per l’elisoccorso in quanto è in corso la rivisitazione delle stesse.

Tabella 52 - Rete dell'emergenza urgenza

	AO Perugia USL Umbria 1	AO Terni USL Umbria 2	REGIONE
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE	AO Perugia		UNICA
COUR 118			UNICA
ELISOCORSO			Unico con HEMS a Foligno
DEA II (HUB)	Perugia	Terni	
DEA I (SPOKE)	Città di Castello	Foligno-Spoleto	
	Gubbio-Gualdo Tadino	Orvieto	
PS	Umbertide	Narni	
	Castiglione del Lago (*)		
	Media Valle del Tevere		
	Assisi		
Struttura in zona particolarmente disagiata	Città della Pieve (*)	Norcia	

(*) la postazione del PS nell'Ospedale di Zona disagiata di Città della Pieve e del PS a Castiglione del Lago, il cui presidio ospedaliero sarà oggetto di sperimentazione gestionale (legge regionale 10/2021), che lo configurerà in via definitiva come ospedale monospecialistico ortopedico riabilitativo vanno considerati integrati funzionalmente come appartenenti alla stessa area geografica.

Inoltre con **DGR 03/08/2022, n. 803** la Giunta regionale ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 01 agosto 2019 sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

Sono in corso di elaborazione i documenti operativi di cui alla DGR 803/2022 e il triage a 5 codici parte il 9 gennaio 2023 in tutti i PS.

9. Articolazione delle reti ospedaliere

Il punto 8 dell'allegato 1 del DM70/2015 è dedicato alle reti ospedaliere ed è così articolato. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

9.1 - Articolazione delle reti tempo dipendenti

Per le reti tempo dipendenti sono stati adottati atti specifici e sono attivi modelli organizzativi HUB e Spoke.

Con l'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano del 24 gennaio 2018, ai sensi del punto 8.1 del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, è stato approvato il documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti" documento di riferimento per la ridefinizione delle le reti e del piano delle reti.

A tal fine si rimanda ai documenti specifici di revisione.

9.2 – Altre reti per patologie

Anche per le altre erti di patologie sono stati adottati atti specifici di organizzazione e funzionamento e verranno eventualmente ridefinite nell'organizzazione e nel funzionamento in relazione ai nuovi atti di programmazione.

La revisione prevede anche la verifica dei PDTA e dei protocolli esistenti con definizione dei PDTA e dei protocolli da mantenere/aggiornare/revisionare/redigere.

10. Volumi ed esiti

Nel presente piano viene programmata la necessaria applicazione della valutazione e misurazione della performance delle singole strutture sanitarie. È ormai nozione diffusa e di evidenza scientifica come la qualità delle prestazioni sanitarie sia correlata ai volumi delle procedure effettuate dalle singole equipe e come l'individuazione di standard di riferimento ponga obiettivi concreti e misurabili a cui l'intero SSR deve tendere.

Il dettato normativo identifica le soglie minime di volume di attività e le soglie di esito ed assegna quali misure e stime di riferimento i dati prodotti dal Piano Nazionale Esiti, come previsto dal comma 25 bis, dell'articolo 15 del Decreto legge n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 135/2012.

Stante, dunque, la presente programmazione, basata sui dati tecnici di popolazione pesata, mobilità, posti letto territoriali equivalenti, si dovrà tener conto della necessità di raggiungere gli obiettivi di volume e di esito per una serie di Procedure chirurgiche e PDTA afferenti all'area ospedaliera.

Nell'area regionale umbra si evidenziano alcune criticità e disomogeneità sia nell'offerta che nell'accesso ai servizi sanitari ospedalieri nonché variabilità delle cure offerte.

La programmazione attuale tiene conto di questi punti di criticità ed ha perciò inteso ridistribuire in maniera sicuramente più omogenea l'offerta sanitaria ospedaliera.

Una rimodulazione dell'offerta non è di per sé esaustiva nella risoluzione di tematiche di equità, ma va necessariamente preordinata al successivo impianto di valutazione che terrà conto dell'attuale valutazione derivante dai risultati del PNE 2021 per l'Umbria.

Le strutture ospedaliere umbre dovranno anzitutto tener conto della soglia di volumi indicati come standard di riferimento, in particolare per l'area oncologica, verso la quale si stanno dirigendo notevoli sforzi organizzativi.

A seguito dell'approvazione del piano verranno monitorati i volumi e gli esiti delle strutture ospedaliere e verranno individuate le strutture che possono garantire i volumi richiesti dagli standard al fine di garantire nel territorio umbro il 100% di strutture che rispettano le soglie ad esempio per:

- volume di attività ≥ 75 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di frattura del femore
- % di interventi eseguiti entro 2 giorni $\geq 60\%$ sul totale delle strutture valutate nel PNE
- volume di attività ≥ 100 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di colecistectomia
- % di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti $\geq 60\%$ sul totale delle strutture che ricoverano STEMI
- eseguono almeno 250 PTCA annue di cui almeno il 30% per STEMI sul totale delle strutture che eseguono PTCA
- mortalità a 30 giorni dopo BPAC $\leq 4\%$ sul totale delle strutture che eseguono BPAC
- eseguono almeno 200 BPAC annui sul totale delle strutture che eseguono BPAC.
- volume di attività ≥ 150 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi chirurgici per TM mammella
- volume di attività ≥ 500 parti annui sul totale delle strutture che eseguono parti
- % di cesarei primari $\leq 25\%$ (strutture con attività ≥ 1000 parti annui) o $\leq 15\%$ (strutture con attività < 1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.

Gli esiti del monitoraggio permetteranno a un progressivo miglioramento degli esiti, nella garanzia della qualità delle prestazioni erogate. A regime, il processo di valutazione permetterà anche di riorganizzare i punti di erogazione dell'assistenza ospedaliera in funzione del raggiungimento degli standard attesi, dei volumi ed esiti, indicatori di una buona sanità.



ALLEGATI

Guida alla lettura

Nelle tavole allegate al presente piano sono riportati i dati della programmazione ospedaliera a diversi livelli di osservazione. In particolare, è riportata la programmazione dei posti letto per singola disciplina a livello regionale, a livello di macroarea, di singola azienda sanitaria, nonché di singolo presidio ospedaliero.

Oltre alla programmazione dei posti letto sono stati calcolati, come peraltro previsto dallo stesso D.M. 70/2015, i valori attesi delle Unità operative complesse per le strutture pubbliche e dei punti di erogazione per le strutture private accreditate a diversi livelli di osservazione (regionale, macroarea, azienda sanitaria).

Nell'allegato A è riportata la programmazione dei posti letto in funzione della parametrizzazione delle strutture complesse pubbliche e dei punti di erogazione del privato accreditato a livello regionale e di singola macro-area. L'ultima colonna evidenzia le eccedenze o le carenze di strutture complesse e punti di erogazione per singola disciplina a livello regionale e di macro-area a cui si conformerà la rete ospedaliera pubblica e privata nel periodo di vigenza del piano.

E' quindi riportata la programmazione dei posti letto per singola disciplina delle Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali e dei singoli presidi ospedalieri

ALL. A.1 - TOTALE REGIONE UMBRIA

cod. disciplina p.l.	descrizione disciplina	bacini di utenza (da DM 70/2015)		UOC Max attivabili in Totale (da DM 70/15)	U.O.C. DGR 212/2016	U.O.C. al 01.01.2022	DELTA U.O.C. (programmato - max attivabile)
DISCIPLINE							
07	CARDIOCHIRURGIA	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
08	CARDIOLOGIA	0,3	0,15	6,0	8	8	2,0
09	CHIRURGIA GENERALE	0,2	0,1	9,0	12	13	4,0
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2	1	1,0	1	2	1,0
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	2,5	1,5	1,0	0	1	0,0
12	CHIRURGIA PLASTICA	2	1	1,0	1	1	0,0
13	CHIRURGIA TORACICA	1,5	0,8	1,0	1	1	0,0
14	CHIRURGIA VASCOLARE	0,8	0,4	2,0	2	2	0,0
98	DAY SURGERY	N.D.	N.D.	N.D.	0	0	
52	DERMATOLOGIA	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
18	EMATOLOGIA	1,2	0,6	1,0	1	1	0,0
58	GASTROENTEROLOGIA	0,8	0,4	2,0	4	4	2,0
21	GERIATRIA	0,8	0,4	2,0	1	1	-1,0
	MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONE E RICAMB.	1,2	0,6	1,0		0	-1,0
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
25	MEDICINA DEL LAVORO	2	1	1,0	1	1	0,0
51	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	0,3	0,15	6,0	8	8	2,0
26	MEDICINA GENERALE	0,15	0,08	11,0	17	16	5,0
29	NEFROLOGIA	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	4	2	0,0	0	1	1,0
62	NEONATOLOGIA	1,2	0,6	1,0	1	2	1,0
30	NEUROCHIRURGIA	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
32	NEUROLOGIA	0,3	0,15	6,0	5	5	-1,0
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			0,0			0,0
34	OCULISTICA	0,3	0,15	6,0	5	5	-1,0
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0,8	0,4	2,0	0		-2,0
66	ONCOEMATOLOGIA				1	1	1,0
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	4	2	0,0	1	1	1,0
64	ONCOLOGIA	0,6	0,3	3,0	3	2	-1,0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,2	0,1	9,0	9	8	-1,0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,3	0,15	6,0	7	9	3,0
38	OTORILARINGOIATRIA	0,3	0,15	6,0	4	4	-2,0
39	PEDIATRICA	0,3	0,15	6,0	5	5	-1,0
68	PNEUMOLOGIA	0,8	0,4	2,0	2	2	0,0
40	PSICHIATRIA	0,3	0,15	6,0	2	2	-4,0
70	RADIOTERAPIA			1,0	1	1	0,0
71	REUMATOLOGIA	1,2	0,6	1,0	0	1	0,0
49	TERAPIA INTENSIVA	0,3	0,15	6,0	8	8	2,0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1,2	0,6	1,0	1		-1,0
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA			0,0	0		0,0
50	UNITA' CORONARICA	0,3	0,15	6,0	0		-6,0
43	UROLOGIA	0,3	0,15	6,0	5	5	-1,0
	ALTRO PRIVATO						0,0
03	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	0,3	0,2	6,0	3	4	-2,0
	DIETETICA/DIETOLOGIA	1,2	0,6	1,0	1	1	0,0
	DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	0,3	0,2	6,0	8	7	1,0
54	EMODIALISI	0,6	0,3	3,0	3	2	-1,0
8	EMODINAMICA (UNITA SEMPLICE CARDIOLOGIA)	0,6	0,3	3,0	0		-3,0
	FARMACIA OSPEDALIERA	0,3	0,15	6,0	4	4	-2,0
	FARMACOLOGIA CLINICA	N.D.	N.D.	N.D.	0		
	FISICA SANITARIA	1,2	0,6	1,0	1	1	0,0
	LABORATORIO ANALISI	0,3	0,15	6,0	4	4	-2,0
	MEDICINA NUCLEARE	N.D.	N.D.	1,0	2	2	1,0
	MEDICINA SPORTIVA	N.D.	N.D.	N.D.	0		
	MEDICINA TERMALE	N.D.	N.D.	N.D.	0		
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1,2	0,6	1,0	1	1	0,0
	NEURORADIOLOGIA	2	1	1,0	2	2	1,0
	ONCOLOGIA	0,3	0,15	6,0	0		-6,0
69	RADIOLOGIA	0,3	0,15	6,0	10	8	2,0
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1,2	0,6	1,0	2	2	1,0
	SERVIZIO TRASFUSIONALE	0,3	0,15	6,0	2	2	-4,0
	TERAPIA DEL DOLORE	0,5	0,3	3,0	3	1	-2,0
42	TOSSICOLOGIA	6	4	0,0	0		0,0
TOTALE U.O.C. PER ACUTI				181,0	173	172	-9,0
28	UNITA' SPINALE	N.D.	N.D.	N.D.	1	1	1,0
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	N.D.	N.D.	N.D.	1	1	1,0
60	LUNGODEGENTI	0,15	0,08	11,0	0		-11,0
75	NEURORIABILITAZIONE	1,2	0,6	1,0	1	1	0,0
	ALTRO PRIVATO						0
TOTALE U.O.C. LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE				12,0	3	3	-9,0
TOTALE U.O.C. OSPEDALIERE				193,0	176	175	-18,0

ALL. A.2 - OSPEDALE S.M. MISERICORDIA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
07	CARDIOCHIRURGIA	12			12
08	CARDIOLOGIA	36	2		34
09	CHIRURGIA GENERALE	55		3	52
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1			1
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	4			4
12	CHIRURGIA PLASTICA	4		2	2
13	CHIRURGIA TORACICA	16			16
14	CHIRURGIA VASCOLARE	22			22
98	DAY SURGERY	10	0	10	
52	DERMATOLOGIA	7			7
18	EMATOLOGIA	47	10		37
58	GASTROENTEROLOGIA	20			20
21	GERIATRIA	24			24
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	1		16
25	MEDICINA DEL LAVORO	24			24
51	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	16			16
26	MEDICINA GENERALE	124			124
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	12			12
62	NEONATOLOGIA	12			12
30	NEUROCHIRURGIA	20		2	18
32	NEUROLOGIA	26	2		24
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2			2
34	OCULISTICA	4			4
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1		1	
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	9	2	0	7
64	ONCOLOGIA	30	8	0	22
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	50		2	48
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	40		4	36
38	OTORILARINGOIATRIA	10			10
39	PEDIATRIA	23	1	0	22
68	PNEUMOLOGIA	19	1	2	16
40	PSICHIATRIA	0			0
71	REUMATOLOGIA	2	2		
49	TERAPIA INTENSIVA	33			33
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	11			11
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	14			14
50	UNITA` CORONARICA	8			8
43	UROLOGIA	25	1		24
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	4	2		2
99	TERAPIA DEL DOLORE	2			2
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		796	32	26	738
28	UNITA` SPINALE	13	1		12
TOTALE OFFERTA PER LUNGODEGENZAE RIABILITAZIONE		13	1		12
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		809	33	26	750

ALL. A.3 - SPDC

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
40	PSICHIATRIA	17	0		17
TOTALE OFFERTA ACUTI		17	0		17
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		17	0		17

ALL. A.4 - OSPEDALE S. MARIA DI TERNI

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
07	CARDIOCHIRURGIA	8	0	0	8
08	CARDIOLOGIA	29	1	0	28
09	CHIRURGIA GENERALE	62	0	5	57
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3	0	1	2
12	CHIRURGIA PLASTICA	2			2
13	CHIRURGIA TORACICA	6			6
14	CHIRURGIA VASCOLARE	13		1	12
52	DERMATOLOGIA	1		1	
58	GASTROENTEROLOGIA	20	2	0	18
21	GERIATRIA	25			25
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	29	3	0	26
26	MEDICINA GENERALE	98	2	0	96
29	NEFROLOGIA	11	1	0	10
62	NEONATOLOGIA	6			6
30	NEUROCHIRURGIA	18	0	1	17
32	NEUROLOGIA	19	1	0	18
34	OCULISTICA	2	0	1	1
66	ONCOEMATOLOGIA	1	1		
64	ONCOLOGIA	18	6	0	12
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26		2	24
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	36	0	1	35
38	OTORILARINGOIATRIA	10	0	1	9
39	PEDIATRIA	12	1	0	11
68	PNEUMOLOGIA	10			10
49	TERAPIA INTENSIVA	39			39
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4			4
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	7			7
50	UNITA` CORONARICA	11			11
43	UROLOGIA	24		3	21
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		550	18	17	515
75	NEURORIABILITAZIONE	12			12
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		12	0	0	12
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		562	18	17	527

ALL. A.5 - SPDC TR

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
40	PSICHIATRIA	11	1		10
TOTALE OFFERTA ACUTI		11	1		10
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		11	1		10

ALL. A.6 - OSPEDALE CITTA' DI CASTELLO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
08	CARDIOLOGIA	10	1	0	9
09	CHIRURGIA GENERALE	15	0	4	11
12	CHIRURGIA PLASTICA	4	0	2	2
58	GASTROENTEROLOGIA	1	1	0	0
26	MEDICINA GENERALE	32	1	0	31
29	NEFROLOGIA	3	1	0	2
32	NEUROLOGIA	17	1	0	16
34	OCULISTICA	3	0	1	2
64	ONCOLOGIA	7	3	0	4
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	0	2	11
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	22	0	4	18
38	OTORILARINGOIATRIA	3	0	2	1
39	PEDIATRIA	9	1	0	8
49	TERAPIA INTENSIVA	18	0	0	18
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	14	0	0	14
50	UNITA` CORONARICA	4	0	0	4
43	UROLOGIA	10	0	2	8
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		185	9	17	159
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		185	9	17	159

OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO	15
---	-----------

ALL. A.7 - OSPEDALE CITTA' DI BRANCA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
08	CARDIOLOGIA	8	0	0	8
09	CHIRURGIA GENERALE	18	0	2	16
12	CHIRURGIA PLASTICA	0	0	0	0
58	GASTROENTEROLOGIA	1	1		
26	MEDICINA GENERALE	29	1	0	28
32	NEUROLOGIA	14	1	0	13
34	OCULISTICA	2	0	1	1
64	ONCOLOGIA	2	0	0	2
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	0	2	10
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	0	2	10
38	OTORILARINGOIATRIA	4		2	2
39	PEDIATRIA	7	1	0	6
49	TERAPIA INTENSIVA	12	0	0	12
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	4	0	0	4
50	UNITA` CORONARICA	4	0	0	4
43	UROLOGIA	8	0	2	6
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		137	4	11	122
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		137	4	11	122
OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO		15			

ALL. A.8 - OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	10	0	3	7
12	CHIRURGIA PLASTICA	7	0	3	4
26	MEDICINA GENERALE	30	1	0	29
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	0	2	4
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4	0	2	2
43	UROLOGIA	1	0	1	0
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		58	1	11	46
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	20	1	0	19
60	LUNGODEGENTI	7	0	0	7
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		27	1	0	26
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		85	2	11	72
OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO		15			

ALL. A.9 - OSPEDALE ASSISI

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	7	0	2	5
12	CHIRURGIA PLASTICA	8	0	2	6
26	MEDICINA GENERALE	23	1	0	22
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5		1	4
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		43	1	5	37
60	LUNGODEGENTI	2	0	0	2
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		2	0	0	2
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		45	1	5	39

OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO	15
---	-----------

ALL. A.10 - OSPEDALE CASTIGLIONE DEL LAGO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	8	0	2	6
26	MEDICINA GENERALE	12	0	0	12
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8		2	6
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		28	0	4	24
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	6			6
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		6			6
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		34	0	4	30

per questo ospedale si attiverà sperimentazione gestionale di cui alla legge regionale 10/2021

OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO	20
---	-----------

ALL. A.11 - OSPEDALE CITTA' DELLA PIEVE

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	2		2	
26	MEDICINA GENERALE	20	2		18
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		22	2	2	18
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		22	2	2	18

OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO	20
---	-----------

ALL. A.12 - OSPEDALE UMBERTIDE

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	3	0	2	1
26	MEDICINA GENERALE	15	1	0	14
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	0	2	7
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	0	1	0
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		28	1	5	22
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	120	1	0	119
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		120	1	0	119
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		148	2	5	141

ALL. A.13 - C.O.R.I PASSIGNANO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	38	2		36
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		38	2		36
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		38	2		36

ALL. A.14 - OSPEDALE SPOLETO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
08	CARDIOLOGIA	8	2	0	6
09	CHIRURGIA GENERALE	28	0	2	26
26	MEDICINA GENERALE	21	1	0	20
34	OCULISTICA	1	0	1	0
64	ONCOLOGIA	3	3	0	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	2	16
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7	0	2	5
38	OTORILARINGOIATRIA	3	0	2	1
39	PEDIATRIA	5	1	0	4
49	TERAPIA INTENSIVA	6	0	0	6
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	6	0	0	6
43	UROLOGIA	5	2	0	3
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		111	9	9	93
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	14	2	0	12
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		14	2	0	12
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		125	11	9	105

OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO	18
---	-----------

ALL. A.15 - OSPEDALE FOLIGNO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
08	CARDIOLOGIA	12	2	0	10
09	CHIRURGIA GENERALE	37	0	3	34
52	DERMATOLOGIA	1	1	0	0
58	GASTROENTEROLOGIA	10	0	0	10
26	MEDICINA GENERALE	53	1	0	52
29	NEFROLOGIA	6	1	0	5
62	NEONATOLOGIA	4	0	0	4
32	NEUROLOGIA	18	1	0	17
34	OCULISTICA	4	0	2	2
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	0	1	0
64	ONCOLOGIA	14	7	0	7
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26	0	1	25
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	27	1	0	26
38	OTORILARINGOIATRIA	4	0	2	2
39	PEDIATRIA	10	4	0	6
68	PNEUMOLOGIA	16	1	0	15
40	PSICHIATRIA	15	2	0	13
49	TERAPIA INTENSIVA	13	0	0	13
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	15	0	0	15
50	UNITA` CORONARICA	4	0	0	4
43	UROLOGIA	11	0	1	10
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		301	21	10	270
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	6	6	0	0
75	NEURORIBABILITAZIONE	14	0	0	14
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		20	6	0	14
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		321	27	10	284

ALL. A.16 - OSPEDALE ORVIETO

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
08	CARDIOLOGIA	14	1	0	13
09	CHIRURGIA GENERALE	20	0	2	18
26	MEDICINA GENERALE	33	1	0	32
32	NEUROLOGIA	6	0	0	6
34	OCULISTICA	4	0	4	0
64	ONCOLOGIA	11	11	0	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21	0	2	19
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14	0	2	12
38	OTORILARINGOIATRIA	3	0	1	2
39	PEDIATRIA	8	1	0	7
49	TERAPIA INTENSIVA	6	0	0	6
94	TERAPIA SEMI-INTENSIVA	6	0	0	6
50	UNITA` CORONARICA	4	0	0	4
43	UROLOGIA	2	0	0	2
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		152	14	11	127
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	24	0	0	24
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		24	0	0	24
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		176	14	11	151

** la conversione dei posti letto da lungodegenza a cod. 56 avverrà contenzualmente alla messa in funzione dell'odc*

ALL. A.17 - OSPEDALE NARNI

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	12	0	2	10
26	MEDICINA GENERALE	14	0	0	14
64	ONCOLOGIA	4	4	0	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	0	2	16
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	0	2	4
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		54	4	6	44
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	12	0	0	12
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		12	0	0	12
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		66	4	6	56

ALL. A.18 - OSPEDALE CASCIA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	20			20
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		20			20
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		20			20
OSPEDALE DI COMUNITA' INTRAOSPEDALIERO		20			

ALL. A.19 - OSPEDALE NORCIA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	2		2	
26	MEDICINA GENERALE	20	2		18
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		22	2	2	18
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		22	2	2	18

ALL. A.20 - OSPEDALE TREVÌ

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
75	NEURORIABILITAZIONE	16			16
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	32	8		24
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		48	8	0	40
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		48	8	0	40

ALL. A.21 - DOMUS GRATIE

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	32			32
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		32			32
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		32			32

ALL. A.22 - CASA DI CURA LIOTTI

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	20		1	19
34	OCULISTICA	20		2	18
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15		1	14
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2		1	1
38	OTORILARINGOIATRIA	3		1	2
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		60	0	6	54
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	6		0	6
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		6		0	6
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		66	0	6	60

ALL. A.23 - CLINICA LAMI

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	50		5	45
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		50		5	45
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	15			15
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		15			15
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		65	0	5	60

ALL. A.24 - VILLA FIORITA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40		4	36
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		40		4	36
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	10			10
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		10			10
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		50	0	4	46

ALL. A.25 - PORTA SOLE

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
09	CHIRURGIA GENERALE	21		3	18
26	MEDICINA GENERALE	15			15
34	OCULISTICA	5			5
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	19		2	17
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6		1	5
38	OTORILARINGOIATRIA	5			5
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		71	0	6	65
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		71	0	6	65

ALL. A.26 - VILLA AURORA

cod. disciplina	descrizione disciplina	Programmazione futura			
		p.l.	D.H.	D.S.	D.O.
DISCIPLINE					
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30		12	18
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		30		12	18
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		30		12	18

ALL. A.27 - OSPEDALI DI COMUNITA'

cod. disciplin a	descrizione disciplina	Programmazione futura	
		INTRAOSPEDALIERO	EXTRAOSPEDALIERO
	OSPEDALE DI COMUNITA' CITTA' DI CASTELLO	15	
	OSPEDALE DI COMUNITA' GUALDO TADINO		40
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI BRANCA	15	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI PANTALLA	15	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI MARSCIANO		20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI ASSISI	15	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI CASTIGLIONE DEL LAGO	20	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI CITTA' DELLA PIEVE	20	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI UMBERTIDE		20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI PERUGIA		20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI TERNI		20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI MONTEFALCO		20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI SPOLETO	18	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI AMELIA		40
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI CASCIA	20	
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI ORVIETO		20
	TOTALE OFFERTA OSPEDALI DI COMUNITA'	138	200